



Socialstyrelsen

Forløbsbeskrivelse:

REHABILITERING AF VOKSNE MED KOMPLEKS ERHVERVET HJERNESKADE – på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde



Forløbsbeskrivelse:

REHABILITERING AF VOKSNE MED KOMPLEKS ERHVERVET HJERNESKADE



Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

ISBN nr. 978-87-93407-37-4

Udgivet august 2016

Download rapporten på www.socialstyrelsen.dk.

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.



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 (hjælpe midler)	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 neuropsykologi 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 sundhedspersoner 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 genoptrænnende neuropsykologiske tilgange kan indgå i borgerens rehabiliteringsforløb, når hjerneskaden medfører mentale funktionsnedsættelser.

Socialstyrelsen anbefaler, at der i rehabiliterings-tilbud udarbejdes en individuel faglig beskrivelse

af indsatsen for borgere med udadreagerende adfærd. Beskrivelsen bør indeholde en individuel udredning af borgerens adfærd med fokus på de sociale og omgivelsesmæssige hændelser, der potentielt kan udløse en udadreagerende adfærd. Beskrivelsen bør ligeledes indeholde en beskrivelse af procedurer og faglige tilgange, samt indeholde en løbende monitorering og evaluering af mål for udvikling.

1.3 Fokus på borgerens identitets- og følelsesmæssige udfordringer

Socialstyrelsen anbefaler, at der er en skærpet opmærksomhed på, at indsatser med fokus på identitet og følelsesmæssige udfordringer inddrages i borgerens rehabiliteringsforløb, og at der altid sker en relevant udredning inden iværksættelse af indsatser.

1.4 Fokus på kommunikation

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 genoptrænnende tilgange. Fagpersoner, som arbejder med målgruppen, bør desuden opbygge viden og kunnen i forhold til at indgå i samspil og kommunikation med borgere med kommunikationsvanskeligheder.

1.5 Organisering og samarbejde

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 indsats organiseres som et helhedsorienteret forløb koordineret med indsatser på sundheds- og beskæftigelsesområdet med henblik på at understøtte tilbagevenden til uddannelse eller beskæftigelse 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 hjerneskadekoordineringsfunktion for at sikre rettidige indsatser og effektiv koordinering af det samlede rehabiliteringsforløb for borgeren i kommunen – med interne kommunale aktører såvel som eksterne private, regionale eller statslige aktører.

Socialstyrelsen anbefaler, at indsatserne vidensbaseres. Det vil sige, at de højt specialiserede tilbud og vidensmiljøer foretager systematisk dokumentation af indsatsernes effekt med henblik på udvikling af den faglige kvalitet, praksis og metode i forhold til forløbsbeskrivelsens målgruppe.

1.6 Rettidig indsats

Socialstyrelsen anbefaler, at borgerens rehabiliteringsforløb i overgangen fra sygehus til kommune organiseres og tilrettelægges, så indsatser igangsættes så tidligt som muligt i den rigtige rækkefølge på baggrund af tværfaglig udredning.



2. INDLEDNING





2. INDLEDNING

Denne forløbsbeskrivelse er en overordnet beskrivelse af et samlet og koordineret forløb for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde. 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 Serviceloven og Lov om specialundervisning for voksne. Disse indsatser vil ofte ske i tæt koordinering med andre indsatser, der ydes i henhold til andre 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 fremme borgernes deltagelse, funktionsevne og livskvalitet.

Forløbsbeskrivelsen har til formål at understøtte og styrke den faglige kvalitet i indsatsen og bidrage til den fremadrettede udvikling af det mest specialiserede social – og specialundervisningsom-

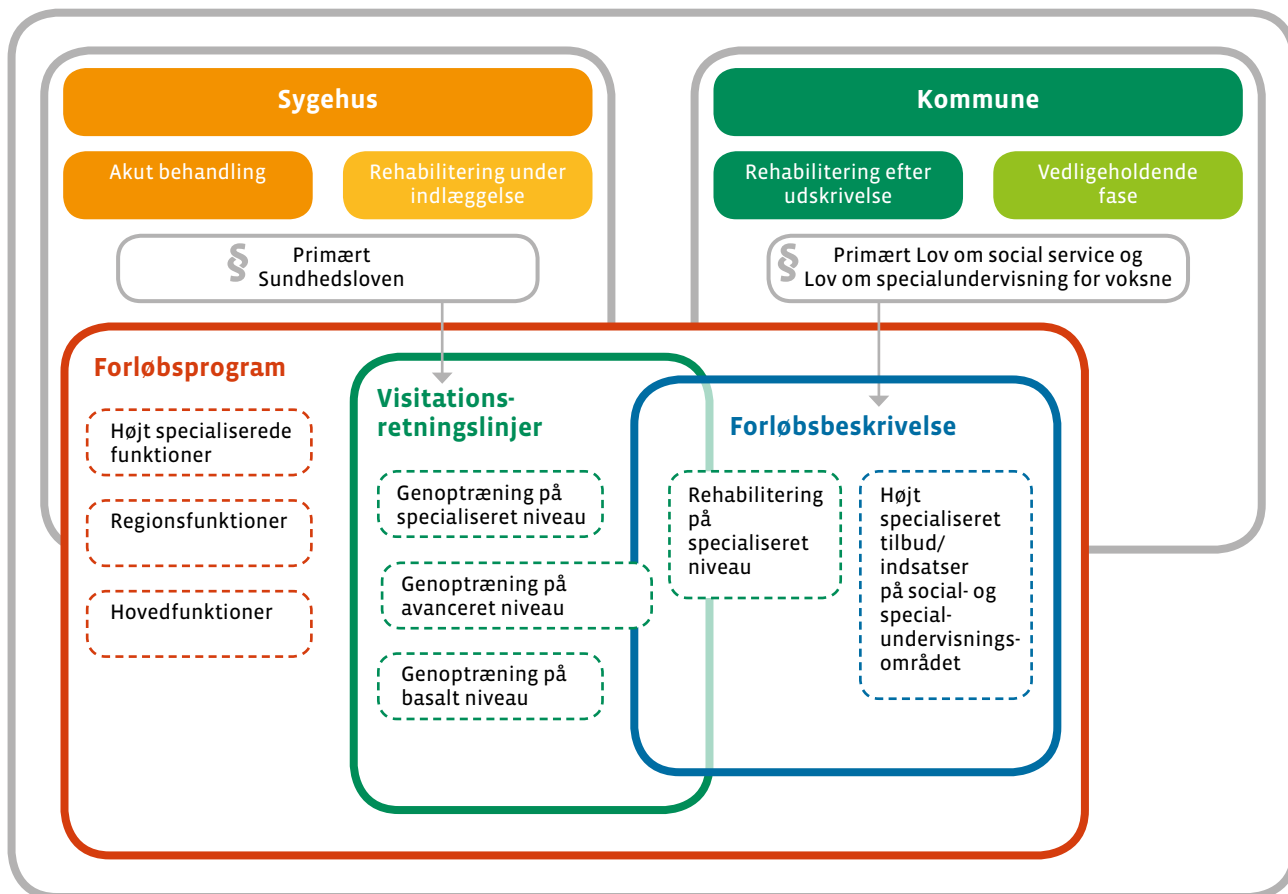
råde i forhold til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.

På hjerneskadeområdet er der de senere år udgivet en række publikationer, herunder Socialstyrelsens centrale udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade (2014), Sundhedsstyrelsens genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade - en faglig visitationsretningslinje (2014) og Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade (2011). Samtidig er der iværksat forskellige initiativer for at styrke indsatsen for borgere med erhvervet hjerneskade. I den forbindelse har flere kommuner udarbejdet lokale forløbsbeskrivelser. Denne forløbsbeskrivelse bidrager med en beskrivelse af udvalgte højt specialiserede indsatser, som hidtil ikke er beskrevet detaljeret i en samlet publikation.

Socialstyrelsen har, i tæt samarbejde med Sundhedsstyrelsen, udarbejdet figur 1, der viser sammenhængen mellem denne forløbsbeskrivelse og Sundhedsstyrelsens publikationer på hjerneskadeområdet – 'Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade' og 'Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje'.

2. INDLEDNING

Figur 1. Sammenhæng mellem publikationer på hjerneskadeområdet



Voksne med kompleks erhvervet hjerneskade har også behov for indsatser på sundhedsområdet og, for dem i den erhvervsaktive alder, indsatser på beskæftigelses- og uddannelsesområdet. Forløbsbeskrivelsen berører sundheds- og beskæftigelsesområdet for så vidt angår relevante overgange og samarbejdsflader til social- og specialundervisningsområdet, da forløbsbeskrivelsen har til hensigt at bidrage til et koordineret forløb med helhedsorienterede indsatser.

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

For uddybende information om forløbsbeskrivelsens udarbejdelse henvises til bilag 1.

I kapitel 3 er de nærmere rammer for forløbsbeskrivelsen beskrevet, inden et udvalg af målgruppens typiske funktionsevnedssættelser præsenteres i kapitel 4. Kapitel 5 har fokus på de faglige indsatser til målgruppen og præsenterer eksempler på indsatser og metoder. Kapitel 6 har fokus på organisering og samarbejde og beskriver de forskellige aktørers ansvar og opgaver i det samlede rehabiliteringsforløb. I kapitel 7 sættes der overordnet fokus på effekt og omkostningseffektivitet. Kapitel 8 slutter forløbsbeskrivelsen af med en kort beskrivelse af anvendelse af og opfølgning på forløbsbeskrivelsen.



3. RAMMEN FOR FORLØBSBESKRIVELSE





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

Målgruppen for forløbsbeskrivelsen omfatter voksne fra og med 18 år med kompleks erhvervet hjerneskade med behov for en højt specialiseret indsats og/eller tilbud med henblik på at forbedre deres funktionsevne og livskvalitet. Definitionen af erhvervet hjerneskade afgrænses med afsæt i en række diagnoser og svarer til definitionen i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade^a. Betegnelsen kompleks erhvervet hjerneskade defineres ud fra, at hjerne-skaden er forbundet med komplekse følger i form af komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnededsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser. Sværhedsgraden og omfanget af funktionsnedsættelser og/eller sociale problemstillinger indgår i den samlede vurdering af behovet for en højt specialiseret viden og indsats på social- og specialundervisningsområdet¹.

Forløbsbeskrivelsens målgruppe er identisk med målgruppen for Socialstyrelsens centrale udmelding² for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, dog med den undtagelse, at forløbsbeskrivelsen også inkluderer borgere med svære adfærdsproblemer. Borgere med behov for særforanstaltning^b 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 niveau³.

a En erhvervet hjerneskade er defineret som en akut skade, der kan være forårsaget af apopleksi, blødninger i hjernen ud over apopleksi, traumer, tumorer, infektioner, forgiftninger, iltmangel, giftstoffer mv. Udover årsagen til skaden, så skal den også være opstået tidligst 28 dage efter fødslen.

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

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^c. Disse borgere vil have behov for både genoptræning varetaget af autoriserede sundhedspersoner^d samt andre rehabiliteringsindsatser, der varetages af en række andre faggrupper, som fx neuropsykologer, audiologopæder, socialrådgivere og pædagogisk personale.
- Nogle borgere, der udskrives med en genoptræningsplan til almen genoptræning^e, og hvor der efterfølgende kan vise sig behov for højt specialiserede indsatser på social- og/eller specialundervisningsområdet.
- Tilfælde, hvor borgere udskrives fra sygehus og først efterfølgende har behov for en højt specialiseret indsats på social- og/eller specialundervisningsområdet, herunder også børn/unge under 18, som passerer det 18. år og ikke modtager en genoptræningsplan^f.

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

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

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

e Udskrives en borger med en genoptræningsplan til almen genoptræning, foretager kommunen indledningsvis en sundhedsfaglig vurdering af, om borgeren skal henvises til genoptræning på basalt eller avanceret niveau. Den ansvarlige sundhedsperson har en forpligtigelse til at foretage en løbende vurdering af genoptræningsbehovet, og herunder at indhente den nødvendige udredning og assistance fra fagpersoner med særlige kompetencer jf. 'Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – En faglig visitationsretningslinje' (Sundhedsstyrelsen 2014).

f Jf. 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 følger 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

og specialundervisningsområde kan relateres til følgerne af en kompleks erhvervet hjerneskade⁴. Det er væsentligt at understrege, at den enkelte borger med erhvervet hjerneskade kan fremvise et unikt kompleks af behov⁵. Det er dermed det sam-

lede billede af borgerens funktionsevne, og ikke selve hjerneskaden, der afgør kompleksiteten. Målgruppen for forløbsbeskrivelsen kan have nedenstående funktionsnedsættelser og aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger⁶:

Målgruppen kan have nedenstående funktionsnedsættelser og aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger:

- Moderat til svær nedsat bevægelsesfunktion i arm og ben
- Moderat til svær oralmotorisk funktionsnedsættelse
- 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 adfærdsproblemer, 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.

Socialstyrelsen har ikke egne oplysninger om målgruppens størrelse, men ifølge Sundhedsstyrelsen er et forsigtigt skøn omkring 5 pct. af den samlede målgruppe af voksne med erhvervet hjerneskade. Dvs. omkring 350-450 borgere vil have behov for en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau efter udskrivelse. Socialstyrelsen vurderer, at omfanget af målgruppen for forløbsbeskrivelsen er noget større, da forløbsbeskrivelsens målgruppe, som nævnt, også omfatter de borgere, der udskrives med en genoptræningsplan til almen genoptræning, og hvor der efterfølgende viser sig behov for højt specialiserede indsatser samt tilfælde, hvor borgere udskrives fra sygehus og først efterfølgende har behov for en højt specialiseret indsats.

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 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 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, indsatsområder samt udvalgte metoder. Da målgruppen har forskelligartede behov for højt specialiserede indsatser, vil det samlede forløb, være tilrettelagt med udgangspunkt i den enkelte borgers funktionsnedsættelser og aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger. 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 elementer⁷:

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 derigennem 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 tværfaglige teams.
- Fagpersonerne kan, på baggrund af deres specialiserede kompetencer, foretage udredninger

samt en konkret individuel vurdering af borgers 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 indsatsen. 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 organiseret 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 deltager 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 visitationsretningslinje'^g.

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

- 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^g 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 "matrikelløse" indsatser sammensat fra forskellige højt specialiserede tilbud, der supplerer 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 lovgrundlag for indsatser til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, som kan komme i spil i borgerens rehabiliteringsforløb.

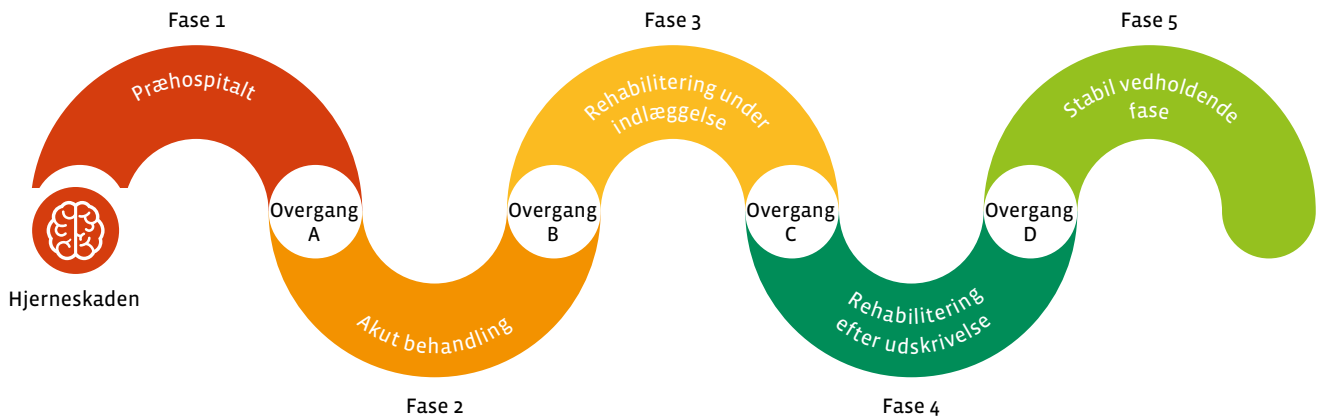
Forløbsbeskrivelsen beskæftiger sig med de højt specialiserede social- og specialundervisningsindsatser, som finder sted, efter borgeren er udskrevet fra sygehuset. Samtidig beskrives overgangen fra fase 2 til 3 (udskrivelse fra sygehus). Afgrænsningen skyldes, at indsatserne på det højt specialiserede område leveres efter udskrivelse ved rehabilitering på specialiseret niveau. Det er kommunen, der tilrettelægger disse ydelser i henhold til genoptræning og rehabilitering^h.

^g Definitionen af vidensmiljø er præciseret ift. 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 FORLØBSBESKRIVELSE

Figur 2. Faseinddeling af hjerneskaderehabilitering¹⁰



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 koordinering
2. Det multidisciplinære samarbejde på det højt specialiserede matrikelbundne eller matrikelløse 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 livsforløb. 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 frustrationer¹¹.

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 arbejdspladser
- træthed¹².

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 styrkes¹³.

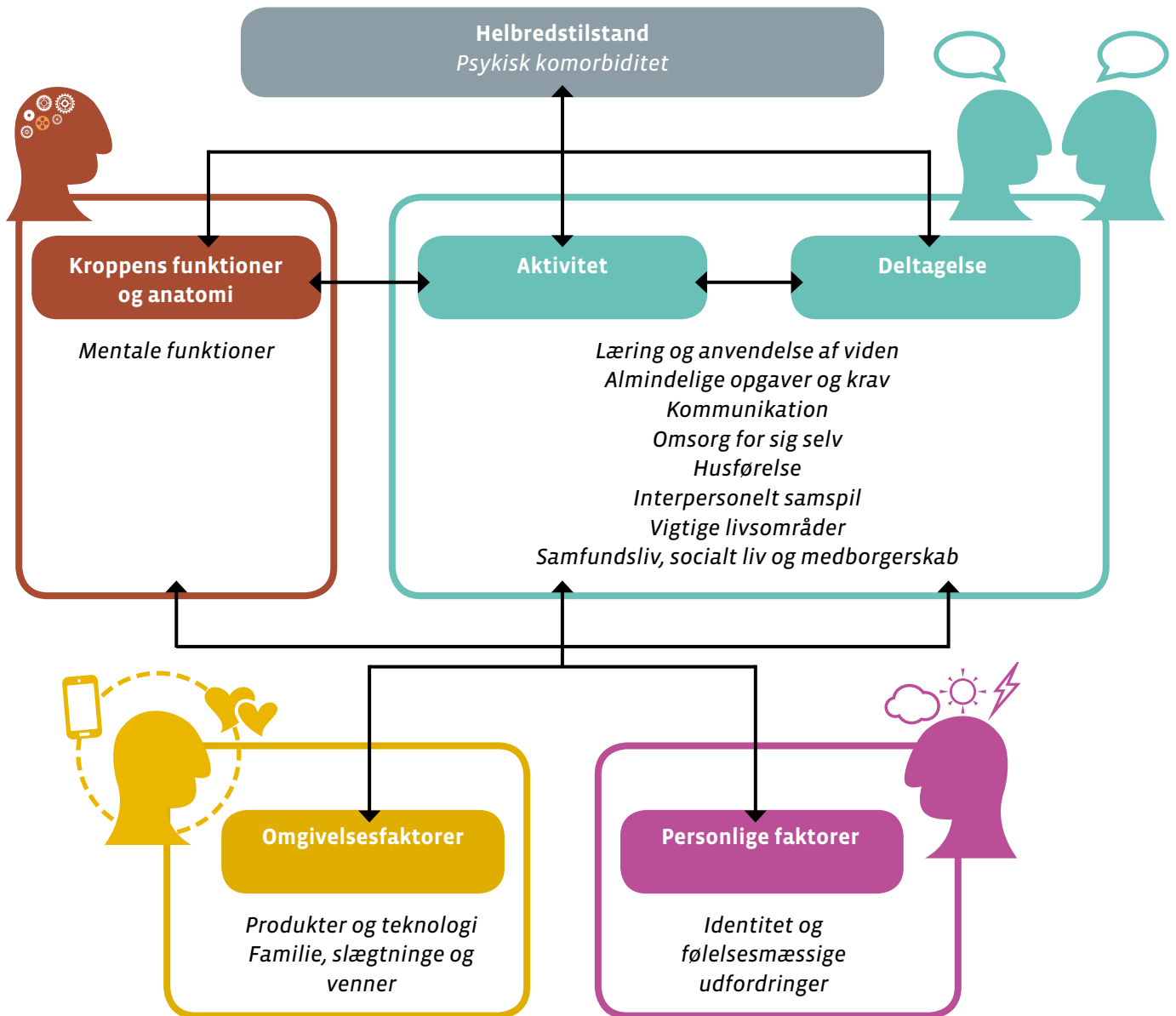
4.1 Målgruppens funktionsnedsættelser

En kompleks erhvervet hjerneskade kan medføre en række funktionsnedsættelser samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger¹⁴. ICFⁱ er en ramme til beskrivelse af funktionsevnen med fokus på krop, aktivitet og deltagelse, samt de omgivelsermæssige og personlige faktorer, der kan påvirke funktionsevnen. I figur 3 ses de funktionsnedsættelser, aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger samt omgivelser- og personlige faktorer, som metoderne i forløbsbeskrivelsen kan have en direkte eller afledt effekt på.

ⁱ International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand (ICF).

4. MÅLGRUPPE

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 mod¹⁵:

- genoptræning af færdigheder med henblik på at fremme borgerens mulighed for aktiv deltagelse i hverdagslivet samt forbedring af livskvaliteten¹⁶.

- kompensation for funktionsnedsættelser som fx kognitive og kommunikative funktionsnedsættelser¹⁷.

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 vrangforestillinger¹⁸. Borgeren kan have et enkelt eller flere af symptomerne¹⁹. 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 faktorer²⁰.



4.1.2 Kroppens funktioner

Mentale funktionsnedsættelser kan og vil ofte have mangeartede 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 aktiviteter²¹. Mentale funktionsnedsættelser er i sig selv en væsentlig barriere for en effektiv rehabiliteringsindsats²².

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 forløb²³.
 - ♦ *Eksekutive vanskeligheder*, hvor borgeren har svært ved at monitorere egen adfærd, initiere handlinger, planlægge, organisere, løse problemer samt udvælge mentale og

adfærdsmæssige strategier²⁴. 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** – Forringet hukommelse, hvor borgeren ikke eller kun delvist kan genkalde sig lagret information²⁵.
- **Energi** – Mental udtrætning, også benævnt hjerneskaderelateret 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 udfordringen med at genvinde færdigheder²⁶.
- **Sprog og talefunktion** – Sproglige vanskeligheder eller talevanskeligheder, der viser sig ved, at borgeren ikke har et talesprog eller har svært 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 rum²⁸.
- **Temperament og personlighed** – Upassende eller udadreagerende adfærd kan vise sig ved, at borgeren har svært ved at tilpasse sig/aflæse omgivelserne og udvise en passende adfærd. Borgerens følelsesmæssige balance kan også være påvirket, hvilket fx ses i form af irritabilitet, svigtende hæmninger, eufori, impulsivitet og/eller aggressive udbrud. Ligeledes kan borgeren have en selvskadende adfærd²⁹. En udadreagerende adfærd kan dog også afspejle andre faktorer som fx personligheden før skaden, misbrug, følelsesmæssige reaktioner, mistede kommunikative kompetencer eller smerte³⁰.

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 beskæftigelse³¹.
- **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 stress³². Mange borgere har behov for indsatser for enten at kunne varetage dette selvstændigt eller med hjælp og støtte fra andre³³.
- **Kommunikation/anvendelse af kommunikationsudstyr og teknikker** – Borgere med kommunikationsvanskeligheder er dybt afhængige af de nære omgivers viden, vilje og evne til at aflæse borgerens kommunikative udtryk. På den baggrund har omgivelserne stor betydning i forhold til at understøtte, at borgeren aktivt kan deltage i hverdagslivet og dermed mindske risikoen for isolation³⁴.
- **Omsorg for sig selv** – Omsorg for sig selv omhandler basale daglige aktiviteter som fx at vaske sig, påklædning, spise og drikke. Det har stor betydning, at borgeren hurtigst muligt kan udføre disse aktiviteter så selvstændigt som muligt³⁵.
- **Husførelse** – Huslige og dagligdags handlinger og opgaver som fx indkøb af mad, tøj og andre fornødenheder, samt husholdningsopgaver, rengøring, omsorg for andre er også af stor betydning for, at borgeren kan leve et så selvstændigt hverdagsliv som muligt³⁶.
- **Interpersonelt samspil** – Borgere med erhvervet hjerneskade kan få en ændret selvfølelse og færre sociale relationer og fritidsaktiviteter, hvilket kan medføre risiko for isolation og depression³⁷.
- **Vigtige livsområder, herunder uddannelse og beskæftigelse** – Borgere med erhvervet hjer-

neskade, der vender tilbage til arbejde, har en højere livskvalitet, en bedre social integration og øget selvværd, sammenlignet med borgere, der ikke vender tilbage til arbejde³⁸. I beskæftigelsesindsatsen 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 skånehensyn, 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 væsentlige i forhold til at vende tilbage til en hverdag som aktiv borger³⁹.



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 af 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 tids 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 helhed⁴⁰. 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 om⁴¹.



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 selvbilleder kan være stressfyldt og medføre psykologiske konsekvenser som fx depression og angst⁴². Processen med at komme sig kan være langsommelig og kompleks de første par år efter hjerneskaden. Processen^j 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. Faserne varierer afhængig af sygdomsforløbet og den enkeltes oplevelser⁴³.

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 funktionsevne. Indsatsen gives med henblik på at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv, lette den daglige tilværelse og/eller forbedre livskvaliteten⁴⁴.

Dette kapitel beskriver først forudsætninger for indsatser til borgere med kompleks erhvervet hjerneskade, dernæst udvalgte indsatsområder for afslutningsvis at nævne *eksempler* på *udvalgte* metoder inden for de enkelte indsatsområder. Borgere med kompleks erhvervet hjerneskade har komplekse behov i form af en særlig sværhedsgrad og flerhed af problemstillinger, hvilket betyder, at der er behov for koordinering af flere faglige indsatser. Dette kapitel søger at favne nogle af de centrale forudsætninger, indsatsområder og metoder uden dog at dække hele området, hvorfor det bør ses som *udvalgte eksempler*. Der er i kapitlet beskrevet effekt under de indsatser/metoder, som er omfattet af forløbsbeskrivelsens anbefalinger. Baggrunden for selve udvælgelsen af metoderne fremgår af bilag 4.

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 centralt, 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

Specialiserede kompetencer inden for hvert fagområde samt løbende vedligeholdelse af viden og kompetencer anses som en forudsætning for en kvalificeret indsats⁴⁹. De specialiserede kompetencer handler blandt andet om neurofaglige kompetencer i form af basal viden om hjernens opbygning og funktion, neuropsykologi og neuropædagogik⁵⁰. Neurofaglige kompetencer bidrager til en kvalificeret udredning og løbende tilpasning af indsatserne, så borgeren opnår høj kvalitet i sit rehabiliteringsforløb⁵¹. De specialiserede kompetencer omhandler også kompetencer i forhold til tværfagligt teamsamarbejde og tværsektorielt samarbejde og koordinering. Tværfagligt teamsamarbejde handler om at kunne indgå i et multidisciplinært team, hvor der er et tæt koordineret samarbejde mellem de respektive fagpersoner. Kompetencer i forhold til tværsektorielt samarbejde handler om, at fagpersonerne også har kendskab til andre faglighedens arbejdsopgaver og metoder, så indsatsen bliver sammenhængende og effektiv⁵².

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 borger og hjælpemidler[i]. 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 hjerneskaderehabilitering⁵³. 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 muligt⁵⁴.

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 præcisering af borgerens nedsatte funktionsevne. Neuropsykologi er dermed helt central i forhold til at udrede og i nogle tilfælde behandle borgere med kompleks erhvervet hjerneskade, samt i forbindelse med supervisering af andre fagpersoner⁵⁵. 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 hjerneskadeområdet⁵⁶.

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 basal viden om hjernens opbygning og funktion, neuropsykologi og neuropædagogik. I flere projekter er det vurderingen, at når den målrettede genoptræningsindsats leveres af fagpersoner med neurofaglig viden og kompetencer og på det rette graderede niveau, har det en positiv effekt på borgerens funktionsevne⁵⁷.

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



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 funktionsnedsættelser, som borgeren kan have. Det er væsentligt at understrege, at borgeren kan have mangeartede kombinationer af mentale funktionsnedsættelser. 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, deltage i fritidsaktiviteter m.m. Kognitive indsatser består ofte af både kompensatoriske og genoptrænende metoder⁵⁸.

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 effekt⁵⁹.

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 opmærksomhed på sin udførelse med henblik på anvendelse af strategier⁶⁰. Det centrale i MKS er, at borgeren lærer at overvåge sine handlinger ved at bryde komplekse opgaver op i mindre dele og tænke strategisk⁶¹.

Effekt – Der er god evidens for, at borgere med traumatisk hjerneskade kan forbedre deres evne til dagligdags problemløsning ved at indlære og anvende en række metakognitive strategier⁶². Effektstudier viser, at træning i brug af metakognitive strategier generelt forbedrer borgerens udførelse af aktiviteter i hverdagen. Forbedringerne ses specifikt i forhold til opmærksomhed, udførelse af hverdags aktiviteter, hukommelse, planlægning, problemløsning og selvregulering. Indsatsen medvirker nødvendigvis ikke til udvikling af normal eksekutiv funktion, men ikke desto mindre forbedrer den evnen til at fungere i hverdagen⁶³.

Energi

Mental udtrætning optræder hyppigt hos borgere med erhvervet hjerneskade. Det betragtes som et multifacetteret fænomen, da det griber ind i man-

ge aspekter af borgerens liv. Mental udtrætning 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 udtrætning 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 udtrætning, og tendensen går mere i retning af at lære borgeren at håndtere trætheden på en hensigtsmæssig måde⁶⁴.

- **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 vejrtrækning og systematisk udvikling af opmærksomheden på de fire grundlæggende elementer af mindfulness (opmærksomhed på kroppen, velbefindende, mental tilstand og mentalt indhold)⁶⁵. 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 energi⁶⁶.

Sprog og talefunktion

Nogle sprogvanskeligheder for borgere med kompleks erhvervet hjerneskade kan genoptrænes gennem målrettet, intensiv træning ved audiologopæd, 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 hjerneskade⁶⁷.

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 teknikker^{68 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.

Temperament og personlighed

Borgere kan, som følge af hjerneskaden, udvise en upassende eller udadreagerende adfærd. Det er væsentligt, at fagpersonerne udarbejder en detaljeret beskrivelse for indsatsen. Beskrivelsen skal indeholde en individuel udredning af borgerens adfærd, hvor der blandt andet er fokus på de sociale og omgivelsesmæssige hændelser, der potentielt

kan udløse en udadreagerende adfærd. I den forbindelse er det vigtigt at have øje for, at der også kan være årsager til adfærden, som kan imødekomes ved tiltag rettet mod fx følelsesmæssige reaktioner, mistede kommunikative kompetencer, smerte mfl. Beskrivelsen skal ligeledes indeholde en gennemgang af procedurer og faglige tilgange, så der sikres en ensartet og objektiv faglig tilgang. Beskrivelsen skal indbefatte en løbende monitoring og evaluering af borgerens mål for udviklingen, så snart indsatsen påbegyndes. I så fald målene ikke nås, skal fagpersonerne foretage en revurdering⁷⁰.

Effekt – Der er generelt manglende evidens for effekt af indsats 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 skadedebut⁷¹.

• **Positive Behaviour Support (PBS)**

PBS har fokus på, at borgeren udvikler en succesfuld adfærd i sociale relationer. PBS er blandt andet kendetegnet 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 indsatsen, 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 indsats⁷³.

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>

5. FAGLIGE INDSATSER

Effekt – I artikler, der opsummerer forskningsresultater, har PBS vist sig effektiv i håndteringen af adfærdsproblemer hos voksne med traumatisk hjerneskade⁷⁴. 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 fagpersonerne løbende monitorerer, om borgeren profiterer af indsatsen⁷⁵.

• Differential Reinforcement (DR)

DR har fokus på, at borgeren får feedback på sin adfærd. Der skelnes mellem tre variationer af DR¹, 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 kendetegnet ved, at forholdene omkring indsatsen skal være tilrettelagt, så det er muligt, at borgeren får struktureret feedback i de situationer, det 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 trænes⁷⁶.

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 udledt på baggrund af en samling af enkeltstående hændelser⁷⁷. 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 udredning⁷⁸.

• 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 trænes⁷⁹.

Effekt – I et case-studie har SMT vist sig at være en virksomhedsfuld metode i forhold til adfærdsproblemer som følge af hjerneskade. Forbedringerne ses ikke kun i forbindelse med træningen. Det har også vist sig, at når træningen lægger op til, at borgeren er aktivt engageret og deltagende, så ses en hurtigere respons på indsatsen⁸⁰. Styrken ved SMT er, at den kan anvendes i næsten enhver kontekst, og netop dette vurderes også at være udslagsgivende for dens effekt. I et andet case-studie ses, at SMT giver borgeren bedre mulighed for at skelne mellem den aktivitet, vedkommende udfører og adfærden. Studiet viser også, at SMT resulterer i ændringer i adfærden⁸¹.

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 teknikker for dermed at mindske de aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger, som borgeren kan opleve.

Effekt – Der foreligger moderat til god evidens for, at logopædisk indsats kan medføre forbedringer af *kompenserende* kommunikationsevner for borgere med erhvervet hjerneskade⁸².

- **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-udstyrsstøttede som udstyrsstøttede kommunikationssystemer^m. Ved brug af såvel ikke-udstyrsstøttede som udstyrsstøttede kommunikationssystemer er det en forudsætning, at borgeren viser interesse herfor, ligesom borgerens omgivelser (pårørende og nærmeste fagpersoner i bomiljø m.v.) er motiverede og undervises i brugen heri, så de kan understøtte borgeren bedst muligt i den videre kommunikation⁸³.

^m Ikke-udstyrsstøttet kommunikation er kommunikationsmetoder, som ikke kræver nogen form for udstyr eller materiale, eksempelvis gestik og tegnsprog. Udstyrsstøttet kommunikation involverer en eller anden form for fysisk objekt eller udstyr fx symboltavler, bøger, computere eller talemaskiner (informations- og kommunikationsteknologi). Den udstyrsstøttede kommunikation kan tillige inddeles i henholdsvis lav- og højteknologiske systemer.

Effekt – Ifølge Sundhedsstyrelsens MTV er der svag evidens for, at viden om støttende teknikker og redskaber, herunder alternativ supplerende kommunikation, kan forbedre samtaleparters interaktionsevner⁸⁴.



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 processen⁸⁵.

Effekt – Inddragelse af borgeren kan fremme indsatsens udbytte, da den enkelte kan opleve større motivation, engagement og følelse af mestring⁸⁶.

- **Talking Mats**

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 borgerens synspunkter, og bør derfor bruges som ét ud 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 samtalsituationen at fastholde overblikket over, hvad der er spurgt til, og hvad borgeren har svaret⁸⁷.

4. FAGLIG INDSATS

Effekt – Kvalitative studier viser, at Talking Mats har potentiale i forhold til at hjælpe borgere med let til svær afasi med at give udtryk for deres synspunkter. Talking Mats hjælper fx borgeren med at identificere og formidle 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 vanskeligheder⁸⁸.

Effekt – Et systematisk review konkluderer, at effekten af brug af EPAD som kompensation i form af støtte eller påmindelser fremmer udførelsen af en lang række af hverdagens aktiviteter⁹¹. Et andet studie konkluderer, at en smartphone kan være en kompenserende strategi for nedsat hukommelse. Studiet viser, at muligheden for at organisere en lang række af informationer kan medføre en følelse af overblik og selvskikthed, samt hos nogle borgere medvirke til at reducere stress og udtrætning⁹².

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

EPAD er en teknologi, som for nogle borgere i målgruppen kan have kompensatoriske og/eller støttende funktioner, når borgeren gennemgår et rehabiliteringsforløb. EPAD kan bidrage til, at borgeren kan organisere og planlægge, når dagstrukturen visualiseres på skærmen, og dagens opgaver kommer som en påmindelse. På den måde støtter EPAD ved at huske aftaler samt hjælpe med organisering, planlægning og udførelse af dagligdagens opgaver. Dette medvirker til, at borgeren bliver mere uafhængig af personlig hjælp og dermed opnår øget selvstændighed i forhold til fx at indgå aftaler. Dertil kommer muligheden for selvmonitorering og logning af data, der både kan øge selvindsigten og vise progressionen i rehabiliteringsforløbet. Den øgede selvstændighed kan bidrage til en følelse af at være "herre i eget liv". Endelig kan den nye teknologi støtte kommunikationsfærdighederne, så borgeren kan interagere med andre og være socialt deltagende⁸⁹. En *smartphone*, som er et eksempel på en EPAD, kan hjælpe med at huske og fungere som en "all-in-one memory device". Det er let at få påmindelser ved små lydsignaler eller billedstøttede meddelelser på skærmen⁹⁰.

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 forløbet⁹³. 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 rehabiliteringsindsats⁹⁴.

- **Psyko-sociale pårørende interventioner**

Multi-Family Group Therapy (MFGT) program baserer sig på McFarlane's psykoedukative familiemodell, 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 familier⁹⁵.

- **Uddannelsesprogram for pårørende**

Et uddannelsesprogram, der retter sig mod pårørende til mennesker med apopleksi, kan omhandle emner som: viden om erhvervet hjerneskade, identificering og definerende af problemer, afklaring af behov, valg af løsninger samt evaluering

5. FAGLIGE INDSATSER

af, om problemet er løst. Møderne begynder efter udskrivelse og foregår enten individuelt eller i gruppe⁹⁶.

- **Kommunikativ partnertræning**

Kommunikativ partnertræning er en kompenserende teknik, der styrker borgerens generhvervelse af kommunikative færdigheder. Metoden henvender sig til pårørende og fagpersoner, der er i familie med eller tæt på en borger med mild til svær afasi. Metoden sigter mod, at pårørende og fagpersoner får strategier til at bedre kommunikationen med den, der har afasi. Metoden understøtter dermed blandt andet inddragelse af borgere med afasi.

Et eksempel på kommunikativ partnertræning er Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA). SCA er en generisk samtalestøttemetode, der bygger på det ”anerkendende” og det ”synliggende princip”, og som samtalepartnere, til borgere med afasi, undervises i. Metoden skal betragtes som en værktøjskasse med samtaletekniske værktøjer, der sikrer en gensidig forståelse, ligesom den afasiramte 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 afasiramtes evne til at kommunikere, når vedkommende kommunikerer med en uddannet pårørende eller fagperson. Der er nogen evidens for, at effekten fortsætter over tid⁹⁸.



5.6 Indsatser rettet mod personlige faktorer

5.6.1 Identitet og følelsesmæssige udfordringer

Efter en hjerneskade kan borgeren opleve ændringer i selvopfattelsen og deraf behov for at redefinere den nye livssituation. Rehabiliteringsprocessen skal derfor også ses som en helingsproces (recoveryproces), hvor der skabes sammenhæng mellem livet før og efter hjerneskaden. Det betyder, at der også kan være behov for individuelle og personlige mål for at opleve bedring⁹⁹. Et større fokus på rehabiliteringspsykologiske ⁿ indsatser kan være en måde at håndtere og løse nogle af de identitets- og følelsesmæssige udfordringer^o, som en hjerneskade medfører for borgeren og dennes pårørende¹⁰⁰. Indsatser kan rette sig mod at fremme håndtering og mestring af personlige, identitetsmæssige og følelsesmæssige udfordringer. For nogle borgere er skiftende sindsstemning eller angst også en del af den proces, som de gennemgår efter en erhvervet hjerneskade, og for nogle vil symptomerne forblive i en sådan grad, at det betragtes som en forstyrrelse¹⁰¹.

Effekt – Der er evidens for effekt af indsatser rettet mod at reducere angst og depression¹⁰². Der er ikke fundet studier, der kan sandsynliggøre effekten af indsatser, der støtter borgeren i at skabe mening med de forandringer, som hjerneskaden har medført. 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 medføre¹⁰³.

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

^o Psykosociale indsatser der retter sig mod håndtering og mestring af personlige, identitetsmæssige 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 manualer 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 terapisesioner, som kan være en fordel for borgere med eksekutiv funktionsnedsættelse som følge af erhvervet hjerneskade, ligeledes kan elementer af gentagelser være en fordel for den del af målgruppen, der har nedsat hukommelse. Terapiens teknikker er tydelige og enkle, hvilket kan give en følelse af kontrol, som kan være helt central for borgere med kompleks erhvervet hjerneskade¹⁰⁴.

Effekt – I reviews fremgår det, at kognitiv adfærdsterapi viser effekt på reduktion af depressive symptomer efter erhvervet hjerneskade, og der er en formodning om, at fokus på følelsesmæssige symptomer kan åbne mulighed for, at borgeren bedre kan tilpasse sig den nye situation¹⁰⁵. I et andet review er vurderingen, at der er nogen evidens for effekten af kognitiv adfærdsterapi kombineret med neurorehabilitering i forhold til reduktion i generelle angstsymptomer hos borgere med mild til moderat traumatisk hjerneskade. I et tredje review, hvor der også forefindes effekt af kognitiv adfærdsterapi, er vurderingen, at jo mindre svær traumatisk hjerneskade, jo mere borgeren har opmærksomhed på begrænsninger/vanskeligheder og jo højere intellektuelle færdigheder før hjerneskaden er associeret med større reduktion i depressive symptomer. Kognitiv adfærdsterapi behandling viste ikke signifikant effekt på borgerens måde at håndtere situationen på, sindsstemning og tilpasning, blandt deltagere med en svær traumatisk hjerneskade¹⁰⁶.

• Narrativ tilgang

Den narrative tilgang bygger på tesen om, at narrativer (fortællinger) bærer et helbredelses-potentiale, da de kan medvirke til omdannelse af identitet, fortolkning af fortid og skabelse af fremtidsscenerier. Narrativet kan betragtes som et redskab til forandring, da en genfortælling af beretningen om ens livserfaringer ikke er en perifer handling men derimod en handling, hvor borgeren genskaber sig selv¹⁰⁷. Narrativet kan hermed være en måde, hvorpå borgeren skaber mening med de forandringer, som hjerneskaden har medført¹⁰⁸. Tanken bag narrativ terapi er, at der ikke findes én sand historie men utallige historier, som borgeren kan fortælle om sit liv. Når narrativer bruges terapeutisk skaber terapeuten og borgeren i fællesskab alternative fortællinger om borgeren. De alternative fortællinger giver hermed et nyt perspektiv på borgerens fortid, nutid og fremtid.

Narrativ terapi interesserer sig først og fremmest for den magt, som særlige begreber, forståelsesrammer og historier kan udøve på borgerens beretning om sit liv. Det er væsentligt i narrativ terapi, at hverken terapeuten eller borgeren opfattes som passive og autentiske repræsentanter for en sandhed om livet og terapien. Terapeuten er ikke ekspert ej heller neutral. I narrativ terapi arbejdes der med at eksternalisere udfordringen ved at placere det uden for den enkelte borger¹⁰⁹.

Effekt – Kvalitative studie viser, at fagpersoner kan arbejde med borgerens narrativ og ad den vej støtte borgeren i at håndtere det tab, som vedkommende kan opleve. Det vurderes, at når borgeren rekonstruerer sine narrativer, hvor negative perspektiver er reduceret eller fjernet, kan det bidrage til, at borgeren finder sig bedre til rette med den nye situation. De rekonstruerede narrativer kan medvirke til, at borgeren orienterer sig mod nye handlinger, og dermed understøtte, at borgeren får skabt mening med de forandringer, som hjerneskaden har medført. Narrativer kan på den baggrund være et værdifuldt redskab i den psykologiske indsats¹¹⁰.

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 forsørge sig selv og sin familie. Det gælder også borgere med en kompleks erhvervet hjerneskade – 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^p 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 beskyttet beskæftigelse (§ 103) og aktivitets- og samværstilbud (§ 104) vil være relevant. Forskning inden for hjerneskadeområdet har identificeret en række faktorer af betydning for borgerens arbejdsmarkedsparticipation og tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Eksempler herpå er: kognitive og psykosociale evner, mental udtrætning, fysisk funktionsevne samt miljømæssige faktorer i form af mestring af transport til/fra arbejde, arbejdspladsens støtte, jobfunktion før skaden m.m.¹¹¹

^p 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 tværfaglig og koordineret på tværs af de kommunale forvaltninger og andre myndigheder.

Nogle af indsatserne, rettet mod målgruppen med potentiale 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.

De beskæftigelsesfaglige indsatser er forankret i loven om aktiv beskæftigelsesindsats (LAB) og bevilges herefter. Det er den enkelte kommune, der har ansvaret for den beskæftigelsesfaglige indsats jf. Lov om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen m.v. Generelt sigtes der mod inddragelse af den enkelte borger og dennes muligheder og ressourcer i bevillingen af indsatser i henhold til ovenstående lovgivning.

Borgere, der har behov for et nyt job, idet deres funktionsevnenedsættelse 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 en type af job, der er så tæt på borgerens tidligere erhvervs erfaring for at udnytte intakt viden herom og minimere behovet for ny læring¹¹². Kommunens jobkonsulenter, arbejdsfasholdelseskonsulenter og eksterne specialister indgår i et samarbejde i denne forbindelse, og virksomhedspraktik bliver ofte brugt til at lave en arbejdsmarkedsafklaring eller 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 funktionsnedsættelse kan søge om specialpædagogisk støtte på en ungdomsuddannelse eller på en videregående uddannelse. Specialpædagogisk støtte til borgere med erhvervet hjerneskade gives som oftest i form

5. FAGLIGE INDSATSER

af timer til en støtteperson/mentor. Specialpædagogisk støtte søges hos Styrelsen for Undervisning og Kvalitet. På uddannelsesstederne er der såkaldte SPS-vejledere, der kan give yderligere vejledning om støtteordningen, og som kan sørge for, at ansøgningen fremsendes.

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 udskrivningen¹¹³:

- 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 revurdering¹¹⁴.

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 rehabiliteringsbehov¹¹⁵.



6. ORGANISERING OG SAMARBEJDE





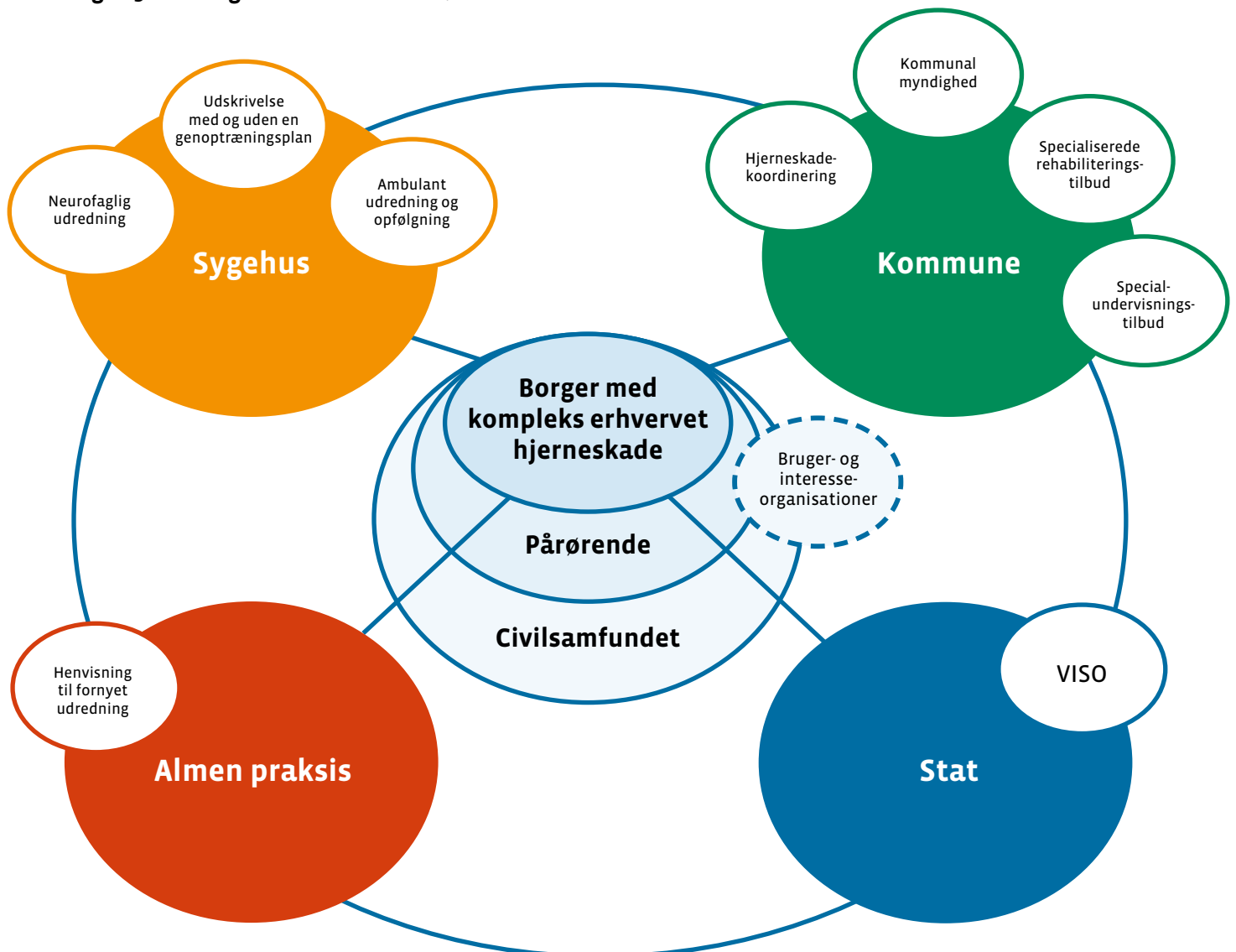
6. ORGANISERING OG SAMARBEJDE

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. Kapitellet har, udover 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)

Sygehuset sikrer, at kommunen bliver inddraget tidligt og får de relevante oplysninger for at kunne planlægge rehabiliteringsforløbet. I den forbindelse er det vigtigt, at der foretages en faglig udredning af funktionsevnen, og at der foreligger en fyldestgørende genoptræningsplan ved udskrivningen, som grundlag for kommunens visitation og videre planlægning. Sygehuset udarbejder en genoptræningsplan ved en lægefaglig vurdering af om genoptræning/ rehabilitering skal være på alment eller specialiseret niveau. I nogle tilfælde vil det ikke være muligt at vurdere, om – eller i hvilket omfang – personen har mentale funktionsnedsættelser som følge af hjerneskaden. Kommunen kan eventuelt foretage en supplerende udredning af personens funktionsevne i henhold til at kunne visitere til en relevant indsats på det højt specialiserede social- og specialundervisningsområde¹¹⁶.

Det er sygehuset, der står for at sikre, at der afholdes en udskrivningssamtale. Ved udskrivning til rehabilitering på specialiseret niveau afholdes der en udskrivningsskonference. Sygehus og kommune drøfter borgerens rehabiliteringsbehov inden udskrivning. I den forbindelse drøftes, hvilke rehabiliteringstilbud, der kan varetage borgerens rehabiliteringsbehov. Det er kommunen, der tilrettelægger rehabiliteringsforløbet i fase 3.

Koordinering af sygehusets og kommunens indsats kan hensigtsmæssigt ske via den kommunale hjerneskadekoordineringsfunktion. Der kan tillige være behov for et tæt koordineret samarbejde mellem involverede fagpersoner. Langt størstedelen af målgruppen vil være indlagt på sygehus og derefter blive udskrevet med en genoptræningsplan til specialiseret rehabilitering. Der er dog et fåtal af borgere, som henvises til højt specialiseret rehabilitering med en almen genoptræningsplan eller uden en genoptræningsplan.

6.1.2 Rehabiliteringsindsats efter sygehus

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

Rehabiliteringsindsatsen kan leveres som et matrikelbundet tilbud eller som en matrikelløs indsats. Det er de samme forudsætninger, der opstilles til de matrikelløse og matrikelbundne indsatser, selvom organiseringen er forskellig. Det, der karakteriserer matrikelløse indsatser, er, at de leveres af et tværfagligt kompetent team nedsat ad hoc med udgangspunkt i den enkelte borgers behov og har tilknytning til flere højt specialiserede tilbud. Det vil sige, at borgeren modtager indsatser fra forskellige specialiserede tilbud, som samarbejder og tager ansvar for at koordinere indsatserne.

De højt specialiserede tilbud, matrikelbundne såvel som matrikelløse, skal koordinere indsatsen mht. indholdet i de respektive faggruppers indsats. Indsatserne skal have et fælles udgangspunkt i den samlede vurdering af borgerens funktionsevne. Der skal endvidere være fokus på rækkefølgen i indsatserne, således at de supplerer hinanden optimalt, så borgeren oplever et sammenhængende forløb. Dertil kommer, at indsatsen skal bygge på et neuropsykologisk og neuropædagogisk fundament. Den overordnede koordination varetages af kommunens myndighedsfunktion.

6. ORGANISERING OG SAMARBEJDE

6.2 Aktører og fagpersoner

6.2.1 Den kommunale myndighed

I kommunen involverer rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade en række forskellige forvaltningsområder, primært inden for social-, sundheds-, beskæftigelses- og undervisningsområdet. Kommunen har myndighedsansvaret for alle rehabiliteringsindsatser efter udskrivning. Kommunen har dermed forpligtelsen til at tilrettelægge det samlede rehabiliteringsforløb, så der er sammenhæng og koordination i indsatserne fra de forskellige kommunale områder. De enkelte kommunale aktørers ansvar og opgaver beskrives nedenfor.

For at imødekomme behovet for koordinering og sammenhæng i borgerens forløb er det afgørende, at kommunen tilrettelægger og koordinerer rehabiliteringsindsatsen 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

Voksne med kompleks erhvervet hjerneskade kan tilbydes forskellige rehabiliteringstilbud, afhængig af deres funktionsevnedssættelse og behov for rehabilitering. Sygehus og kommune kan ved udskrivningskonferencen drøfte, hvilke rehabiliteringstilbud der kan varetage borgerens rehabiliteringsbehov. Det, der kendetegner tilbuddene, er en højt specialiseret tidsbestemt og intensiv indsats på højt specialiseret niveau. Her kan der både være tale om regionale og private 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 bevægeevne-skeligheder samt syns- og orienteringsproblemer. Det er de kommunikationscentre, som har specialister inden for hjerneskadeområdet, som kan levere de højt specialiserede indsatser i forhold til udredning og afprøvning af alternative og supplerende kommunikationsløsninger til borgere med kommunikationsvanskeligheder. Dette foretages gennem indlæring af nye indlæringsstrategier, opøvelse af nye funktionsmåder og gennem hjælp til selverkendelse, kommunikationsundervisning, kompenserende undervisning i forhold til tekstproglige vanskeligheder, der har tilknytning til den erhvervede hjerneskade, hukommelses- og koncentrationstræning, strukturering, 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 tilvejebringe specialundervisning for voksne, der kompenserer for funktionsnedsættelser, som en del af rehabiliteringsforløbet, som bidrager med kompensatoriske strategier for hjerneskadens følger med hensyn til kommunikationsvanskeligheder, koncentrations- og hukommelsesproblemer, 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 handlemuligheder.

6.2.5 Almen praksis

Almen praksis varetager behandling af følgetilstande og komorbiditet til den erhvervede hjerneskade, når borgeren er færdigbehandlet. Almen praksis har mulighed for at henvise til fornyet udredning

på sygehus^q. For nærmere beskrivelse af almen praksis' ansvar henvises til Sundhedsstyrelsens forløbsprogram¹¹⁷.

6.2.6 Bruger- og pårørendeorganisationer

Bruger- og pårørendeorganisationerne på hjerneskadeområdet tilbyder rådgivning og støtte til borgere og pårørende. Rådgivningen er relateret til problemstillinger som følge af en hjerneskade og viden om lovgivning og praksis. Derudover tilbyder bruger- og interesseorganisationerne både de ramte og deres pårørende mulighed for at mødes med ligesindede, fx gennem lokale tilbud eller sociale medier.

6.3 Samarbejde og koordinering

En effektiv og effektfuld rehabilitering fordrer, at overgange foregår koordineret, og at der er en sammenhængende rehabiliteringsindsats mellem sygehus, kommune, almen praksis og højt specialiserede rehabiliteringstilbud og/eller midlertidigt botilbud. Indsatserne iværksættes så tidligt som muligt med henblik på at maksimere udbyttet af indsatserne, da forsinkelse mindsker chancerne for at opnå et så fuldt rehabiliteringspotentiale som muligt. Overleveringen bør foregå med mulighed for god kommunikation mellem borger, pårørende, region, almen praksis og kommune.

6.3.1 Koordinering mellem kommune og region

Kommunerne og regionen indgår årligt en rammeaftale om faglig udvikling, styring og koordinering af kommunale og regionale tilbud på social- og specialundervisningsområdet. Denne omfatter blandt andet hjerneskadeområdet. Rammeaftalen fungerer som et planlægnings- og udviklingsværktøj og skal samtidig skabe overensstemmelse mellem det fornødne udbud og efterspørgslen på tilbud og ydelser inden for aftalens område. Dertil kommer, at der, i regi af National Koordination i Socialstyrelsen, er et samarbejde mellem Socialsty-

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

relsen og kommunerne via rammeaftalesystemet. Formålet er at understøtte det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde for at sikre, at der ikke sker en u hensigtsmæssig 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 sektorovergange. 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, hjerneskadesamråd eller gennem et hjerneskadeteam, som kan bestå af medarbejdere fra de relevante forvaltninger med viden og kompetencer i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade.

Nyere dansk forskning, der bidrager med et personligt og oplevet perspektiv på rehabiliteringsforløbet fra borgeres og pårørendes side, peger på, at en mere "håndholdt" koordination med én gennemgående koordinator har vist sig at have afgørende positiv betydning for borgerens oplevelse af sit forløb¹¹⁸. Hvis den kommunale hjerneskadekoordi-

neringsfunktion 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 multidisciplinært 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 koordination¹¹⁹.

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-komponenter¹²⁰. Fokus på også 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 borgers 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 henvise til relevante indsatser for pårørende.

Tværfaglig koordinering af den beskæftigelsesrettede indsats

Koordineringen af den beskæftigelsesrettede indsats i kommunen er forankret i rehabiliteringsteams, for så vidt angår udsatte borgere, der skal have et ressourceforløb, jobafklaringsforløb, fleksjob eller førtidspension samt sygedagpengemodtagere i visitationskategori 3^r - 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 uddannelse²²¹. De unge og voksne i forløbsbeskrivelsens målgruppe, som er udsat og på uddannelseshjælp/kontanthjælp samt i ressourceforløb, har ret til en koordinerende sagsbehandler (jobkonsulenten). Den koordinerende sagsbehandler kan samarbejde med hjerneskadekoordinatorfunktionen. For borgere 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 sygedagpengemodtagere i visitationskategori 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.

^r Borgere, der henvises til kategori 3 forløb, har problemer udover de helbredsmæssige forhold herunder sociale problemstillinger.



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. Implements 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 gevinster. 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 omkostningsniveau¹²².

Dertil kommer, at enkelte andre kommuner har søgt at vurdere de økonomiske effekter af projektindsatser for borgere med erhvervet hjerneskade. Der peges dog på, at det er for tidligt at konkludere, om den økonomiske effekt kan tilskrives selve indsatsen. 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. ANVENDELSE AF OG OPFØLGNING PÅ FORLØBSBESKRIVELSE





8. ANVENDELSE AF OG OPFØLGNING PÅ FORLØBSBEKRIVELSEN

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 opnås 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.

Det forventes ikke, at hver enkelt kommune råder over højt specialiserede tilbud og vidensmiljøer til målgruppen. Den enkelte kommune har dog ansvaret for at inddrage højt specialiserede tilbud og vidensmiljøer og herudfra sammensætte et helhedsorienteret og sammenhængende forløb på tværs af fagligheder, specialiseringsniveauer og organisatoriske skel. Derfor anbefaler Socialstyrelsen, at kommunerne tager afsæt i forløbsbeskrivelsens anbefalinger og anvender forløbsbeskrivelsen på tværs af kommunerne.

8.1 Implementering af forløbsbeskrivelsen

På nationalt plan har Socialstyrelsen udviklet en implementeringsplan med inddragelse af forløbsbeskrivelsens arbejdsgruppe og referencegruppe. Socialstyrelsen vil formidle forløbsbeskrivelsen til alle relevante aktører og i relevante fora, herunder hjerneskadekoordinatorketværket. Desuden nedsættes en faglig følgegruppe, der afholdes implementeringsmøder, og der forventes deltagelse i konferencer og temadage.

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.

Dette kan ske via strategiske alliancer, samarbejdsaftaler og organisatoriske forudsætninger, som understøtter samarbejde på tværs af stat, regioner og kommuner. Herunder gennem de regionale ramme- og sundhedsaftaler samt lokalt aftalte koordineringsprocedurer, vidensdelings- og kommunikationssystemer. Heri ligger blandt andet, at anvendelsen af forløbsbeskrivelsen koordineres med udmøntningen af Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinjer.

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





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 borgerens 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 at:
 - ◆ målgruppen er afgrænset 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 særlig 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 forvaltningchefniveau 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

På baggrund af evalueringen af Kommunalreformen¹²³ vedtog Folketinget i november 2013 at oprette en national koordinationsstruktur forankret i Socialstyrelsen. Den nationale koordinationsstruktur skal sikre, at der eksisterer det fornødne udbud af højt specialiserede tilbud og indsatser til borgere, som har funktionsevnenedsættelser, der forekommer sjældent og/eller har komplekse behov. I den forbindelse fremsendte Socialstyrelsen i november 2014 en central udmelding til alle landets kommunalbestyrelser for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. Den centrale udmelding har til formål at sikre, at de fornødne højt specialiserede indsatser og tilbud tilpasset målgruppens behov er til stede på regionalt og nationalt plan og er tilgængelige for kommunerne¹²⁴.

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 borgerforløbet samt kommer med en række vejledende anbefalinger til kommunerne.

Forløbsbeskrivelsens udarbejdelse

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

Socialstyrelsen har stået for at færdiggøre den endelige udgave af forløbsbeskrivelsen. Arbejdsgruppen og referencegruppen har løbende haft forløbsbeskrivelsen til kommentering. Det skal dog bemærkes, at arbejdsgruppen og referencegruppen ikke har haft mulighed for at gennemlæse og kommentere den endelige udgave af forløbsbeskrivelsen, inden den blev offentliggjort.

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
- Vejlefyord Rehabilitering, Ditte Bentzen
- Center for Hjerneskade, Ina Schmidt
- Kildebo, Center for Neurorehabilitering, Sandra G. Paulsen
- Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi, Sissel Madsen
- Hjerneskadecentret BOMI, Henning Olsen
- Horsens Kommune, Anne Sloth-Egholm
- Egedal Kommune, Dion Mattesen
- Socialstyrelsen, Tina Holck
- Socialstyrelsen, Camilla Højgaard 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 Mala Rytter
- Aalborg Universitet, Charlotte Glintborg
- Rigshospitalet, Glostrup Hospital, Hysse Birgitte Forchhammer
- Regionshospitalet Hammel Neurocenter, Merete Stubkjær Christensen
- DTHS - Danske tale, høre- & synsinstitutioner, Annette Torp Jensen

- ISAAC - International Society of Augmentative and Alternative Communication, Margit Grønkjær
- Københavns Kommune, Gitte Bylov Larsen / Eva Stokbro Jensen
- Aalborg Kommune, Marie E. Nielsen
- Sønderborg Kommune, Merete Nielsen
- Socialstyrelsen, Tina Holck
- Socialstyrelsen, Camilla Højgaard Nielsen
- Socialstyrelsen, Mette Lund Møller
- Socialstyrelsen, Lene Wulff-Krogsøe

Foruden ovenstående har Eva Hollænder (Hjerneskadeforeningen) bidraget ad hoc med input til specifikke dele af forløbsbeskrivelsen.

Forløbsbeskrivelsen er 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 Landsforening
- Danske Regioner
- SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
- Ekspertter på det specialiserede socialområde (udpeget af Socialstyrelsen efter indstilling fra Det Frie Forskningsråd)
- Ekspertter på det specialiserede specialundervisningsområde (udpeget af Socialstyrelsen og Undervisningsministeriet efter indstilling fra Det Frie Forskningsråd).

Forløbsbeskrivelsen er udarbejdet i perioden maj 2015 - maj 2016.

9. BILAG

Bilag 2. Lovgrundlaget for forløbsbeskrivelsen

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

Livsfaser	Genoptræning	Specialundervisning	Personstøtte og bostøtte	Beskæftigelsesrettede indsatser og ydelser	Uddannelsesrettede indsatser
Ungdomsliv og voksenliv: 18-65 år	<p>SEL § 85 Socialpædagogisk bistand</p> <p>SEL § 86,1 Genoptræning</p> <p>SEL § 102: Behandling</p> <p>SUL § 140: Genoptræning efter udskrivning fra sygehus</p>	<p>Lov om specialundervisning for voksne (LBK nr. 787 af 15/06/2015)</p>	<p>SEL § 83 Personlig og praktisk hjælp</p> <p>SEL § 85 Socialpædagogisk bistand</p> <p>SEL § 107: Midlertidigt botilbud</p> <p>ABL: §105 Botilbud</p>	<p><i>Indsatser</i></p> <p>LAB kapitel 9b, § 93 og § 96c: Mentor</p> <p>LAB kapitel 10: Vejledning og opkvalificering</p> <p>LAB kapitel 11: Virksomhedspraktik</p> <p>LAB kapitel 12: Løn-tilskud</p> <p>LAB kapitel 12a: Ressourceforløb</p> <p>LAB kapitel 12 b: Jobafklaringsforløb</p> <p>LAB kapitel 13: Fleksjob</p> <p>LAB kapitel 14 og § 100: Hjælpe midler</p> <p>LAS § 46: Revalidering</p> <p>Komp.lov kapitel 3 og 4: Personlig assistance</p> <p>Komp.lov § 3: Fortrinsadgang</p> <p>Komp.lov § 15: Isbryderordning</p> <p><i>Ydelser:</i></p> <p>ALF: Arbejdsløshedsdagpenge</p> <p>SDP-lov: Sygedagpenge</p> <p>LAS § 25: Kontanthjælp</p> <p>LAS kapitel 6a: Ressourceforløbsydelse til personer i ressourceforløb</p> <p>LAS kapitel 6b: Ressourceforløbsydelse til personer i jobafklaringsforløb</p>	<p><i>Indsatser</i></p> <p>Bekendtgørelse om særlige tilskud til specialpædagogisk bistand ved ungdomsuddannelser m.v. (BEK. nr. 1377 af 09/12/2013.</p> <p>Bekendtgørelse af lov om specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelser (LBK nr. 748 af 17/05/2015)</p> <p>LAB § 78,2: Mentor til uddannelse</p> <p>Evt. handicaptillæg ved SU på videregående uddannelser</p>

9. BILAG

Livsfaser	Genoptræning	Specialundervisning	Personstøtte og bostøtte	Beskæftigelsesrettede indsatser og ydelser	Uddannelsesrettede indsatser
Seniorliv og alderdom 65-75	SEL § 85 Socialpædagogisk bistand SEL § 86,1 Genoptræning SEL § 102 Behandling SUL § 140 Genoptræning efter udskrivning fra sygehus	Lov om specialundervisning for voksne (LBK nr. 787 af 15/06/2015)	SEL § 83 Personlig og praktisk hjælp SEL § 85 Socialpædagogisk bistand SEL § 107: Midlertidigt botilbud ABL § 105 Botilbud		

9. BILAG

Bilag 3. Begrebsdefinitioner

Rehabilitering

Rehabilitering omfatter målrettede og tidsbestemte forløb af koordinerede ydelser og tilbud på sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, som har til formål, at borgeren erhverver samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulige funktionsevne, så borgeren kan leve et så selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv som muligt.

Forløbsbeskrivelsen har særligt fokus på den del af rehabiliteringen, som omhandler højt specialiserede indsatser på social- og specialundervisningsområdet.

Erhvervet hjerneskade

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

Funktionsevnedækkelse

Er en overordnet term for funktionsnedsættelse, aktivitetsbegrænsning og deltagelsesbegrænsning. Termen angiver de negative aspekter af samspillet mellem et individ (med en given helbredstilstand) og individets kontekstuelle faktorer (omgivelsesfaktorer og personlige faktorer).

Funktionsnedsættelse

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 befolkningsgennemsnit 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 funktionsvnedækkelse 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 udviklingsbehov²²⁵.

Indsats

En indsats er en handling, der er koncentreret og rettet mod et resultat. En indsats indebærer, at der over et afgrænset tidsrum anvendes (ekstra) ressourcer med henblik på at opnå et resultat. En social indsats består af en eller flere ydelser, som leveres til en eller flere borgere af et eller flere tilbud, og som skal forebygge eller tilgodese behov, som følger af en nedsat funktionsevne, og som gives med henblik på at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse eller forbedre livskvaliteten.

Højt specialiserede indsatser

Højt specialiserede sociale indsatser som retter sig mod voksne med erhvervet hjerneskade, hvor der er en kompleksitet i problemstillingen eller en flerhed af problemstillinger, der kræver faglig specialviden, herunder tværfaglig viden. Højt specialiserede indsatser og tilbud er kendetegnede ved, at de varetages af eller i samarbejde med andre specialiserede vidensmiljøer. Den højt specialiserede indsats er derfor typisk ikke udbredt til mange lokale indsatser men kun tilgængelig relativt få steder i landet. Der vil ofte være behov for, at kommuner, regioner og private leverandører samarbejder på tværs for at kunne levere en højt specialiseret indsats.

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 praksiserfaringer 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 funktionsevne og genoptræningsbehov, samt angive hvilke funktionsevneudsættelser som genoptræningen skal rette sig imod. For patienter med behov for rehabilitering på specialiseret niveau skal genoptræningsplanen beskrive patientens samlede funktionsevne samt patientens samlede behov for rehabiliteringsindsatser på udskrivelsestidspunktet.

Specialiseringsniveauer på det sociale område

På hjerneskadeområdet kan det mest specialiserede niveau sidestilles med sundhedsområdets specialiserede niveau. Socialområdets definition af det mest specialiserede område adskiller sig dog på enkelte punkter fra Sundhedsstyrelsens definition: På socialområdets mest specialiserede niveau er der ikke krav om, at der bedrives forskning, og det er heller ikke en forudsætning, at alle de kompetencer, der skal indgå i indsatsen, er samlet et sted/under samme tag. På socialområdet vil en højt specialiseret indsats kunne ydes af flere aktører i samarbejde med hinanden. Socialområdet har ikke som forudsætning, at der er tre ansatte i hver relevant faggruppe, men derimod at der er tre ansatte med relevant praktisk og teoretisk viden og kompetencer i forhold til målgruppen med henblik på at varetage de højt specialiserede indsatser og tilbud.

Specialiseringsniveauer på sundhedsområdet

På sundhedsområdet sondres der på specialiseret niveau mellem genoptræning på specialiseret niveau (på sygehus) og rehabilitering på specialiseret niveau (ved specialiserede rehabiliteringstilbud). Genoptræning på specialiseret niveau varetages på sygehuse 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

Forløbsbeskrivelsens indhold bygger på systematisk, litteratursøgning i internationale databaser gennemført i juli og september-oktober 2015. Litteratursøgningen til forløbsbeskrivelsen er foregået ad tre omgange. I perioden juni og juli 2015 er der foretaget en bred søgning. I september 2015 blev der foretaget en søgning specifikt på udadreagerende adfærd hos mennesker med erhvervet hjerneskade og i november 2015 en søgning specifikt på misbrug hos mennesker med erhvervet hjerneskade.

Søgningerne er foretaget i følgende internationale referencedatabaser: PsycInfo, Cinahl, Medline, Socindex og Eric. Der er desuden foretaget søgning i Bibsys/Oria, Libris, Norart og Swepub.

Inklusionskriterier for søgningen har været publikationsår: fra 2005-2015 og sprog: engelsk, dansk, norsk og svensk.

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 meningsfuldt 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.

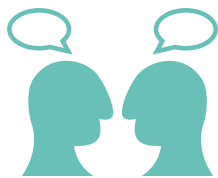
9. BILAG

I skemaerne nedenfor uddybes på hvilken baggrund, de beskrevne metoder i kapitel 5 er udvalgt.



Indsatser, der fremmer kroppens funktioner – mentale funktioner	
Metoder	Baggrund for udvælgelse af metoder
Overordnede kognitive funktioner	
Meta-Kognitive-Strategier (MKS)	MTV finder god evidens for effekt af metoden i forhold til forbedring af dagligdags problemløsning ¹²⁶ . Skotsk national klinisk guideline anbefaler metoden til borgere med eksekutiv funktionsnedsættelse som følge af traumatisk hjerneskade ¹²⁷ .
Energi	
Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)	RCT studie finder, at metoden viser statistisk signifikante forbedringer målt på graden af mental træthed og på neuropsykologiske tests ¹²⁸ .
Sprog og talefunktion	
Constraint Induced Language Therapy (CILT)	MTV finder, at der er moderat evidens for effekt af metoden udført af lægmand under supervision fra logopæd ¹²⁹ . Anvendes i dansk praksis.
Temperament og personlighed	
Positive Behaviour Support (PBS)	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 ¹³⁰ .
Differential Reinforcement (DR)	Case studier og litteratur review finder, at metoden kan reducere udadreagerende adfærd ¹³¹ .
Self-Monitoring-Training (SMT)	Case studier og litteratur review finder, at metoden kan være virkningsfuld ved adfærdsproblemer ¹³² .

9. BILAG



Indsatser, der fremmer aktivitet og deltagelse

Metoder	Baggrund for udvælgelse af metoder
Kommunikation	
Alternativ Supplerende Kommunikation (ASK)	Sundhedsstyrelsens MTV finder svag evidens for, at støttende tekniker og redskaber kan forbedre samtalepartners interaktionsevner ¹³³ . Der gøres i dansk praksis også brug af alternative og supplerende kommunikationshjælpemidler og – løsninger til gruppen af borgere med komplekse kommunikationsbehov ¹³⁴ .



Indsatser rettet mod omgivelsesfaktorer

Metoder	Baggrund for udvælgelse af metoder
Produkter og teknologi (hjælpemidler)	
Talking mats	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.
Electronic Portable Assistive Devices (EPAD)	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 ¹³⁵ . Dansk studie baseret på kvalitative og kvantitative data viser, at borgere med traumatisk hjerneskade oplever brug af smartphone som en tilfredsstillende kompensation for nedsat hukommelse ¹³⁶ .

Familie, slægtninge og venner

Psyko-soziale pårørende interventioner	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 ¹³⁷ . 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 ¹³⁸ .
---	--

9. BILAG



Indsatser rettet mod omgivelsesfaktorer

Metoder	Baggrund for udvælgelse af metoder
Produkter og teknologi (hjælpemidler)	
Uddannelsesprogram for pårørende	Flere Cochrane reviews har identificeret, at information, rådgivning og støtte til pårørende udgør en rolle i god praksis.
Kommunikativ partnertræning	MTV finder, at der er moderat evidens for effekt af træning af pårørende som samtalepartner ¹³⁹ . 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. ¹⁴⁰ Anvendes i dansk praksis.



Indsatser rettet mod personlige faktorer

Metoder	Baggrund for udvælgelse af metoder
Identitet og følelsesmæssige udfordringer	
Kognitiv adfærdsterapi (Cognitive Behavioural Therapy, CBT)	Systematiske reviews og meta analyse viser, at metoden kan reducere angst og depression hos borgere med angst og depression som følge af hjerneskade ¹⁴¹ . Skotsk national klinisk guideline anbefaler metoden til borgere med mild til moderat traumatisk hjerneskade som del af det samlede rehabiliteringsforløb ¹⁴² .
Narrativ tilgang	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 ¹⁴³ .



10. REFERENCER





10. REFERENCER

1. Socialstyrelsen (2014): *Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.*
2. Socialstyrelsen (2014): *Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.*
3. Sundhedsstyrelsen (2014): *Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade. En faglig visitationsretningslinje.*
4. Socialstyrelsen (2014): *Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.*
Sundhedsstyrelsen (2014): *Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade. En faglig visitationsretningslinje.*
5. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering.*
6. Socialstyrelsen (2014): *Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.*
7. Socialstyrelsen (2014): *Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.*
8. Sundhedsstyrelsen (2014): *Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade. En faglig visitationsretningslinje.*
9. Sundhedsstyrelsen (2014): *Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade. En faglig visitationsretningslinje.*
Socialstyrelsen (2014): *Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.*
10. Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade.*
11. Pallesen H (2011): *Fem år efter apopleksi – fra sygdom til handicap.* Ph.d. afhandling Syddansk Universitet.
12. Glintborg C (2015): *Grib mennesket. En konceptuel og empirisk undersøgelse af koordineret rehabilitering: objektivt bio-psyko- social udbytte for voksne med erhvervet hjerneskade samt klienters og pårørendes oplevelse af rehabiliteringen med og uden kommunal koordination.* Ph.d. afhandling Aalborg Universitet. [http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket\(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc\).html](http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc).html)
13. Glintborg C (2015): *Grib mennesket. En konceptuel og empirisk undersøgelse af koordineret rehabilitering: objektivt bio-psyko- social udbytte for voksne med erhvervet hjerneskade samt klienters og pårørendes oplevelse af rehabiliteringen med og uden kommunal koordination.* Ph.d. afhandling Aalborg Universitet. [http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket\(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc\).html](http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc).html)
Sarre S et al. (2013): A systematic review of qualitative studies on adjusting after stroke: lessons for the study of resilience. *Disability and Rehabilitation.*
14. ICF core set stroke <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects2/cardiovascular-and-respiratory-conditions/icf-core-set-for-stroke>
ICF core set for traumatic brain injury <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects2/neurological-conditions/development-of-icf-core-sets-for-traumatic-brain-injury-tbi>
15. Sundhedsstyrelsen (2014): *Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade. En faglig visitationsretningslinje.*
16. Lov om social service <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=175036>
17. Lov om specialundervisning for voksne <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=175036>
18. Nott MT, Chapparo C & Baguley IJ (2006): Agitation following traumatic brain injury: an Australian sample. *Brain Injury*
Gibson R & Purdy SC (2015): Mental health disorders after traumatic brain injury in a New Zealand caseload. *Brain Injury.*
Teasdale TW & Engberg AW (2005): Subjective well-being and quality of life following traumatic brain injury in adults: a long-term population-based follow-up. *Brain Injury.*
19. Gotfredsen K, Binzer M & Larsen TJ (2006): Neuro-psykiatri. I: Wæhrens E, Winkel A & Gyiring J: *Neurologi og neurorehabilitering for ergoterapeuter og fysioterapeuter.*
20. Waldron B et al (2013): Cognitive behavioural therapy for depression and anxiety in adults with acquired brain injury. What works for whom? *Neuropsychological Rehabilitation.*
Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering.*
21. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2013): *Brain injury rehabilitation in adults. A national clinical guideline.*
Teasdale TW & Engberg A (2005): Subjective well-being and quality of life following traumatic brain injury in adults: a long-term population-based follow-up. *Brain Injury.*
Teasdale TW & Engberg A (2005): Psychosocial consequences of stroke: a long-term population-based follow-up. *Brain Injury.*
Engberg AW & Teasdale TW (2004): Psychosocial outcome following traumatic brain injury in adults: a long-term population-based follow-up. *Brain Injury.*
Pedersen PM & Olsen TS (1999): Kognitive forstyrrelser ved apopleksi – hyppighed, betydning og genoptræning. *Medicinsk Årbog.*
22. Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade.*
23. MacDonald A & Wiseman-Hakes C (2010): Knowledge translation in ABI rehabilitation: a model for consolidating and applying the evidence for cognitive-communication interventions.
Preferred practical guideline for cognitive communication disorders <http://www.caslp.com/sites/default/>

10. REFERENCER

- [uploads/files/PPG_EN_Cog_Communication_Disorders.pdf](#)
24. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
Chung CSY et al. (2013): Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in adults with stroke or other non-progressive acquired brain damage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
 25. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
 26. Lerdal A et al. (2009): Poststroke fatigue – a review. *Journal of Pain and Symptoms Management*.
Kirkevold M et al. (2012): Fatigue after stroke: manifestations and strategies. *Disability & Rehabilitation*.
Christensen D et al (2008): Dimensions of post-stroke fatigue: a two-year follow-up study. *Cerebrovascular Diseases*.
 27. Kristensen KH & Birkmose D (2006): Neuropsykologiske symptomer. I: Wæhrens E, Winkel A & Gyiring J: *Neurologi og neurorehabilitering for ergoterapeuter og fysioterapeuter*.
 28. Kristensen KH & Birkmose D (2006): Neuropsykologiske symptomer. I: Wæhrens E, Winkel A & Gyiring J: *Neurologi og neurorehabilitering for ergoterapeuter og fysioterapeuter*.
 29. Kristensen KH & Birkmose D (2006): Neuropsykologiske symptomer. I: Wæhrens E, Winkel A & Gyiring J: *Neurologi og neurorehabilitering for ergoterapeuter og fysioterapeuter*.
Kelly G et al. (2008): Challenging behaviour profiles of people with acquired brain injury living in community settings. *Brain Injury*
 30. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2013): *Brain injury rehabilitation in adults. A national clinical guideline*.
 31. Dahl T & Schiøler G (2003): *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*.
Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade*.
 32. Dahl T & Schiøler G (2003): *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*.
Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade*.
 33. Dahl T & Schiøler G (2003): *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*.
 34. Socialministeriet (2013): *Mennesker med komplekse kommunikationsbehov – en analyse af tilbud og barrierer for indsatsen på området*.
 35. Dahl T & Schiøler G (2003): *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*.
Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade*.
 36. Dahl T & Schiøler G (2003): International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand.
 37. Dahl T & Schiøler G (2003): *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*.
Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade*.
 38. Escorpizo R et al. (2015): *Handbook of vocational rehabilitation and disability evaluation*.
 39. Dahl T & Schiøler G (2003): *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*.
 40. Norup A et al. (2015): Relatives of patients with severe brain injury: growth curve analysis of the first year after injury. *Brain Injury*.
Inzaghi MG, De Tanti A & Sozzi M (2005): The effects of traumatic brain injury on patients and their families. *Europa Medicophysica*.
Winstanley J et al (2006): Early indicators and contributors to psychological distress in relatives during rehabilitation following severe traumatic brain injury. Findings from the brain injury outcomes study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*.
Schönberger M et al (2010): A longitudinal study of family functioning after TBI and relatives' emotional status. *Neuropsychological Rehabilitation*.
 41. Glintborg C (2015): *Grib mennesket. En konceptuel og empirisk undersøgelse af koordineret rehabilitering: objektivt bio-psyko-social udbytte for voksne med erhvervet hjerneskade samt klienters og pårørendes oplevelse af rehabiliteringen med og uden kommunal koordination*. Ph.d. afhandling Aalborg Universitet. [http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket\(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc\).html](http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc).html)
 42. Glintborg C & Krogh L (2015): Identitets (re)konstruktioner hos mennesker med erhvervet hjerneskade: et casestudie af selv-narrativer og diskurser på hjerneskadeområdet. *Globe: A Journal of Language, Culture and Communication*.
Glintborg C (2015): *Grib mennesket. En konceptuel og empirisk undersøgelse af koordineret rehabilitering: objektivt bio-psyko-social udbytte for voksne med erhvervet hjerneskade samt klienters og pårørendes oplevelse af rehabiliteringen med og uden kommunal koordination*. Ph.d. afhandling Aalborg Universitet. [http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket\(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc\).html](http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc).html)
Nochi M (1998): 'Loss of self' in the narratives of people with traumatic brain injuries: a qualitative analysis. *Social Science & Medicine*.
Levack WM, Kayes NM & Fadyl JK (2010): Experience of recovery and outcome following traumatic brain injury

10. REFERENCER

- ry: a metasyntesis of qualitative research. *Disability and Rehabilitation*.
- Muenchberger H, Kendall E & Neal R (2008): Identity transition following traumatic brain injury: a dynamic process of contraction, expansion and tentative balance. *Brain Injury*.
43. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
 44. Bekendtgørelse af lov om social service.
Bekendtgørelse af lov om specialundervisning for voksne.
 45. Wade DT (2005): Describing rehabilitation interventions. *Clinical Rehabilitation*.
New Zealand Guidelines Group (2006): *Traumatic brain injury: diagnosis, acute management and rehabilitation*.
 46. Socialstyrelsen (2014): *Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade*.
 47. MarselisborgCentret (2004): Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet.
Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
Socialstyrelsen (2014): *Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade*.
Sundhedsstyrelsen (2014): *Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade. En faglig visitationsretningslinje*.
 48. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
 49. Danske Regioner (2011): *Hjerneskaderehabilitering – kvalitet og økonomi i indsatsen*.
Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
 50. Implement Consulting Group (2015): *Erfaringer fra puljen om styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade*.
 51. Implement Consulting Group (2015): *Erfaringer fra puljen om styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade*.
 52. Implement Consulting Group (2015): *Erfaringer fra puljen om styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade*.
Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
[i] Tværfaglig arbejdsgruppe nedsat af Socialministeriet (2013): *Mennesker med komplekse kommunikations behov – en analyse af tilbud og barrierer for indsatsen på området*.
Björck-Åkesson E, Rydeman B & Zachrisson G (2004): *Fælles Problemløsning – En metode til implementering af kommunikationshjælpedidler*.
 53. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
 - Implement Consulting Group (2015): *Erfaringer fra puljen om styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade*.
 54. Thybo P (2013): *Neuropædagogik. Hjerne, liv og læring*.
 55. Thybo P (2013): *Neuropædagogik. Hjerne, liv og læring*.
 56. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
 57. Implement Consulting Group (2015): *Erfaringer fra puljen om styrket rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade*.
 58. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2013): *Brain injury rehabilitation in adults. A national clinical guideline*.
 59. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2013): *Brain injury rehabilitation adults. A national guideline*.
Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
 60. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2013): *Brain injury rehabilitation in adults. A national clinical guideline*.
 61. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
 62. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
 63. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2013): *Brain injury rehabilitation adults. A national guideline*.
 64. Christens D (2008): Dimensions of post-stroke fatigue: a two-year follow-up study. *Cerebrovascular Diseases*.
 65. Johansson B, Bjuhr H & Rönnbäck L (2012): Mindfulness-based stress reduction (MBSR) improves long-term mental fatigue after stroke or traumatic brain injury. *Brain Injury*.
 66. Johansson B, Bjuhr H & Rönnbäck L (2012): Mindfulness-based stress reduction (MBSR) improves long-term mental fatigue after stroke or traumatic brain injury. *Brain Injury*.
 67. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
 68. Dammeyer J & Bøttcher L (2015): *Kommunikationshandicap – i et pædagogisk og psykologisk perspektiv*.
Pulvermüller F et al. (2001): Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke. *Stroke*.
 69. Cherney LR (2008): Evidence-based systematic review: effects of intensity of treatment and constraint-induced language therapy for individuals with stroke-induced aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*.
 70. Alderman N & Wood RL (2013): Neurobehavioural approaches to the rehabilitation of challenging behaviour. *Neurorehabilitation*.

10. REFERENCER

- Giles MG, Scott K & Manchester D (2013): Staff-reported antecedents to aggression in a post-acute brain injury treatment programme: what are they and what implications do they have for treatment? *Neuropsychological Rehabilitation*.
71. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
Alderman N & Wood RL (2013): Neurobehavioural approaches to the rehabilitation of challenging behaviour. *Neurorehabilitation*.
 72. Ylvisaker M, Turkstra LS & Coelho C (2005): Behavioural and social interventions for individuals with traumatic brain injury: a summary of the research with clinical implications. *Seminars in Speech and Language*.
 73. Ylvisaker M et al (2007): Behavioural interventions for children and adults with behavior disorders after TBI: a systematic review of the evidence. *Brain Injury*.
 74. Ylvisaker M, Turkstra LS & Coelho C (2005): Behavioural and social interventions for individuals with traumatic brain injury: a summary of the research with clinical implications. *Seminars in Speech and Language*.
Alderman N & Wood RL (2013): Neurobehavioural approaches to the rehabilitation of challenging behaviour. *Neurorehabilitation*.
 75. Ylvisaker M et al (2007): Behavioural interventions for children and adults with behavior disorders after TBI: a systematic review of the evidence. *Brain Injury*.
 76. Alderman N & Wood RL (2013): Neurobehavioural approaches to the rehabilitation of challenging behaviour. *Neurorehabilitation*.
Knight C et al (2002): Is accurate self-monitoring necessary for people with acquired neurological problems to benefit from the use of differential reinforcement methods? *Brain Injury*.
Wood RL & Alderman N (2011): Applications of operant learning theory to the management of challenging behavior after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*.
Aldermann N (2003): Contemporary approaches to the management of irritability and aggression following traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*.
 77. Wood RL & Alderman N (2011): Applications of operant learning theory to the management of challenging behavior after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*.
 78. Alderman N, Wood RL (2013): Neurobehavioural approaches to the rehabilitation of challenging behaviour. *Neurorehabilitation*.
 79. Alderman N & Wood RL (2013): Neurobehavioural approaches to the rehabilitation of challenging behaviour. *Neurorehabilitation*.
Dayus B & van den Broek MD (2000): Treatment of stable delusional confabulations using self-monitoring training. *Neuropsychological Rehabilitation*.
 80. Dayus B, van den Broek MD (2000): Treatment of stable delusional confabulations using self-monitoring training. *Neuropsychological Rehabilitation*.
 81. Knight C et al (2002): Is accurate self-monitoring necessary for people with acquired neurological problems to benefit from the use of differential reinforcement methods? *Brain Injury*.
 82. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
 83. Tværfaglig arbejdsgruppe nedsat af Socialministeriet (2013): *Mennesker med komplekse kommunikations behov – en analyse af tilbud og barrierer for indsatsen på området*.
Dammeyer J & Bøttcher L (2015): *Kommunikationshandicap – i et pædagogisk og psykologisk perspektiv*.
 84. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
Finke EH, Light J & Kitko L (2008): A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of clinical nursing*.
 85. Beukelman DR et al (2007): AAC for adults with acquired neurological conditions: a review. *Augmentative and Alternative Communication*.
Murphy J & Boa S (2012): Using the WHO-ICF with Talking Mats to enable adults with long-term Communication Difficulties to Participate in Goal Setting. *Augmentative and Alternative Communication*.
 86. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
 87. Murphy J (2000): Enabling people with aphasia to discuss quality of life. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*.
Gillespie A, Murphy J & Place M (2010): Divergences of perspectives between people with aphasia and their family caregivers. *Aphasiology*.
 88. Murphy J (2000): Enabling people with aphasia to discuss quality of life. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*.
 89. Charters E, Gillett L & Simpson GK (2015): Efficacy of electronic portable assistive devices for people with acquired brain injury: a systematic review. *Neuropsychological Rehabilitation*.
 90. Evald L (2015): Prospective memory rehabilitation using smartphones in patients with TBI: what do participants report? *Neuropsychological Rehabilitation*.

10. REFERENCER

91. Charters E, Gillett L & Simpson GK (2015): Efficacy of electronic portable assistive devices for people with acquired brain injury: a systematic review. *Neuropsychological Rehabilitation*.
92. Evald L (2015): Prospective memory rehabilitation using smartphones in patients with TBI: what do participants report? *Neuropsychological Rehabilitation*.
93. Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade*.
94. Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade*.
95. Glintborg C (2015): *Grib mennesket. En konceptuel og empirisk undersøgelse af koordineret rehabilitering: objektivet bio-psyko- social udbytte for voksne med erhvervet hjerneskade samt klienters og pårørendes oplevelse af rehabiliteringen med og uden kommunal koordination*. Ph.d. afhandling Aalborg Universitet. [http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket\(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc\).html](http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc).html)
- McFarlane W (2002): *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*.
96. Lee J et al. (2007): "A meta-analysis of interventions for informal stroke caregivers". *Western Journal of Nursing Research*, 29,344
Smith J et al. (2008): "Information provision for stroke patients and their caregivers". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art.No.: CD001919. DOI: 10.1002/14651858.CD001919.pub2
97. Simmons-Mackie N et al. (2010): Communication partner training in aphasia: a systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.
Kagan A (1998): Supported Conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*.
Kagan A (2001): Training volunteers as conversation partners using Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA): a controlled trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*.
98. Simmons-Mackie N et al. (2010): Communication partner training in aphasia: a systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.
Kagan A (2001): Training volunteers as conversation partners using Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA): a controlled trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*.
99. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
Glintborg C (2015): *Grib mennesket. En konceptuel og empirisk undersøgelse af koordineret rehabilitering: objektivet bio-psyko- social udbytte for voksne med erhvervet hjerneskade samt klienters og pårørendes oplevelse af rehabiliteringen med og uden kommunal koordination*. Ph.d. afhandling Aalborg Universitet. [http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket\(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc\).html](http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc).html)
100. Glintborg C (2015): *Grib mennesket. En konceptuel og empirisk undersøgelse af koordineret rehabilitering: objektivet bio-psyko- social udbytte for voksne med erhvervet hjerneskade samt klienters og pårørendes oplevelse af rehabiliteringen med og uden kommunal koordination*. Ph.d. afhandling Aalborg Universitet. [http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket\(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc\).html](http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc).html)
101. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2013): *Brain injury rehabilitation in adults. A national clinical guideline*.
102. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
103. Levack WM, Kayes NM & Fadyl JK (2010): Experience of recovery and outcome following traumatic brain injury: a metanalysis of qualitative research. *Disability and Rehabilitation*.
Muenchberger H, Kendall E & Neal R (2008): Identity transition following traumatic brain injury: a dynamic process of contraction, expansion and tentative balance. *Brain Injury*.
104. Campbell Burton CA et al (2011): Interventions for treating anxiety after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
Waldron B, Casserly LM & O'Sullivan C (2013): Cognitive behavioural therapy for depression and anxiety in adults with acquired brain injury. What works for whom? *Neuropsychological Rehabilitation*.
Khan-Bourne N & Brown RG (2003): Cognitive behavior therapy for the treatment of depression in individuals with brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*.
Fann JR, Hart T & Schomer KG (2009): Treatment for depression after traumatic brain injury: a systematic review. *Journal of Neurotrauma*.
Hackett ML et al (2008): Interventions for treating depression after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
Soo C & Tate RL (2012): Psychological treatment for anxiety in people with traumatic brain injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
Stalder-Lüthy F et al (2013): Effects of psychological interventions on depressive symptoms in long-term rehabilitation after an acquired brain injury: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.
Drummond A & Walker M (1996): Generalization of the effects of leisure rehabilitation for stroke patients. *British Journal of Occupational Therapy*.
Hsieh, M Y et al (2012): A Cognitive Behavior Therapy (CBT) programme for anxiety following moderate-severe Traumatic Brain Injury (TBI): two case studies. *Brain Injury*.
Kangas M & McDonald S (2011): Is it time to ACT? The potential of Acceptance and Commitment Therapy for

10. REFERENCER

- psychological problems following acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*.
- Soo C, Tate RL & Lane-Brown A (2011): A systematic review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for managing anxiety: applicability for people with acquired brain injury? *Brain Impairment*.
- Öst LG (2014): The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*.
- Ashworth F, Gracey F & Gilbert P (2011): Compassion focused therapy after traumatic brain injury: theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*.
- Glintborg C (2015): *Grib mennesket. En konceptuel og empirisk undersøgelse af koordineret rehabilitering: objektivt bio-psyko- social udbytte for voksne med erhvervet hjerneskade samt klienters og pårørendes oplevelse af rehabiliteringen med og uden kommunal koordination*. Ph.d. afhandling Aalborg Universitet. [http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket\(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc\).html](http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc).html)
105. Stalder-Lüthy F et al (2013): Effect of psychological interventions in depressive symptoms in long-term rehabilitation after acquired brain injury: a systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.
 106. Fann JR, Hart T & Schomer KG (2009): Treatment for depression after traumatic brain injury: a systematic review. *Journal of Neurotrauma*.
 107. Mattingly C (2005): Den narrative udvikling i nyere medicinsk antropologi. *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*.
 108. Glintborg C & Krogh L (2015): Identitets (re)konstruktioner hos mennesker med en erhvervet hjerneskade: Et casestudie af selv-narrativer og diskurser på hjerneskademrådet. *Globe: A Journal of Language, Culture and Communication*.
Nochi M (1998): 'Loss of self' in the narratives of people with traumatic brain injury: a qualitative analysis. *Social Science & Medicine*.
Nochi M (2000): Reconstructing self-narratives in coping with traumatic brain injury. *Social Science & Medicine*.
 109. White M (2006): *Narrativ teori*.
White M (2006): *Narrativ praksis*.
 110. Nochi M (1998): 'Loss of self' in the narratives of people with traumatic brain injury. *Social Science & Medicine*.
Nochi M (2000): Reconstruction self-narratives in coping with traumatic brain injury. *Social Science & Medicine*.
 111. Reuben Escorpizo et al. (2015): *Handbook of Vocational Rehabilitation and disability evaluation – Application and implementation of the ICF*.
 112. Reuben Escorpizo et al. (2015): *Handbook of Vocational Rehabilitation and disability evaluation – Application and implementation of the ICF*.
 113. Sundhedsstyrelsen (2014): *Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade. En faglig visitationsretningslinje*.
 114. Sundhedsstyrelsen (2014): *Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade. En faglig visitationsretningslinje*.
 115. Sundhedsstyrelsen (2014): *Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade. En faglig visitationsretningslinje*.
 116. Sundhedsstyrelsen (2014): *Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade. En faglig visitationsretningslinje*.
 117. Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade*.
 118. Glintborg, C (2015): *Grib Mennesket*
 119. Implement Consulting Group (2015): *Erfaringer fra puljen om styrket rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade*
 120. Glintborg, C (2015): *Grib Mennesket*
 121. Lov og aktiv beskæftigelse
 122. Implement Consulting Group (2015): *Erfaringer fra puljen om styrket rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade*.
 123. Økonomi- og Indenrigsministeriet (2013). *Evaluering af kommunalreformen*.
 124. Socialstyrelsen (2014): *Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade*.
 125. Glintborg C (2015): *Grib mennesket. En konceptuel og empirisk undersøgelse af koordineret rehabilitering: objektivt bio-psyko- social udbytte for voksne med erhvervet hjerneskade samt klienters og pårørendes oplevelse af rehabiliteringen med og uden kommunal koordination*. Ph.d. afhandling Aalborg Universitet. [http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket\(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc\).html](http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc).html)
 126. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
 127. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2013): *Brain injury rehabilitation in adults. A national clinical guideline*.
 128. Johansson B et al (2012): Mindfulness-based stress reduction (MBSR) improves long-term mental fatigue after stroke and traumatic brain injury. *Brain Injury*.
 129. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
 130. Alderman N & Wood RL (2013): Neurobehavioural approaches to the rehabilitation of challenging behaviour. *Neurorehabilitation*.
Ylvisaker M et al (2007): Behavioural interventions for children and adults with behavior disorders after TBI: a systematic review of the evidence. *Brain injury*.

10. REFERENCER

131. Knight C et al (2002): Is accurate self-monitoring necessary for people with acquired neurological problems to benefit from the use of differential reinforcement methods? *Brain Injury*.
Wood RL & Alderman N (2011): Applications of operant learning theory to the management of challenging behavior after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*.
Alderman N (2003): Contemporary approaches to the management of irritability and aggression following traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*.
Alderman N & Wood RL (2013): Neurobehavioural approaches to the rehabilitation of challenging behaviour. *Neurorehabilitation*.
132. Knight C et al (2002): Is accurate self-monitoring necessary for people with acquired neurological problems to benefit from the use of differential reinforcement methods? *Brain Injury*.
Alderman N & Wood RL (2013): Neurobehavioural approaches to the rehabilitation of challenging behaviour. *Neurorehabilitation*.
Days B & van den Broek MD (2000): Treatment of stable delusional confabulations using self-monitoring training. *Neuropsychological Rehabilitation*.
133. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
Finke EH, Light J & Kitko L (2008): A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of clinical nursing*.
Beukelman DR et al (2007): AAC for adults with acquired neurological conditions: a review. *Augmentative and alternative communication*.
134. Tværfaglig arbejdsgruppe nedsat af Socialministeriet (2013): *Mennesker med komplekse kommunikations behov - en analyse af tilbud og barrierer for indsatsen på området*.
135. Charters E, Gillett L & Simpson GK (2015) Efficacy of electronic portable assistive devices for people with acquired brain injury: a systematic review. *Neuropsychological Rehabilitation*.
136. Evald L (2015): Prospective memory rehabilitation using smartphones in patients with TBI: What do participants report? *Neuropsychological Rehabilitation*.
137. Glintborg C (2015): *Grib mennesket. En konceptuel og empirisk undersøgelse af koordineret rehabilitering: objektivt bio-psyko-social udbytte for voksne med erhvervet hjerneskade samt klienters og pårørendes oplevelse af rehabiliteringen med og uden kommunal koordination*. Ph.d. afhandling Aalborg Universitet. [http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket\(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc\).html](http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc).html)
138. Glintborg C (2015): *Grib mennesket. En konceptuel og empirisk undersøgelse af koordineret rehabilitering: objektivt bio-psyko-social udbytte for voksne med erhvervet hjerneskade samt klienters og pårørendes oplevelse af rehabiliteringen med og uden kommunal koordination*. Ph.d. afhandling Aalborg Universitet. [http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket\(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc\).html](http://vbn.aau.dk/da/publications/grib-mennesket(996928e4-1683-4dcd-89d2-cf6c186167cc).html)
Couchman G et al (2014): *A new kind of normal: qualitative accounts of multifamily group therapy for acquired brain injury*. *Neuropsychological Rehabilitation*.
139. Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*.
140. Bayley M, Rees L, Weiser M, et al. *Evidence-based review of moderate to severe acquired brain injury*. [cited 21 Feb 2013]. Available from url: <http://www.abiebr.com/>
Togher L, McDonald S, Code C, Grant S. *Training communication partners of people with traumatic brain injury: a randomised controlled trial*. *Aphasiology* 2004;18(4):313-35.)
141. Soo C & Tate RL (2012): Psychological treatment for anxiety in people with traumatic brain injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
Fann JR, Hart T & Schomer KG (2009): Treatment for depression after traumatic brain injury: a systematic review. *Journal of Neurotrauma*.
Stalder-Lüthy F et al (2013): Effects of psychological interventions on depressive symptoms in long-term rehabilitation after an acquired brain injury: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.
Waldron B, Casserly LM & O'Sullivan C (2013): Cognitive behavioural therapy for depression and anxiety in adults with acquired brain injury. What works for whom? *Neuropsychological Rehabilitation*.
Khan-Bourne N & Brown RG (2003): Cognitive behavior therapy for the treatment of depression in individuals with brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*.
142. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2013): *Brain injury rehabilitation in adults. A national clinical guideline*.
143. Glintborg C & Krøgh L (2015): Identitets (re)konstruktioner hos mennesker med en erhvervet hjerneskade: et casestudie af selv-narrativer og diskurser på hjerneskadeområdet. *Globe: A Journal of Language, Culture and Communication*.
Nochi M (1998): 'Loss of self' in the narratives of people with traumatic brain injury: a qualitative analysis. *Social Science & Medicine*.
Nochi M (2000): Reconstructing self-narratives in coping with traumatic brain injury. *Social Science & Medicine*.



Socialstyrelsen

Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk