



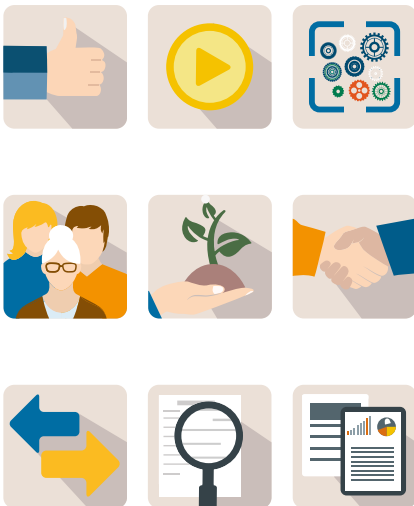
Socialstyrelsen

Forløbsbeskrivelse

REHABILITERING  
AF VOKSNE MED  
KOMPLEKS ERHVERVET  
HJERNESKADE

---

Viden til gavn



**Publikationen er udgivet af:**

Socialstyrelsen  
Edisonsvej 1  
5000 Odense C  
Tlf.: 72 42 37 00  
E-mail: [info@socialstyrelsen.dk](mailto:info@socialstyrelsen.dk)  
[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

Layout: 4PLUS4  
Forsidefoto: Adobe Stock

Indhold udarbejdet af Socialstyrelsen  
1. udgave, 2016  
2. udgave, november 2021

Download eller læs rapporten på Socialstyrelsens hjemmeside  
[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

ISBN nr. 978-87-94059-67-1



# Indhold

Forord .....	5
Anbefalinger .....	6
<b>1. Indledning .....</b>	<b>9</b>
1.1 Forløbsbeskrivelsens opbygning .....	10
<b>2. Rammen for forløbsbeskrivelsen.....</b>	<b>11</b>
2.1 Rehabilitering .....	12
2.2 Recovery .....	13
2.3 WHO's klassifikation af funktionsevne.....	13
2.3.1 Bio-psyko-social rehabilitering – et helhedsorienteret menneskesyn.....	14
2.4 Snitflader mellem social- og specialundervisningsområdet.....	14
2.5 Snitflader mellem social- og sundhedsområdet.....	15
2.5.1 Stratificering af målgruppe på socialområdet .....	15
2.5.2 Stratificering af målgruppe på sundhedsområdet.....	15
2.5.3 Forskelle i forudsætninger for at levere indsatser på højeste specialiseringsniveau .....	16
2.6 Forudsætninger for at levere højt specialiserede indsatser og tilbud .....	16
2.6.1 Kompetencer .....	16
2.6.2 Volumen .....	17
2.6.3 Intensitet.....	17
2.6.4 Koordination og samarbejde .....	17
2.7 Højt specialiserede indsatser og tilbud .....	18
<b>3. Målgruppe .....</b>	<b>19</b>
3.1 Målgruppens funktionsnedsættelser .....	20
3.2 Væsentlige faktorer for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade .....	20
<b>4. Faglige indsatser .....</b>	<b>22</b>
4.1 Bærende principper .....	23
4.1.1 Udredning og dokumentation.....	23
4.1.2 Interdisciplinært teamsamarbejde .....	27
4.1.3 Empowerment .....	27
4.1.4 Borgerinddragelse.....	27
4.1.5 Neuropsykologi .....	29
4.1.6 Neuropædagogik.....	30
4.2 Udvalgte indsatser og metoder .....	30
4.2.1 Kognition.....	30
4.2.2 Kommunikation .....	33
4.2.3 Informations- og kommunikationsteknologi.....	35
4.2.4 Pårørende.....	36
4.2.5 Identitet og følelsesmæssige udfordringer.....	39

<b>5. Organisering og samarbejde .....</b>	<b>42</b>
5.1 Organisering.....	43
5.1.1 Kommunen .....	44
5.1.2 Sociale botilbud.....	48
5.1.3 Specialundervisningstilbud .....	48
5.1.4 Beskæftigelse .....	49
5.1.5 Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation .....	50
5.1.6 Almen praksis .....	50
5.1.7 Bruger- og pårørendeorganisationer .....	50
5.2 Koordination og samarbejde.....	51
5.2.1 Samarbejde og koordination mellem kommune og region.....	51
5.2.2 Samarbejde på tværs af kommuner .....	51
<b>6. Effekt .....</b>	<b>53</b>
<b>7. Referencer .....</b>	<b>55</b>
<b>8. Bilag .....</b>	<b>65</b>
Bilag 1: Om forløbsbeskrivelsens 1. udgave .....	66
Bilag 2: Forløbsbeskrivelsens revidering .....	68
Bilag 3: Skema over lovgrundlag for indsatser .....	69
Bilag 4: Baggrund for udvælgelse af tilgange og metoder .....	71
Bilag 5: Vidensdeklaration .....	72
Bilag 6: Oversigt over litteraturen til beskrivelse af bærende principper .....	76
Bilag 7: Målgruppens demografi.....	80
Bilag 8: Snitflader mellem social- og sundhedsområdet .....	82

# Forord

Denne reviderede forløbsbeskrivelse om rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade udkommer i en periode, hvor regeringen i 2020-21 gennemfører en evaluering af det specialiserede socialområde, hvor erhvervet hjerneskade indgår som en pilotmålgruppe, og hvor en overordnet model for opgørelse og definition af specialiseringsgrad udarbejdes og afprøves. Denne reviderede udgave af forløbsbeskrivelsen publiceres ligeledes i forlængelse af Sundhedsstyrelsens udgivelse "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade" (1).

I den reviderede udgave af forløbsbeskrivelsen er der blandt andet særlig fokus på at præcisere forskelle og ligheder mellem social- og sundhedsområdet. Dette har betydet, at kapitel 3. Rammen for forløbsbeskrivelsen er ændret og i en vis udstrækning, tilpasset dele af Sundhedsstyrelsens udgivelse "Baggrund for udvælgelse af metoder" (1) samt en uddybning af snitflader mellem social- og sundhedsområdet (se bilag 8). Dertil kommer, hvilken viden kompetencer og forudsætninger Socialstyrelsen finder, er nødvendige for at kunne levere højt specialiserede indsatser og tilbud. I samarbejde med Børne- og Undervisningsministeriet er der udarbejdet et afsnit om snitfladen mellem lov om specialundervisning for voksne og lov om social service.

I kapitel 3. "Målgruppe" er beskrivelsen af målgruppens funktionsnedsættelser ændret og tager i den reviderede forløbsbeskrivelse udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens differentiering af genoptræning på avanceret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau (1).

I kapitel 4. "Faglige indsatser" erstattes det tidligere afsnit om forudsætninger for højt specialiserede indsatser af afsnit 4.1 "Bærende principper". Afsnit 4.1 medtager ud over borgerinddragelse, neuropædagogik og neuropsykologi, som også fremgik af den tidligere version af forløbsbeskrivelsen, nu også principper som udredning og dokumentation, interdisciplinært teamsamarbejde samt empowerment. I samarbejde med følgegruppen for forløbsbeskrivelsen er der i "afsnit 4.2 Udvalgte indsatser og metoder" medtaget nye indsatser, ligesom nogle indsatser fra den tidligere forløbsbeskrivelse er udeladt.

Kapitel 6. "Organisering og samarbejde" er ændret og i en vis udstrækning tilpasset dele af Sundhedsstyrelsens udgivelse "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade"(1).

Bilag 3 "Lovgrundlaget for forløbsbeskrivelsen" er opdateret i henhold til gældende lovgivning i 2021. Det drejer som om områderne for genoptræning, undervisning, person- og bostøtte, beskæftigelse, uddannelse samt koordinering og handleplaner.

I den tidligere version af forløbsbeskrivelsen indgik bilaget "Baggrund for udvælgelse af metoder", som i denne reviderede version er erstattet af Bilag 5 "Vidensdeklaration af indsatser" samt bilag 6 "Oversigt over litteraturen til beskrivelse af bærende principper".

Ovenstående ændringer betyder, at der også er nogle ændringer i den reviderede forløbsbeskrivelses anbefalinger.

# ANBEFALINGER



Socialstyrelsen præsenterer i denne forløbsbeskrivelse de faglige anbefalinger i forhold til de højt specialiserede indsatser på social- og specialundervisningsområdet for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. Forløbsbeskrivelsen indeholder anbefalinger både målrettet højt specialiserede indsatser til målgruppen og målrettet organisering og samarbejde med henblik på at understøtte et sammenhængende forløb.

Forløbsbeskrivelsens anbefalinger bør ses i sammenhæng med andre tiltag, da voksne med kompleks erhvervet hjerneskade oftest har behov for indsatser på tværs af social-, sundheds-, beskæftigelses- og specialundervisningsområdet.

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

## 1

### Forudsætninger for højt specialiserede indsatser og tilbud

Socialstyrelsen anbefaler, at neuropsykologi og neuropædagogik udgør en fælles forståelsesramme for de fagpersoner, som tilbyder højt specialiserede indsatser. Det anbefales også, at recovery og empowerment indgår som en del af den fælles faglige tilgang.

Det er en vigtig forudsætning for rehabilitering på det højt specialiserede område, at ovenstående forståelsesramme og faglige tilgange udgør et fælles fagligt fundament for det forløb og de indsatser, som personen modtager. Disse tilgange understøtter en dialektisk handicapforståelse<sup>1</sup>, som der arbejdes ud fra på handicapområdet generelt.

1 Et handicap opstår, når der bliver et misforhold mellem den enkeltes forudsætninger og indretningen af omgivelserne. Et handicap kan derfor aldrig betragtes som noget statisk og skal altid ses som et samspil mellem det enkelte menneskes fysiske, kognitive og psykosociale forudsætninger og indretningen af omgivelserne. Vi skal have fokus på begge dimensioner (156).

## 2

### Supplerende udredning og revurdering

Socialstyrelsen anbefaler, at der ved behov foretages en aktuel og supplerende udredning.

Socialstyrelsen anbefaler, at der gennem hele personens forløb, foretages løbende og systematisk revurdering af personens funktionsevne og behov, og indsatser tilpasses herefter.

Der kan i kommunen være behov for en aktuel og supplerende udredning af funktionsevnen på områder, som sygehuset ikke har kunnet udrede tilstrækkeligt under indlæggelsen. Det kan fx være i relation til arbejdsmarkedstilknytning, uddannelse, boligforhold samt behov for hjælp og støtte efter lov om social service og/eller lov om specialundervisning for voksne. I forbindelse med udredning og revurdering bør der så vidt muligt anvendes anerkendte, validerede og/eller lovende vurderingsredskaber.

## 3

### Borgerinddragelse

Socialstyrelsen anbefaler, at der anvendes en borgercentreret tilgang, hvor personen deltager i formuleringen af egne mål og planlægning af rehabiliteringsforløbet.

Socialstyrelsen anbefaler, at fagpersoner<sup>2</sup> og autoriserede sundhedspersoner har kompetencer i at kunne anvende relevante tilgange og metoder, således at personer med kognitive og/eller kommunikative vanskeligheder får mulighed for aktivt at bidrage med personlige mål for rehabiliteringsforløbet.

Inddragelse af personen ved målsætning, gerne sammen med pårørende, kan resultere i forbedret tro på sig selv, øget empowerment og følelsen af ejerskab for rehabiliteringsprocessen.

2 Fagpersoner kan omfatte audio- og logopæd, neuropsykolog, pædagog, speciallærer, socialrådgiver, synskonsulent, kommunikationsvejleder mfl.

## 4

### Helhedsorienteret indsats

Socialstyrelsen anbefaler, at både kompensatoriske og genoptrænende tilgange tages i betragtning og indgår i personens rehabiliteringsforløb efter behov.

Socialstyrelsen anbefaler, at indsatser med fokus på identitet og følelsesmæssige udfordringer indgår i personens rehabiliteringsforløb, hvis dette vurderes relevant.

Socialstyrelsen anbefaler, at alternativ og supplerende kommunikation indgår i personens rehabiliteringsforløb, når hjerneskaden resulterer i komplekse kommunikationsbehov.

Socialstyrelsen anbefaler, at indsatser til pårørende, herunder børn, indgår i rehabiliteringsforløbet, når de har behov for bearbejdning af det, der er sket samt behov for viden om erhvervet hjerneskade og håndtering af situationen fremadrettet.

Voksne med kompleks erhvervet hjerneskade har typisk behov for en bred vifte af indsatser, der adresserer forskellige områder af personens funktionsevne, identitet og tilpasning til den ændrede situation, samt de behov familie og pårørende har. De faglige indsatser og metoder tager afsæt i anerkendte, evidensbaseret og/eller lovende praksis.

## 5

### Rettidig indsats

Socialstyrelsen anbefaler, at personens rehabiliteringsforløb, i overgangen fra sygehus til kommune, organiseres og tilrettelægges, så indsatser igangsættes på baggrund af tværfaglig udredning så tidligt som muligt og at rækkefølge og samspil i indsatser overvejes nøje.

Det er af afgørende betydning, at indsatserne iværksættes så tidligt som muligt med henblik på at maksimere udbyttet af indsatserne, da forsinkelser kan mindske chancerne for, at personen udnytter sit fulde rehabiliteringspotentiale. Der skal endvidere være fokus på prioritering af rækkefølgen og samspillet i indsatser-

ne, med henblik på at indsatserne supplerer hinanden optimalt.

## 6

### Organisering og samarbejde

Socialstyrelsen anbefaler, at den højt specialiserede indsats er tilrettelagt som en interdisciplinær indsats, hvor de nødvendige kompetencer, herunder neurofaglige kompetencer, inddrages på rette tidspunkt i forløbet.

Socialstyrelsen anbefaler, at den højt specialiserede indsats organiseres som et helhedsorienteret forløb koordineret med indsatser på sundheds-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet med henblik på at understøtte tilbagevenden til uddannelse eller beskæftigelse og til et så aktivt hverdagsliv som muligt.

Socialstyrelsen anbefaler, at kommunerne har en hjerneskadekoordineringsfunktion, som tilbyder rådgivning og effektiv koordinering af personens samlede rehabiliteringsforløb på tværs af lovområder og forvaltninger.

Socialstyrelsen anbefaler, at kommuner indgår samarbejdsaftaler med etablerede, eksterne leverandører, der besidder specialistviden, og/eller indgår tværkommunale samarbejdsaftaler. Dette med henblik på at understøtte forudsætningerne for at opretholde højt specialiserede indsatser og tilbud til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.

En vigtigt forudsætning for rehabiliteringsforløb er, at kommunen organiserer sig, så de nødvendige tværfaglige kompetencer er til rådighed med henblik på at arbejde interdisciplinært. Ligeledes vil en effektiv og effektiv rehabilitering forudsætte, at overgange foregår koordineret, og at der er en sammenhængende rehabiliteringsindsats mellem sygehus, kommune, almen praksis og højt specialiserede rehabiliteringstilbud og/eller midlertidigt botilbud.



# 1. INDLEDNING



Nærværende forløbsbeskrivelse er en opdatering af den forløbsbeskrivelse, som blev udgivet i august 2016.

Forløbsbeskrivelsen er en overordnet faglig beskrivelse og en samlet anbefaling af et koordineret forløb for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, som har til formål at understøtte og styrke den faglige kvalitet i indsatsen og bidrage til den løbende udvikling af det mest specialiserede socialområde og på området for det mest specialiserede specialundervisning. Målet er dermed at sikre, at voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, får rettidig udredning og indsatser, udvikler sine potentialer og deltager i det hverdags- og samfundsliv, som den enkelte ønsker, og som giver livskvalitet. Forløbsbeskrivelsen er primært målrettet kommunale ledere med ansvar for planlægning af indsatserne til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. Forløbsbeskrivelsen vil også være relevant for fagpersoner, som arbejder med målgruppen.

Målgruppen for forløbsbeskrivelsen er voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, der typisk har komplicerede problemstillinger og behov for en højt specialiseret indsats, der imødekommer en flerhed af problematikker. Det stiller særlige krav til tilrettelæggelse og sammenhæng i indsatsen med henblik på at fremme den enkeltes deltagelse, funktionsevne og livskvalitet.

På hjerneskadeområdet er der de senere år udgivet en række publikationer, som forløbsbeskrivelsen skal ses i sammenhæng med. Det drejer sig om:

- Socialstyrelsens "Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade" (2014).
- Socialstyrelsens vidensnotat "Voksne med erhvervet hjerneskade" (2014).
- Sundhedsstyrelsens "Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering (2011).
- Sundhedsstyrelsens "National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi" (2014).
- Sundhedsstyrelsens "National klinisk retningslinje for øvre dysfagi – opsporing, udredning og udvalgte indsatser" (2015).

- Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger til tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade (2020).
- Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for nationale redskaber til vurdering af funktionsevne hos voksne med erhvervet hjerneskade" (2020).

Relevante samarbejdspartnere har indgået i og bidraget til opdatering af forløbsbeskrivelsen, herunder Styrelsen for Undervisning og Kvalitet, KL, Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen, faglige eksperter, en række kommuner samt bruger- og pårørendeorganisationer. 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* og *2*.

## 1.1 Forløbsbeskrivelsens opbygning

Forløbsbeskrivelsen har til hensigt at bidrage til et koordineret forløb med helhedsorienterede indsatser, hvorfor den berører sundheds- og beskæftigelsesområdet for så vidt angår relevante overgange og samarbejdsflader til social- og specialundervisningsområdet. Den bidrager ydermere med en beskrivelse af bærende principper samt en beskrivelse af udvalgte højt specialiserede indsatser og metoder.

Forløbsbeskrivelsen er opbygget som følger:

- *Kapitel 2* beskriver rammen for forløbsbeskrivelsen, begrebsafklaring samt sniflader til tilgrænsende områder.
- *Kapitel 3* beskriver målgruppen for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.
- *Kapitel 4* har fokus på de bærende principper på hjerneskadeområdet samt giver eksempler på faglige indsatser med relevans for målgruppen.
- *Kapitel 5* har fokus på organisering og samarbejde og beskriver de forskellige aktørers ansvar og opgaver i det samlede rehabiliteringsforløb.
- *Kapitel 6* omhandler effekt.

## 2. RAMMEN FOR FORLØBSBESKRIVELSE



Forløbsbeskrivelsen retter sig mod højt specialiserede indsatser og tilbud<sup>3</sup>, der har hjemmel i lov om social service og lov om specialundervisning for voksne. Disse indsatser vil ofte ske i tæt koordination<sup>4</sup> med andre indsatser, der ydes i henhold til andre lovgivninger, som fx sundhedsloven og lov om en aktiv beskæftigelsesindsats.

Forløbsbeskrivelsen retter sig mod forløbet efter udskrivning fra sygehus.

## 2.1 Rehabilitering

Indsatser på social og specialundervisningsområdet<sup>5</sup> kan have et rehabiliterende sigte og dermed bidrage ind i det samlede rehabiliteringsforløb (2). For de højt specialiserede tilbud og indsatser på socialområdet bør rehabilitering danne rammen for det forløb, som voksne med kompleks erhvervet hjerneskade modtager. Indsatserne i rehabiliteringsforløb tilrettelægges på baggrund af en grundig og helhedsorienteret udredning, og de beskrevne mål evalueres løbende (2; 3; 4; 5). Det er centralt, at rehabiliteringsforløbet organiseres som et koordineret, sammenhængende, interdisciplinært, intensivt og helhedsorienteret forløb, hvor timing og faglig koordination af den højt specialiserede indsats er nødvendig (3). Rehabilitering kræver en faglig tilgang, der vægter personens egne ønsker og mål. Det er derfor afgørende, at der skabes et samspil mellem de perspektiver, som fagpersoner og den enkelte person med kompleks

erhvervet hjerneskade har, hvor fagligheden kommer i spil, uden fagpersoner påtager sig retten til at definere personens ønsker og mål (6). Rehabilitering er en problemløsende proces kendetegnet ved og rammesat af den bio-psyko-sociale model (7).

Begrebet rehabilitering optræder ikke i lov om specialundervisning. Inden for specialundervisningen taler man om undervisning og specialpædagogisk bistand, der tager sigte på at afhjælpe eller begrænse virkningerne af disse handicap (kompenserende specialundervisning).

### > Vejledning om kommunal rehabilitering

Den tværministerielle vejledning om kommunal rehabilitering beskriver, at lovgivninger inden for primært sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet kan bidrage ind i et rehabiliteringsforløb.

Læs mere om kommunal rehabilitering i "Vejledning om kommunal rehabilitering"

Find vejledning om kommunal rehabilitering på [retsinformation.dk](https://retsinformation.dk)

### > Definition af rehabilitering

Rehabilitering er målrettet personer, som har eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet. Formålet med rehabilitering er et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter. Rehabiliteringsindsatser er målrettede, sammenhængende og vidensbaserede med udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation<sup>6</sup>.

3 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.

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

5 Rehabilitering er ikke lovgivningsmæssigt forankret i lov om specialundervisning for voksne, men indsatser inden for dette område kan gives som en del af det samlede rehabiliteringsområde.

6 Definitionen af rehabilitering er under udarbejdelse og vil blive publiceret i Hvidbog 2.0 primo 2022.

## 2.2 Recovery

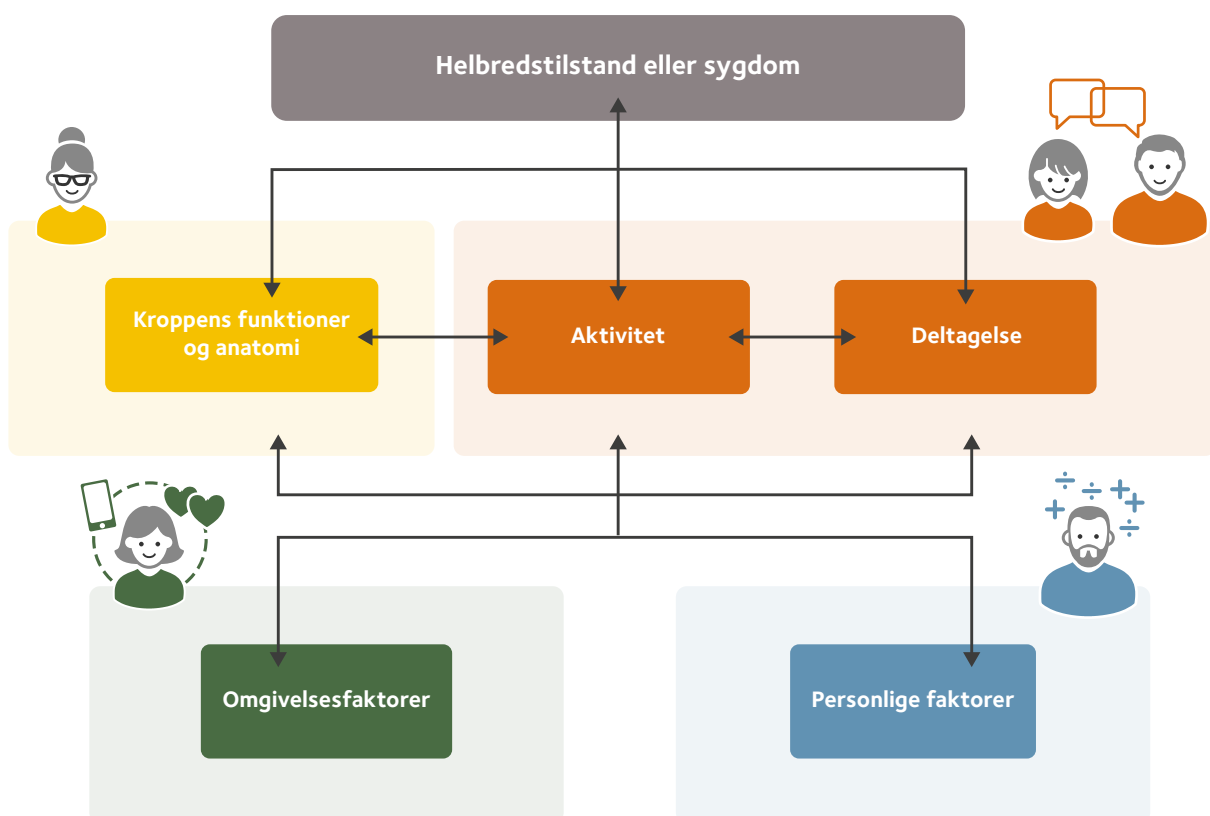
Recovery betyder at komme sig. Personer med fysiske og/eller psykiske vanskeligheder kan fx komme sig helt eller delvist og komme sig som led i en personlig proces med et genskabt håb og en positiv identitet (8). Overordnet kan recovery forstås ud fra to perspektiver: Et udefra- og et indefra-perspektiv (9). I et *udefra-perspektiv* vurderes recovery i forhold til, om personen er kommet sig helt eller delvist (8; 10).

Modsat vurderes personlig recovery fra et *indefra-perspektiv*, hvor det er personen selv, der definerer sin recovery. Her handler det om at komme sig på en måde, så personen indgår i et velfungerede og personligt tilfredsstillende liv – også selvom personen fortsat har følger efter hjerneskaden (8).

## 2.3 WHO's klassifikation af funktionsevne

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) er en ramme til beskrivelse af funktionsevne. Funktionsevnenes kompleksitet vil være forskellig for hver enkelt person. ICF klassifikationen er baseret på WHO's bio-psyko-soziale begrebsmodel og har til formål at give en samlet begrebsramme og systematisk terminologi. Hermed gør ICF det muligt i et standardiseret sprog at beskrive helbred, funktionsevne og kontekst, og den kan benyttes både interdisciplinært og tværsektorielt på hjerneskadeområdet.

Funktionsevne omfatter tre komponenter: *kroppens funktioner og anatomi, aktivitet og deltagelse*. Disse komponenter påvirker hinanden gensidigt ligesom den samlede funktionsevne påvirkes af *omgivelsesfaktorer, personlige faktorer og helbredstilstand* (11).



Figur 1: Samspillet mellem komponenterne i ICF (11)

### 2.3.1 Bio-psyko-social rehabilitering – et helhedsorienteret menneskesyn

Jævnfør Hvidbogen om rehabiliteringsbegrebet (3) inkluderes såvel den biologiske og psykologiske som den sociale dimension i rehabilitering (3). Bio-psyko-social rehabilitering kan derfor også beskrives ud fra en recovery-orienteret tilgang (12), hvor der er tale om fire faser i udviklingen:

- Stabilisering
- Reorientering
- Reintegration
- Stabilisering

Recoverybegrebet er udviklet og primært anvendt på det socialpsykiatriske område, men de fire faser, som personen gennemgår, vil på mange måder også være identiske med de faser, en voksen med kompleks erhvervet hjerneskade kan være igennem i sit rehabiliteringsforløb (13).

En vigtig forudsætning for arbejdet med recovery er, at fagpersoner har viden om personlig recovery, da det øger muligheden for at tilrettelægge meningsfulde indsatser, som bidrager til personens individuelle recovery-proces. Recovery er en personlig proces, som handler om at skabe sig et meningsfuldt og tilfredsstillende liv, som personen selv definerer – med eller uden symptomer (vanskeligheder) (8; 14). I en personlig recovery er det personens egen idé om og fortolkning af trivsel i tilværelsen, som er central. Det betyder, at personens indefra-perspektiv i særlig grad bliver betydningsfuldt i forhold til viden om det gode liv. Personen ses derfor som ”erfarings-ekspert” med vigtig viden om egne personlige drømme, ønsker og håb (9; 15). Dette vigtige indefra-perspektiv er nødvendigt at inddrage i tilrettelæggelsen af indsatser, da det kan understøtte, at rehabilitering på hjerneskadeområdet også har fokus på den helingsproces, som personen gennemgår (16). Det er vigtigt at understrege, at recovery *ikke* er det samme som rehabilitering, men netop er det enkelte menneskes *egen* gennemlevede proces med at komme sig og komme videre i livet. Rehabilitering er den ramme, som fagpersoner stiller til rådighed eller benytter sig af, og som kan understøtte personens egen recovery proces.

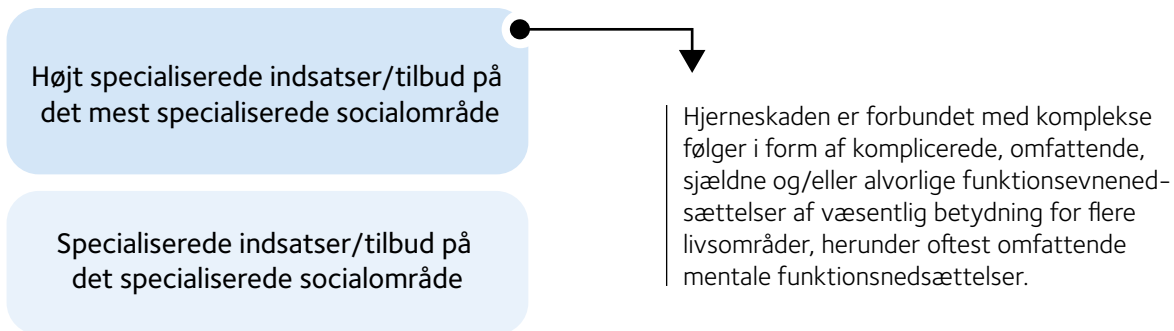
Med en recovery-orienteret tilgang styrkes den psykosociale dimension i rehabilitering fra et stort fokus på fysisk genoptræning til et mere helhedsorienteret bio-psyko-socialt fokus, hvor opmærksomheden også rettes mod genopbygning af liv og livskvalitet.

## 2.4 Snitflader mellem social- og specialundervisningsområdet

Tilbud efter lov om specialundervisning for voksne er ofte tæt forbundet til ydelser under anden lovgivning, herunder lovgivning inden for beskæftigelsesområdet, det sociale- og det sundhedsmæssige område. Der ses et væsentligt overlap mellem indsatser på både social- og undervisningsområdet, men der er også forskelle både i den anvendte terminologi og i beskrivelsen af specialiseringsniveauer i indsatser og tilbud.

I specialundervisning for voksne er formålet at lære nye metoder og handlemåder eller opnå bestemte færdigheder, der medfører et bedre funktionsniveau. Kommunalbestyrelsen skal sikre, at grundlaget for at tilbyde specialundervisning og specialpædagogisk bistand bliver afdækket med henblik på en afklaring af om et tilbud om specialundervisning, et tilbud med karakter af fx behandling eller genoptræning efter anden lovgivning eller eventuelt en kombination heraf vil kunne afhjælpe eller begrænse virkningerne af personens funktionsnedsættelse. Målsætningen for støtten er afgørende for, hvilket tilbud der skal tilbydes. Er formålet, at personen skal lære nogle metoder, beherske nye handlemåder eller opnå bestemte færdigheder, der medfører et bedre funktionsniveau, vil et tilbud fra kommunalbestyrelsen om kompenserende specialundervisning være relevant.

Et velfungerende og koordineret arbejde mellem fagprofessionelle øger deltagernes udbytte via en samlet støtteindsats. Kommunalbestyrelsen skal sikre, at der foretages en afdækning af personens færdigheder, behov og forudsætninger med henblik på at tilbuddet, uanset lovgivning, vil kunne afhjælpe eller begrænse virkningerne af personens funktionsnedsættelse.



Figur 2: Specialiseringsniveauer på socialområdet

## 2.5 Snitflader mellem social- og sundhedsområdet

Ved hjerneskaderehabilitering er der et væsentligt overlap mellem indsatser på både social- og sundhedsområdet. På begge områder er der en skelnen mellem forskellige specialiseringsniveauer i indsatser og tilbud, men denne skelnen er imidlertid ikke afgrænset på samme måde, der anvendes ikke samme terminologi, og de har hjemmel i hver sin lovgivning. I forbindelse med tilrettelæggelsen af forløb på tværs af social- og sundhedsområdet er det derfor vigtigt at være opmærksom på de to områders forskellige specialiseringsniveauer.

### 2.5.1 Stratificering af målgruppe på socialområdet

Ved rehabilitering på socialområde skelnes mellem indsatser på:

- Det specialiserede område
- Det mest specialiserede område

Forløbsbeskrivelsen retter sig mod højt specialiserede indsatser og tilbud på det mest specialiserede socialområde og medtager derfor ikke en beskrivelse af det specialiserede område, se figur 2. For nærmere beskrivelse af målgruppen med behov for højt specialiserede indsatser og tilbud på det mest specialiserede socialområde se *kapitel 5*.

Rehabiliteringsindsatsen kan leveres som et matrikelfast<sup>7</sup> tilbud eller som en matrikelløs indsats. Matrikelløse indsatser forstås som indsatser, der er leveret i personens nærmiljø, herunder hjemme hos den enkelte eller andre steder, der kan danne ramme om en indsats. For nærmere beskrivelse af matrikelløse indsatser se *afsnit 6.1.1. Matrikelløse indsatser*.

### 2.5.2 Stratificering af målgruppe på sundhedsområdet

Ved genoptræning og rehabilitering på sundhedsområdet gælder, at der efter udskrivning skelnes mellem indsatser på (17):

- Specialiseret niveau
- Avanceret niveau
- Basalt niveau

For alle tre niveauer gælder, at indsatserne kan ydes ambulant, i døgntilbud eller med udgangspunkt i personens eget hjem.

<sup>7</sup> I den første udgave af forløbsbeskrivelsen blev begrebet matrikelbundet anvendt. Dette begreb er nu erstattet af *matrikelfast*.

### 2.5.3 Forskelle i forudsætninger for at levere indsatser på højeste specialiseringsniveau

Der er forskellige forudsætninger for at levere på højeste specialiseringsniveau på henholdsvis social- og specialundervisningsområdet og det kommunale sundhedsområde. Det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde kan i nogen grad sidestilles med sundhedsområdets "rehabilitering på specialiseret niveau". Der er dog følgende undtagelser:

- **Forskningsforpligtigelse:** På social- og specialundervisningsområdet er der ikke en forskningsforpligtigelse, men derimod adgang til at forske og/eller indgå formelle aftaler med institutioner der bedriver forskning. Ved rehabilitering på specialiseret niveau på sundhedsområdet er der forskningsforpligtigelse (18).
- **Organisatorisk/faglig robusthed:** Tilbud, der varetager rehabilitering på specialiseret niveau på sundhedsområdet, skal have tilstrækkelig kapacitet (antal ansatte) til at varetage opgaverne af samme høje kvalitet alle dage, året rundt, også under ferie og sygdom. Derudover skal tilbuddene være så robuste, at der opbygges den nødvendige erfaring samt vedligeholdelse af et stærkt fagligt miljø (1). Det er i Socialstyrelsens optik en faglig forudsætning for det mest specialiserede socialområde og på området for det mest specialiserede specialundervisning, at der er mindst tre fagpersoner, der har relevant praktisk og teoretisk viden og kompetencer i forhold til målgruppen (19). Dette med henblik på, at de højt specialiserede tilbud har tilstrækkelig robusthed til at opretholde et miljø med høj faglig kvalitet (1). Derudover er det også vigtigt at sikre et robust fagmiljø med den relevante tværfaglighed, hvor den højt specialiserede viden ikke er afhængig af enkeltpersoner.

Forskelle i forudsætningerne for at levere på højeste specialiseringsniveau på tværs af de to områder stiller krav til kommunernes vurdering og kvalitetssikring af de tilbud, der varetager indsatser målrettet voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, idet nogle tilbud godt kan levere højt specialiserede indsatser og/eller tilbud, jf. det mest specialiserede socialområde og på området for det meste specialiserede specialundervisning, men ikke

nødvendigvis samtidigt leve op til kravene om at levere rehabilitering på specialiseret niveau, jf. sundhedsloven. Sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser kan dog godt forenes med tilbud forankret i socialområdet. Blot skal man være opmærksom på de kvalitetskrav, der gælder særligt for de sundhedsfaglige indsatser, som tilbuddet ydermere skal leve op til (1).

## 2.6 Forudsætninger for at levere højt specialiserede indsatser og tilbud

I det følgende fremgår en række forudsætninger for varetagelsen af højt specialiserede indsatser og tilbud til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade på socialområdet. Nogle af forudsætningerne tager udgangspunkt i Socialstyrelsens beskrivelse af specialiseringsniveauer på social- og specialundervisningsområdet (20). På sundhedsområdet er der angivet normative værdier for kompetencer og volumen i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade. I forløbsbeskrivelsen vil der også på det sociale område fremgå normative værdier, der anses som en forudsætning for at kunne udvikle og opretholde en høj specialisering og ekspertise i forhold til målgruppen. Se *bilag 8* for nærmere beskrivelse af forskellen mellem social- og sundhedsområdet.

### 2.6.1 Kompetencer

Når det gælder medarbejdernes praksiserfaring med målgruppen, anbefales det aktuelt, at der bør være en overvægt af medarbejdere med minimum fire års erfaring med indsatser til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. Socialstyrelsen anser det ligeledes for hensigtsmæssigt, at man som udgangspunkt bør have fem års erfaring med hjerneskaderehabilitering generelt. Ved overvægt af medarbejdere med få års erfaring, bør der være en plan for, at de medarbejdere kan få sparring/supervision fra kolleger med mere end fire års erfaring.

Med henblik på vedvarende fokus på at nødvendige kompetencer er tilstede, kan der med fordel udarbejdes kompetenceprofiler, og der bør tages stilling til, om tværkommunalt samarbejde er nødvendigt for at opbygge tilstrækkeligt volumen og dermed opretholde og vedligeholde kompetencer. Ligeledes kan det være hen-



sigtsmæssigt at have en kompetenceudviklingsstrategi, med henblik på at fagpersoner har/opnår tilstrækkelige kompetencer i forhold til at kunne udbyde højt specialiserede indsatser og tilbud til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade (1; 21).

Ved varetagelse af højt specialiserede indsatser og/eller tilbud til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade bør følgende kompetencer være til stede på tilbuds-/indsatsniveau. Nedenstående punkter tager udgangspunkt i input fra følgegruppen samt Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade" (1):

- Indgående og specifik viden om neuropsykologi og hjerneskaderehabilitering og den tilgængelige evidens samt overordnet viden om neurologi. Denne viden bør løbende opdateres ved relevant videreuddannelse og certificeret efteruddannelse samt hyppig supervision.
- Færdigheder med afsæt i praksisbaseret viden, som rummer omfattende rutine og erfaring.
- Kunne yde hjerneskaderehabilitering, hvor der er omfattende og/eller relativ sjældne behov.
- Arbejde ud fra lovende praksis og/eller nyeste evidens og medvirke til forskning via formelle samarbejdsaftaler med forskningsinstitutioner i det omfang dette er muligt.
- Indgå og deltage i interdisciplinært samarbejde med særlige krav til helhedsorientering og timing, som er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i persons behov og ønsker.

Tilsvarende rehabilitering på specialiseret niveau jf. sundhedsloven bør tilbuddene på socialområdet opbygge erfaring, skabe og vedligeholde et stærkt fagligt miljø og sikre, at der kan leves op til kvaliteten, også under ferie og sygdom. Denne form for faglig robusthed vil forudsætte, at der er mindst tre fagpersoner, der har relevant praktisk og teoretisk viden og kompetencer i forhold til målgruppen for at varetage socialfaglige opgaver i det konkrete tilbud, dette uagtet om der er tale om et matrikelfast eller matrikelløst tilbud (1, 19).

## 2.6.2 Volumen

Tilbud, som leverer højt specialiserede indsatser, bør have fagpersoner, der primært eller udelukkende arbejder med voksne med komplekse problemstillinger/følger efter en erhvervet hjerneskade på det specialiserede og mest specialiserede socialområde. For at kunne udvikle og vedligeholde en høj specialisering forventer Socialstyrelsen aktuelt, at der er en volumen på minimum tre personer med kompleks erhvervet hjerneskade om året (20).

## 2.6.3 Intensitet

På baggrund af en konkret og individuel vurdering af personens behov og forudsætninger tilrettelægges et sammenhængende og helhedsorienteret forløb (22). Forløbet vil typisk bestå af en kombination af indsatser fra forskellige faggrupper og med indsatser, som vil blive leveret tre-fem dage om ugen og ved nogle typer af indsatser gerne dagligt. Disse indsatser kan suppleres med indsatser efter lov om specialundervisning for voksne med varierende intensitet. Faggrupperne kan være såvel internt som eksternt inddraget, og deres respektive indsatser er organiseret som et koordineret sammenhængende, interdisciplinært, intensivt og helhedsorienteret forløb, hvor timing og faglig koordination af den højt specialiserede indsats er nødvendig.

## 2.6.4 Koordination og samarbejde

Mange kommuner vil være nødsaget til at etablere tværkommunale samarbejder for at kunne levere højt specialiserede indsatser til målgruppen. I disse tilfælde har kommunen fortsat myndighedsansvaret i forhold til at sikre, at leverandøren efterlever kriterierne, imens den konkrete koordinering af de faglige indsatser varetages af rehabiliteringstilbuddet. Hvis rehabiliteringsforløbet varetages af flere rehabiliteringstilbud, bør ansvaret for koordinering af det samlede forløb være placeret hos ét af rehabiliteringstilbuddene. I forhold til tilrettelæggelse af det enkelte forløb, herunder indsatser, intensitet og længde, bør dette ske i dialog mellem rehabiliteringstilbud, hjemkommune og personen selv samt evt. pårørende.

## 2.7 Højt specialiserede indsatser og tilbud

Højt specialiserede indsatser og tilbud på det mest specialiserede socialområde, og området for det mest specialiserede specialundervisning kan supplere rehabilitering på specialiseret niveau, jf. sundhedsloven, § 84<sup>8</sup>, eller bevilges som en del af en social- og specialundervisningsfaglig indsats. Forudsætningerne for højt specialiserede indsatser og tilbud i regi af Social- og Ældreministeriet lægger sig tæt op ad Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb (1).

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 persons funktionsnedsættelser<sup>9</sup> og aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger. Sammensætningen af de højt specialiserede indsatser kan dermed variere.

Højt specialiserede indsatser og tilbud, som målgruppen kan tilbydes efter udskrivning, kan leveres som enten matrikelløst eller matrikelfast:

- 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.

8 [Læs bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus på retsinformation.dk](https://www.retsinformation.dk)

9 Er problemer eller abnormiteter i kroppens fysiologiske funktioner (inklusive 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.

# 3. MÅLGRUPPE



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. Erhvervet hjerneskade defineres som en hjerneskade, der er opstået 28 dage efter fødslen eller senere. 13 primære diagnosegrupper tegner sig inden for gruppen af de knap 300.000 mennesker, der lever med en mulig erhvervet hjerneskade som følger efter apopleksi, TCI, traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning eller encephalopati<sup>10</sup>. Betegnelsen kompleks erhvervet hjerneskade defineres ud fra, at hjerneskaden er forbundet med komplekse følger i form af komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser<sup>11</sup> 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 specialundervisningsområdet (23).

Se *bilag 7* for volumen af voksne med erhvervet hjerneskade, fordelingen på indlæggelse, og hvor mange der udskrives med en genoptræningsplan (GOP) til specialiseret rehabilitering.

### 3.1 Målgruppens funktionsnedsættelser

Målgruppen omfatter både voksne, der udskrives med en GOP til rehabilitering på specialiseret niveau og en betydelig del af de voksne, der udskrives med en almen GOP, og som visiteres til genoptræning på avanceret niveau og *samtidig* har behov for højt specialiserede indsatser og/eller tilbud på det mest specialiserede

socialområde og på området for det mest specialiserede specialundervisning.

### 3.2 Væsentlige faktorer for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade

En erhvervet hjerneskade 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 frustrationer (24).

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

Faktorer, der kan **fremme** rehabiliteringsprocessen og udbyttet, er (25):

- Personlige kompetencer fx selvstændighed, vilje og motivation
- Støttende pårørende
- Psykologisk støtte til identitetsrekonstruktion
- Tilbagevenden til arbejde/tilknytning til arbejdsmarkedet
- Hjælp til at koordinere indsatsen.

Faktorer, der kan **hæmme** rehabiliteringsprocessen og udbyttet, er (25):

- Pårørende som hjælpere
- Manglende eller begrænset støtte fra netværk
- Ventelister
- Manglende psykologisk støtte
- Dagtilbud frem for rigtige arbejdspladser
- Træthed
- Uafklaret boligsituation og manglende afklaring om boligændringer og hjælpemidler.

10 For nærmere beskrivelse af diagnosekoder se bilag 4 i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade - apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI) - traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati.

11 Funktionsnedsættelse 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).

Når en voksen får en erhvervet hjerneskade, handler det også om at forholde sig til sorgen og ikke kun om at forholde sig til krop, aktivitet og deltagelse. Det betyder, at det er vigtigt at se nærmere på personlige kompetencer i rehabiliteringsforløbet, og hvordan problemer og livshændelser håndteres, og hvordan personlig håndtering af disse kan styrkes (25).

**Borgere der udskrives med en GOP til rehabilitering på specialiseret niveau kan have følgende funktionsnedsættelser**

- ▶ Komplicerede og omfattende sensomotoriske funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. omsorg for sig selv, bevægelse og færden.
- ▶ Komplicerede og omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kommunikation, herunder dysartri, afasi og kognitive kommunikationsvanskeligheder, med behov for samtalestøtte og eventuelt særlige rammer for kommunikation.
- ▶ Komplicerede og omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. ernæring, herunder dysfagi.
- ▶ Komplicerede og omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. syn eller opmærksomhed. Der kan være behov for sikkerhedsforanstaltninger.
- ▶ Komplicerede og omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kognition. Der kan være behov for særlig støtteordninger.
- ▶ Komplicerede og omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. adfærd/personlighed, hukommelse, og/eller problemer med orientering i tid og sted. Der kan være behov for sikkerhedsmæssige foranstaltninger.
- ▶ Komplicerede og omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. det emotionelle. Der kan være behov for særlige støtteordninger.
- ▶ Komplicerede og omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. træthed og udtrætning.

**Borgere der udskrives med en GOP til almen genoptræning og visiteres til genoptræning på avanceret niveau, og som samtidig har behov for højt specialiserede indsatser og/eller tilbud på det mest specialiserede social område, kan have følgende funktionsnedsættelser**

- ▶ Omfattende funktionsevnenedsættelser ofte af betydning for flere livsområder.
- ▶ Moderate og omfattende sensomotoriske funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. omsorg for sig selv, bevægelse og færden. Der kan være tonus-problematikker som er medicinsk behandlingskrævende.
- ▶ Lette til omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. ernæring, herunder dysfagi.
- ▶ Funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kommunikation, herunder dysartri, afasi og kognitive kommunikationsvanskeligheder. Der kan være behov for samtalestøtte.
- ▶ Lette til omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. syn eller opmærksomhed, såsom hemianopsi eller neglect.
- ▶ Lette til omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kognition, såsom koncentration, orientering i tid og sted, hukommelse, indlæring, planlægning eller problemløsning af væsentlig betydning for personens daglige livsførelse og mulighed for at fungere selvstændigt og/eller på samme vilkår som tidligere.
- ▶ Lette til omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. adfærd/personlighed, såsom indsigt, initiativ, dømmekraft eller agitation.
- ▶ Lette til omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. det emotionelle, såsom stemningsleje, temperament, motivation eller empati.
- ▶ Omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. træthed.

**Figur 3:** Eksempel på målgrupper for sygehusets visitation til rehabilitering på specialiseret niveau og kommunens visitation til genoptræning på avanceret niveau (1)

## 4. 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 personens mulighed for at klare sig selv, lette den daglige tilværelse og/eller forbedre livskvaliteten (26; 27).

Voksne med kompleks erhvervet hjerneskade har behov for en højt specialiseret indsats og/eller tilbud med henblik på at forbedre deres funktionsevne og livskvalitet. Sværhedsgraden og omfanget af funktionsnedsættelser og/eller sociale problemstillinger indgår i den samlede vurdering af behovet for højt specialiserede indsatser på social- og specialundervisningsområdet. Det betyder, at personen ofte har behov for flere faglige indsatser, som skal koordineres. Indsatserne vil typisk finde sted efter udskrivelse fra sygehus eller som del af et behov, der kan opstå senere i personens forløb.

Nærværende kapitel søger at favne bærende principper for de indsatser, som social og specialundervisningsområdet bidrager ind med på hjerneskadeområdet samt give eksempler på tilgange og metoder. Kapitlet dækker på ingen måde hele området, hvorfor det bør ses som udvalgte eksempler. De bærende principper og faglige tilgange og metoder er væsentlige og relevante bidrag til personens rehabiliteringsforløb og spiller en afgørende rolle for organisering af indsatsen på hjerneskadeområdet. På tværs af de nævnte bærende principper og indsatser er der forskel i vidensgrundlaget (28). Der er dermed også medtaget indsatser, hvor studierne ikke afspejler højeste evidens, men hvor baggrunden for at medtage disse, er, at de kan være eksempler på lovende praksis, samt at de skriver sig ind i en allerede eksisterende praksis på området. Derfor vil der være indsatser, som ikke eksplicit kan anbefales, men som kan være til inspiration, ligesom de kan vise sig virkningsfulde i rehabilitering på socialområdet (28).

Baggrunden for udvælgelse af faglige indsatser og metoder fremgår af *bilag 4*.

## 4.1 Bærende principper

Rehabilitering er en ramme for de højt specialiserede tilbud og indsatser, som personen modtager. Et rehabiliteringsforløb omfatter ud over indsatserne, også udredning, målsætning og evaluering (29). Rehabiliteringsforløbet bør oftest være med udgangspunkt i et tæt koordineret teambaseret interdisciplinært samarbejde kendetegnet ved, at fagpersoner planlægger, prioriterer, revurderer og justerer rehabiliteringsindsatsen i fællesskab og arbejder mod fælles beskrevne mål i tæt samarbejde med personen med erhvervet hjerneskade og dennes eventuelle pårørende (23; 30).

Nedenfor fremgår bærende principper<sup>12</sup>, som har betydning for rehabiliteringsforløb, for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. De bærende principper er på baggrund af input fra følgegruppen og litteratur (for nærmere beskrivelse af litteraturen se *bilag 6*).

### 4.1.1 Udredning og dokumentation

Personen udskrives fra sygehus med en GOP, som er en formel henvisning fra sygehus til rehabilitering efter udskrivning. GOP'en danner udgangspunkt for kommunens videre arbejde med at iværksætte den passende faglige indsats (1; 31). Efter udskrivning fra sygehus kan der i den videre rehabiliteringsindsats være behov for en aktuel og supplerende udredning. Gennem hele personens forløb foretages der løbende og systematisk revurdering af personens funktionsevne og behov, og indsatser tilpasses herefter.

Planlægning af rehabiliteringsforløb sker med udgangspunkt i en tværfaglig, systematisk og individuel udredning af den samlede funktionsevne. Udredningen kan være inden for fx fysiske, kommunikative, kognitive og emotionelle funktioner (1; 3; 32). Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger til redskaber til vurdering af funktionsevne for voksne med erhvervet hjerneskade på: dysfagi, screening for kognitiv funktionsevne, P-ADL samt ganghastighed og distance (33). Ud over

12 Definition af princip ifølge Den danske Ordbog: grundlæggende regel eller norm som nogen bevidst følger med hensyn til holdning eller adfærd i konkrete sammenhænge.



Figur 4: Bærende principper og faglige indsatser



den tværfaglige udredning bør der være en løbende og systematisk dokumentation af indsatsernes effekt. Der bør så vidt muligt anvendes validerede og fagligt anerkendte vurderingsredskaber (1; 3; 32). Der findes flere dokumentationsredskaber til voksne med handicap, som er både validerede og dialogbaseret måleredskaber. På Vidensportalen findes en nærmere beskrivelse af redskaberne.

[Læs mere om dokumentationsredskaber til voksne på vidensportal.dk.](#)

DTHS er en landsdækkende sammenslutning af offentlige institutioner, der arbejder med rehabiliterings- og specialundervisningsopgaver for personer med funktionsnedsættelser inden for kommunikation, syn og hørelse, herunder voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. I DTHS har man bl.a. udarbejdet god praksis/vejledninger målrettet "Afasi og dysartri" (157)

samt "Kognitive vanskeligheder og kognitive kommunikationsvanskeligheder" (54). Vejledningerne indeholder anbefalinger til, hvad der er god praksis i den logopædiske udredning af voksne.

Højt specialiserede indsatser og tilbud har en systematisk dokumentation af indsatsernes effekt med henblik på at kunne sammenholde målinger fra hver enkelt person for at få et samlet billede af målgruppens udvikling. Dette med henblik på udvikling af praksis.

### § Genoptræningsplan - sundhedsloven § 140

Kommunalbestyrelsen tilbyder genoptræning til borgere, der efter udskrivelse fra sygehuset har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Regionsrådet skal i forlængelse heraf tilbyde en individuel genoptræningsplan, som skal være skriftlig og som udarbejdes i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende.

Læs mere om genoptræning i sundhedsloven § 140 og mere om genoptræningsplaner i "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus."

[Find sundhedsloven på retsinformation.dk](#)

[Find bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus på retsinformation.dk](#)

### § Handleplan – lov om social service § 141

Når kommunalbestyrelsen yder hjælp til borgere over 18 år, efter lov om social service kapitel V, herunder f.eks. ledsagelse, kontaktperson eller botilbud, er kommunalbestyrelsen forpligtet til at udarbejde en handleplan for indsatsen. Har borgeren komplekse og sammensatte problemer, skal der udarbejdes flere planer for indsatserne og er der et koordineringsbehov forbundet hermed, kan kommunalbestyrelsen i stedet tilbyde en helhedsorienteret plan.

Læs mere om handleplaner og helhedsorienterede planer i lov om social service § 141 og § 141 stk. 7.

[Find lov om social service på retsinformation.dk](#)

## > VUM 2.0

VUM er en metode til sagsbehandling i forhold til voksne med handicap, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, og den understøtter alle faser i sagsforløbet fra sagsåbning til opfølgning på den sociale indsats. Metoden giver systematik og ensartethed i sagsbehandlingen, ligesom den understøtter kvaliteten og lovmedholdeligheden. Den reviderede udgave af VUM 2.0 bygger på den aktuelt bedste viden på sagsbehandlingsområdet og de Fælles Faglige Begreber og adresserer derudover en række aktuelle udviklingstendenser på det sociale område:

- Krav om højere kvalitet i sagsbehandlingen og retssikkerhed for borgerne
- Øget fokus på en recovery-orienteret og rehabiliterende tilgang
- Stærkere inddragelse af borgeren og borgerens eget perspektiv
- Fokus på borgerens ressourcer samt ønsker og mål for fremtiden
- En mere sammenhængende og helhedsorienteret sagsbehandling og indsats
- Bedre og mere anvendelige data om den enkelte borgers progression og udvikling.

[Læs mere om VUM 2.0 på socialstyrelsen.dk](https://socialstyrelsen.dk)

## > Måleredskaber

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne hos voksne med erhvervet hjerneskade. Formålet er at komme med forslag til, hvilke nationale redskaber til vurdering af funktionsevne inden for udvalgte områder der kan anvendes med henblik på at identificere aktuel funktionsevnenedsættelse på et givent tidspunkt. Samtidig ønskes det at understøtte en ensartethed i brugen af standardiserede redskaber på tværs af sektorer og hermed understøtte systematisk ensartet beskrivelse af funktionsevne ved sektorovergang. Anbefalingerne peger på redskaber til vurdering af funktionsevne inden for følgende områder:

- Screening for dysfagi
- Screening for kognitiv funktionsevne
- Personal Activities of Daily Living (P-ADL2)
- Gangfunktion – herunder ganghastighed og distance.

Redskaber, der fremgår af anbefalingerne, kan således ikke stå alene i forbindelse med udredning af målgruppens samlede funktionsevne, og yderligere redskaber kan være relevante at anvende med henblik på at beskrive flere områder eller udrede en funktionsevnenedsættelse på et givent område i dybden. Redskaberne i anbefalingerne bør derfor også anvendes som rettesnor for en evt. yderligere og mere dybdegående udredning. Endvidere forholder disse anbefalinger sig udelukkende til redskaber til vurdering af dele af udvalgte funktionsområder og ikke afdækning af andre elementer som led i planlægning af forløbet, såsom vurdering af personens genoptræningspotentiale, motivation og ressourcer (34).

#### 4.1.2 Interdisciplinært teamsamarbejde

Rehabilitering af personer med komplekse følger af erhvervet hjerneskade fordrer interdisciplinært teamsamarbejde (7). Det interdisciplinære samarbejde er blandt andet karakteriseret ved, at der er et vist overlap mellem de forskellige fagligområder, og at indsatsen til personen fordrer samarbejde mellem de enkelte teammedlemmer (30). Det interdisciplinære teamsamarbejde skal bidrage med rettidig udredning og indsatser baseret på fælles mål samt beslutning om timing af de forskellige indsatser (35). Kvaliteten ved det interdisciplinære team er, at kombinationen af forskellige fagpersoner bidrager med langt mere viden end én fagperson kan besidde (35). Forskning viser, at der er særlige kendetegn ved et succesfuldt teamsamarbejde. Det er væsentligt, at teamet er sammensat af fagpersoner, som har forskellig viden, kompetencer og færdigheder, så de supplerer hinanden. Kulturen i teamet skal være præget af respekt for forskelligheden. I forhold til viden så fordrer det også, at hver fagperson er kompetent inden for sit eget fagområde, behersker at dele sin viden med både den voksne med erhvervet hjerneskade og teammedlemmer i et forståeligt sprog samt villig til at indgå konsensus i forhold til den enkeltes mål. Teamet bør have forudsætninger for et reelt og respektfuldt samarbejde med personen og de nærmeste pårørende. Som teammedlem skal man være fortrolig med at samarbejde, kunne præsentere forskellige perspektiver og formulere en rehabiliteringsplan i overensstemmelse med de fastsatte mål. I teamet vil der typisk være en leder eller et teammedlem, som påtager sig rollen at sikre en samarbejdende atmosfære, og at ressourcer og støtte fordeles mest hensigtsmæssigt (35; 36).

#### 4.1.3 Empowerment

Empowerment er en tilgang, hvor fagpersonen hjælper med at styrke personens tro på sig selv og egne ressourcer, med det formål at opnå myndighed og autoritet over eget forløb (37; 38; 39). Det opnås blandt andet ved at personens perspektiv inddrages og anerkendes, samt at personen får afgørende (med)indflydelse på eget rehabiliteringsforløb. Inddragelse, anerkendelse og (med)indflydelse er med til at berige personens erfaringsgrundlag i at mestre eget liv og derigennem opnå en øget selvstændighed og myndighed. Processen kræver, at fagpersoner skaber rum for, at personen aktivt deltager i rehabiliteringsforløbet, så personen føler sig bedre rustet til at tage vare på sig selv samt udvikler erfaringer med at deltage i det omkringliggende samfund (38).

På hjerneskadeområdet er det især vigtigt, at de tilknyttede fagpersoner understøtter og inddrager personens egne perspektiver, præferencer og ressourcer, så ejerskabet forstærkes, hvormed personens motivation og medansvar for egen bedring styrkes (40). Heri ligger også, at der altid tages udgangspunkt i den enkeltes ressourcer, følelser og evner (37). Ydermere er det vigtigt, at personen føler sig inddraget i hele forløbet, som hele tiden revideres og tilpasses den enkeltes ønsker og behov (40).

Empowerment kan indlejres i flere indsatser på forskellige niveauer, blandt andet via egen erfaring, undervisning, spejling i andres situation, opkvalificering samt networking og socialisering (38).

#### 4.1.4 Borgerinddragelse

Det er væsentligt, at personen og eventuelt pårørende inddrages i alle beslutninger omkring tilrettelæggelse og udførelse af rehabiliteringsforløbet. Inddragelse af den enkelte er en forudsætning for et optimalt udbytte af rehabiliteringsindsatsen særligt i forhold til de psykosociale funktioner (32; 41). Det er derfor afgørende, at fagpersoner benytter tilgange, som involverer personen og pårørende i beslutninger vedrørende rehabiliteringsforløbet. En proces, der oftest finder sted i selve målsætningsarbejdet (42).

## § Borgerinddragelse – lov om retssikkerhed og administration på det sociale område § 4

Når kommunalbestyrelsen behandler en sag, skal denne behandling tilrettelægges således, at borgeren får mulighed for at medvirke ved behandlingen af sin egen sag.

Læs mere om borgerinddragelse i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område § 4.

[Find lov om retssikkerhed og administration på det sociale område på retsinformation.dk](#)

### Målsætning

Den enkeltes deltagelse i formulering af egne mål er et centralt element i rehabilitering, da det fremmer motivation hos personen og en målrettet, koordineret indsats fra fagpersoner (3; 7; 44; 45; 46). Flere studier har vist, at det at inkludere den enkelte i målsætningsprocessen resulterer i forbedret tro på sig selv, øget empowerment og følelsen af ejerskab for rehabiliteringsprocessen. Dette er alle egenskaber, som kan øge motivationen til at opnå mål og influere positivt på rehabiliteringen (41; 47; 48; 49).

Kognitive<sup>13</sup> og kommunikative<sup>14</sup> funktionsnedsættelser efter en kompleks erhvervet hjerneskade er hyppigt

13 Kognitive funktionsnedsættelser: Omfatter blandt andet hukommelse, koncentration, abstraktionsevne, tænkning, dømmekraft, planlægning samt skrive-, læse- og regnefærdigheder. Ofte omtales disse som mentale funktionsnedsættelser. Herunder hører også specifikke mentale funktioner bestemmende for opfattelse og fortolkning af sensoriske stimuli. Overordnede kognitive funktioner, også kaldet, eksekutive funktioner, omfatter blandt andet problemløsning, mental fleksibilitet, organisering, indsigt, impulsstyring, dømmekraft og regulering af adfærd.

14 Kommunikative funktionsnedsættelser: Kommunikation omfatter at forstå og udtrykke sig verbalt og non-verbalt, både i tekst, tegn og tale. Voksne med kompleks erhvervet hjerneskade kan som følge af skaden få forskellige kommunikationsvanskeligheder i form af fx afasi eller dysartri. Afasi skyldes forstyrrelser i sprogfunktionen, hvorved evnen til at opfatte og analysere talt og skrevet sprog og til at formulere et tankeindhold og give dette sprogligt udtryk helt eller delvis går tabt. Dysartri derimod er en defekt i talen. En nedsat evne til korrekt lyd dannelse og dermed udtale af ord, som følge af lammelse i mund, tunge, ganesejl eller svælg.

### Tværfaglig konference MED borgeren

I et rehabiliteringsforløb for borgere med hjerneskade i Gladsaxe kommune er man gået fra at holde tværfaglige konferencer om borgeren til at holde tværfaglige konferencer med borger og pårørende. Borger og pårørende inddrages derfor systematisk i rehabiliteringsforløbet i forhold til at planlægge og prioritere mål og indsatser. Formålet med konferencen er at sikre individuel borgerinddragelse igennem hele rehabiliteringsforløbet, ved at borgeren deltager i alle møder omhandlende eget forløb og medvirker i målsætning, planlægning af forløb og evaluering. Som udgangspunkt er det hjerne-skadekoordinatoren, der indkalder alle relevante faggrupper til konferencen, og som er fast mødeleder. Kommunen har opnået, at borgeren i højere grad tager ejerskab for egen rehabiliteringsplan og dermed tager større ansvar for at arbejde målrettet med opsatte mål gennem hele forløbet. Det bidrager til en mere aktiv deltagelse i rehabiliteringsforløbet (43).

forekommende funktionsnedsættelser og kan udgøre en betydelig udfordring for målsætningsarbejdet. For at gøre det muligt for personer med kommunikative og kognitive funktionsnedsættelser at deltage kræver det, at fagpersoner har kompetencer udi at kunne anvende relevante tilgange og metoder, der understøtter dette (45). På trods af en fælles forståelse af vigtigheden af at arbejde med personcentrerede mål, er det ikke uden komplikationer og udfordringer (37; 50). Gode rehabiliteringsmål skal formuleres på personens måde (sprog) og indeholde både lang- og kortsigtede mål (51). Specifikke mål, som relateres til mere overordnede, personlige og meningsfulde mål, kan gøre målsætningen mere meningsfuld for den enkelte (52). Studier har vist, at det kræver et højt niveau af færdigheder og erfaringer blandt fagpersoner for at kunne realisere personcentrerede målsætning, og fagpersoner udtrykker ofte mangel på strategier eller værktøjer til at implementere dem (53). Det er derfor væsentligt, at fagpersoner behersker metoder og tilgange til inddragelse af den enkelte i målsætningsprocessen (54).

### En strategi til målsætning ved kognitive- og kommunikative vanskeligheder - Talking Mats

Empiriske undersøgelser har vist, at Talking Mats har en positiv indflydelse på adskillige kommunikationsaspekter og involvering i samtaler for mennesker med bl.a. afasi (55; 56). Talking Mats er ikke et personligt kommunikationshjælpemiddel, men derimod en struktureret og symbolbaseret metode til at afdække personens synspunkter. Studier, der har undersøgt effektiviteten af Talking Mats i relation til fælles beslutningstagen og målsætning, har vist, at Talking Mats har potentiale, når det er anvendt af både forskellige faggrupper og på tværs af målgrupper, herunder mennesker med afasi og andre kognitive funktionsnedsættelser (57; 58; 59; 60; 61; 62). Talking Mats kan ses som en strategi, hvorigennem personer med og uden kommunikationsvanskeligheder kan sættes i stand til at deltage i udarbejdelse af målsætning. Brug af Talking Mats som målsætningsværktøj til personer med kognitive og kommunikative vanskeligheder efter en erhvervet hjerneskade kan give personer med komplekse kommunikationsbehov en struktur til at overveje og formulere deres mål i rehabiliteringsprocessen (60). På botilbuddet Bytoften i Herning Kommune har man afprøvet den kliniske brugbarhed af COPM<sup>15</sup> støttet af Talking Mats til seks personer med kognitive og kommunikative funktionsnedsættelser som følge af erhvervet hjerneskade. Forskningsstudiet viste, at Talking Mats har potentiale i forhold til at understøtte en personcentreret tilgang, give den enkelte en følelse af empowerment og øge kvaliteten af dialogen, når det anvendes som et støttende værktøj til COPM (63).

Alle faggrupper, der har gennemført introkurset i Talking Mats, kan anvende metoden. Fagpersoner, der ønsker at holde kurser/uddanne andre i Talking Mats, skal være certificeret som Talking Mats underviser.

#### Anvendelse af borgerrapporterede oplysninger

Systematisk inddragelse kan ske gennem borgerrapporterede oplysninger. INDTRYK og UDTRYK er et nationalt udviklingsprojekt, der er sat i gang på baggrund af Rigsrevisionens rapport (64) og det efterfølgende Service-

tjek på hjerneskadeområdet (65). Projektet handler om at skabe viden om voksne med erhvervet hjerneskade og pårørendes tilfredshed med deres genoptrænings- og rehabiliteringsforløb. I forbindelse med projektet er der udviklet spørgeskemaer, der systematisk kan give viden om borger – og pårørendetilfredshed og dermed viden om, hvor der, med et brugerperspektiv, er grundlag for forbedringer i praksis. Ved systematisk anvendelse af spørgeskemaerne bliver det også muligt at se på brugertilfredshed i et nationalt perspektiv.

I projektperioden har 1.989 borgere (45%) og 892 (26%) pårørende besvaret det elektroniske spørgeskema (66; 67).

Undersøgelsen har vist, at det er muligt at lave spørgeskemaundersøgelser blandt borgere med hjerneskade og deres pårørende, og at de gerne deltager i uddybende interviews og opfølgning. INDTRYK og UDTRYK – spørgeskema med piktogrammer og interviewguides kan anvendes frit i papirform efter projektperioden.

[Find spørgeskema med piktogrammer og interviewguides på indtryk-og-udtryk.dk.](#)

Der er indgået aftale med de to nyetablerede videnscentre for neurorehabilitering i hhv. Øst og Vest-Danmark om, at materialet udarbejdet i INDTRYK & UDTRYK fremover kan rekvireres via dem.

#### 4.1.5 Neuropsykologi

Neuropsykologi kan bidrage med viden om, hvordan skader i hjernen påvirker borgerens adfærd, og hvordan disse funktionsnedsættelser kan påvirke borgerens hverdagsfunktion. Neuropsykologi kan endvidere bidrage med viden om borgerens kognitive potentialer, og hvordan eventuelle kognitive funktionsnedsættelser kan afhjælpes med specifik træning eller anvisning af kompenserende strategier (68; 69). Neuropsykologi kan også bidrage med viden om, hvordan adfærdssændring og emotionelle reaktioner, direkte forårsaget af hjerneskaden eller af reaktiv karakter, kan påvirke det samlede funktionsniveau. Hermed bliver neuropsykologi centralt i forhold til at udrede og behandle borgere med kompleks erhvervet hjerneskade og i forhold til at være en fælles faglig forståelsesramme.

15 Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er et redskab til måling af borgerens opfattelse af ændringer i aktivitetsudførelse over tid. [Læs mere om COPM på etf.dk](#)

#### 4.1.6 Neuropædagogik

Neuropædagogik henvender sig til forskellige faggrupper, og tilgangen kan bidrage med en faglig forståelsesramme og arbejdsform i den interdisciplinære indsats ved blandt andet at omsætte resultaterne af neuropsykologiske og neurologiske undersøgelser til en pædagogisk praksis (32; 68; 70). Tilgangen er sammensat af forskellige teoretiske elementer som fx neurofysiologi, neuropsykologi og almen pædagogik. Det neuropædagogiske arbejde fokuserer på personens kognitive ressourcer og vanskeligheder med henblik på at indrette hverdagslivet, så personen kan blive så selvhjulpne som mulig (16; 68; 69; 71).

Erfaringsopsamling fra projekter vedrørende puljen om "Styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade" viste blandt andet, at neurofaglige kompetencer herunder neuropædagogik, fremmer muligheden for kvalitet i genoptræningsindsatsen samt effektiv udredning, visitation og koordinering (72).

## 4.2 Udvalgte indsatsler og metoder

De udvalgte metoder under hver indsats skal ses som nedslagspunkter i den samlede tværfaglige indsats på området. En tilstrækkelig kvalificeret indsats over for 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 indsatsler og metoder retter sig mod de funktionsnedsættelser og behov, som den enkelte borger har. Indsatslerne er i langt overvejende grad rettet mod kroppens funktioner og omgivelsesfaktorer, men for langt de fleste af de beskrevne indsatsler gør det sig gældende, at de har en afledt effekt på borgerens aktivitet og deltagelse. De faglige indsatsler bør for så vidt tage afsæt i anerkendte, evidensbaseret og/eller lovende indsatsler og metoder. Indsatslerne kan forekomme på flere specialiseringsniveauer. Forudsætningerne for, at de kan leveres på højt specialiseret niveau, er beskrevet i *afsnit 2.6*.

I afsnittet nævnes de faggrupper, som primært har ansvar for udredning og planlægning af indsatsen. Ofte vil indsatslerne også blive udført af andre faggrupper under vejledning fra de ansvarlige fagpersoner.

#### 4.2.1 Kognition

Kognitive funktionsnedsættelser anses for at være en af de væsentligste årsager til, at borgere med erhvervet hjerneskade har svært ved fx at fungere i hverdagslivet, vende tilbage til arbejde, deltage i fritidsaktiviteter m.m. Voksne med kompleks erhvervet hjerneskade har oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser, herunder kognitive funktionsnedsættelser. Kognitive indsatsler består af både kompensatoriske og genoptrænende metoder (73).

#### Fysisk træning til forbedring af fysisk og kognitivt funktionsniveau samt aktivitetsudførelse

Fysiske funktionsnedsættelser er hyppigst forekommende hos personer med erhvervet hjerneskade. Læs mere om fysisk træning i Sundhedsstyrelsens "National klinisk retningslinje for ergoterapi og fysioterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi", hvor indsatslerne funktionel elektrisk stimulation, styrketræning, konditionstræning og balancetræning beskrives (74).

Studier har vist, at kombineret styrke og aerob træning i ca. tre måneder eller mere kan have en positiv effekt på kognitive funktioner hos personer med erhvervet hjerneskade. Træningen skal gerne have et omfang af mindst 30 minutter tre gange om ugen. Studierne har overvejende deltagere med apopleksi (75; 76).

Udredning og indsats varetages af ergoterapeut og/eller fysioterapeut.

For yderligere information om vidensgrundlaget for indsatsen se *bilag 5*.

### C-Mill og Armeo Spring

C-Mill er et avanceret gang- og løbebånd med vægtafastning og integreret Augmented Reality (AR), hvilket giver terapeuten unikke muligheder for at skabe projicerede interaktive elementer på underlaget, som personen skal forholde sig til. Formålet er at skabe så virkelighedsnære forhindringer i så svært et digitalt miljø som muligt – uden risiko for fald. Det sætter krav til kognitionen at skulle sortere i vigtigheden af diverse udfordringer og på samme tid opretholde balance og gangfunktion. Personen kan under gangtræningen spille interaktive spil på storskærm ved at gå i varierende tempo og retning på hele gangfladen. C-Mill indsamler løbende data til diagrammer, som viser progressionsmålinger om balance, skridtparametre, symmetri, distance og videoanalyse.

Armeo Spring er et computerassisteret og vægtafastende ekso-skelet specifikt tilpasset personer, der er ved at genvinde arm- og håndfunktion. Der trænes med motiverende og opgaveorienteret software, der sætter krav til kognition og interaktion. Armeo Spring faciliterer til at lave mange repetitioner og variationer i bevægelser og dermed øget motorisk læring. Træningen foregår i et spilunivers med mange varierende opgaver alt efter personens målsætning. Ved hjælp af kunstig intelligens progredieres træningen automatisk efterhånden som personen avancerer i spillene.

### Uderehabilitering

Interessen for naturens restorative egenskaber i forbindelse med rehabilitering har eksisteret i århundreder, og blandt fagpersoner er der konsensus om, at naturen bidrager til øget trivsel, mindre stress og mindre depression (77; 78). Potentialet for uderehabilitering i forbindelse med kompleks erhvervet hjerneskade er endnu ikke fuldt belyst. Der tegner sig dog et billede af, at naturbaseret rehabilitering kan være til gavn for personer med erhvervet hjerneskade. Forskning har vist, at både motoriske, sensoriske og kognitive funktioner blev signifikant forbedret, ligesom der sås en forbedring af livskvaliteten generelt (79).

Et fremtidigt projekt i Region Hovedstaden har til formål at introducere patienter til fællesskaber og meningsfulde aktiviteter under indlæggelse for derigennem at udvide forudsætningerne for den kognitive rehabilitering i det videre rehabiliteringsforløb. Projektet forventes færdigt i 2022 (80).

I tæt samarbejde med 10 kommuner har Friluftsrådet sat fokus på at integrere friluftsliv i kommunernes sundhedsindsatser, blandt andet ved at bygge bro mellem kommuner og friluftforeninger. Resultaterne fra det samlede projekt Sund i Naturen viste, at kommunale indsatser med natur og friluftsliv fremmer borgernes selvopfattede livskvalitet og sundhed.

Læs mere om Sund i Naturen på [friluftsradet.dk](http://friluftsradet.dk)

### ADL træning til forbedring af kognition i relation til aktivitet og deltagelse

Følgerne af en erhvervet hjerneskade påvirker ofte udførelsen af betydningsfulde hverdagsaktiviteter. Udførelsen af daglige aktiviteter kan både være påvirket af motoriske såvel som kognitive funktionsnedsættelser (81). I Sundhedsstyrelsens "National klinisk retningslinje for ergoterapi og fysioterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi" anbefales træning i personlige aktiviteter, instrumentelle aktiviteter og fritidsaktiviteter med henblik på at forbedre funktionsevnen i relation til aktivitet og deltagelse samt virtuel reality (74).

I forbindelse med projektet Virtual Reality Borgernær Rehabilitering (VRBR) – 'Mester i eget liv' har Center for Specialundervisning for Voksne i Vejle arbejdet med at udvikle og afprøve et virtual reality-miljø (VR), hvor mennesker med erhvervet hjerneskade kan lære at kompensere for følgevirkningerne af deres hjerneskade. Der er tale om målrettet kognitiv træning i et realistisk miljø, hvor man kan bevæge sig rundt i et virtuelt supermarked og træne opgaver som at følge en indkøbsbesked og finde de varer, man har brug for. Målet er, at de kompenserende strategier på længere sigt bliver en del af borgerens mentale rutiner. VR programmet designes ud fra principperne om fejlfri læring med henblik på, at borgeren får optimale læringsmuligheder (73).

[Læs mere om VR Cognition på CSV-viden.dk.](http://www.csv-viden.dk)

Udredning og indsats varetages af ergoterapeut.

### Nedsat arbejdshukommelse

Der findes flere forskellige tilgange og metoder til bedring af hukommelse både ift. arbejdshukommelse og langtidshukommelse. Arbejdshukommelse er en af de kognitive funktioner, som kan trænes direkte, i modsætning til langtidshukommelsesformer, hvor der snarere skal bruges kompenserende tilgang (73).

### Hjerneskaderelateret træthed - informerende og adfærsændrende teknikker

Mange borgere med erhvervet hjerneskade oplever betydelig og invaliderende træthed. Trætheden kan vare ved i måneder og år efter hjerneskaden. Langvarig træthed, også kaldet, 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 giver udfordringer med at genvinde færdigheder (85; 86; 87). Der findes i dag ikke nogen entydig forklaring på, hvorfor denne træthed opstår. Et studie af træthed hos personer med apopleksi har vist, at der er større risiko for at opleve mental udtrætning, når man er kvinde, har en depression, har haft skaden i længere tid og/eller har nedsat funktionsevne. Eftersom vi ikke kender årsagen til udtrætning, er der heller ikke sikker viden om, hvilke indsatser der har effekt. Det kan på den baggrund være relevant at arbejde ud fra en individuel analyse af borgerens træthedsoplevelse og systematisk foreslå og afprøve informerende og adfærsændrende teknikker som fx søvnhygiejne og fast søvnrytme ved søvnproblemer (88).

### Hypnose

Hypnose kan vise sig at være en indsats til bedring af arbejdshukommelsen, der er dog på nuværende tidspunkt ikke et stærkt nok forskningsbaseret grundlag for at give en anbefaling af indsatsen. Et dansk studie har vist, at hypnose kan have en positiv effekt på bedring af arbejdshukommelse. Studiet viste, at to tredjedele af deltagerne, der modtog hypnose, flyttede sig fra at have nedsat arbejdshukommelse til at være på niveau med normalbefolkningen eller bedre, sammenlignet med gruppen som ikke modtog hypnose. Hypnosen omfattede i alt otte timer inklusiv forberedelse (82). Den form for hypnose, som formodes at have en positiv effekt på arbejdshukommelsen, kaldes *hypnotic targeted suggestion* (83). Hypnosen består i, at hypnotisøren, efter at have bragt personen i trance, fører vedkommende tilbage til livet før hjerneskaden, hvor personen har en oplevelse af at kunne huske og bruge hjernen, som før skaden. Sessionerne har fokus på, at deltagerens hjerne er sund og kan virke på et normalt niveau, som før skaden (82; 84). Indsatsen varetages af uddannet hypnotisør.



Det kan ligeledes være relevant at tilpasse aktiviteter efter, at personen med erhvervet hjerneskade så vidt mulig undgår så voldsom træthed, at personen ikke kan være aktiv resten af dagen og de efterfølgende dage. I praksis arbejdes ofte med energiforvaltning, hvor borgeren ved øget opmærksomhed og registrering får fokus på egne tegn på træthed og på denne baggrund reflektere over egne prioriteter.

Udredning og indsats varetages primært af ergoterapeut, fysioterapeut, neuropsykolog, pædagog og speciallærer.

#### Tværfaglig behandlingsmodel for energiforvaltning

Cervello og BOMI Center for Rehabilitering og Hjerneskade er i gang med at beskrive og afprøve energiforvaltning som behandling mod træthed ved erhvervet hjerneskade. I forskningsprojektet udvikles en tværfaglig behandlingsmodel for energiforvaltning. Modellen beskriver forskellige delmål, indsatser og hypoteser om virkningsmekanismer og skal støtte terapeutens kliniske ræsonnement i en individuelt tilpasset behandling. Modellen afprøves i en række kontrollerede casestudier, som undersøger udviklingen i træthed og relaterede symptomer samt terapeutiske mål og metodiske valg undervejs i behandlingsforløbet.

#### 4.2.2 Kommunikation

Det estimeres, at cirka en tredjedel af målgruppen af voksne med apopleksi oplever kommunikationsvanskeligheder som følge af afasi (89). 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 isolation (90).

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.

#### Hjerneskaderelateret træthed

En 48-årig kvinde får en blodprop i hjernen og oplever efterfølgende at blive hurtigt træt. Et år efter skaden arbejder hun to til tre timer om dagen, og hun er ked af, at hun ikke kan de samme ting som før. I rehabiliteringsindsatsen registrerer hun sin daglige energi i relation til arbejdsopgaver, måltider, nattesøvn og fysisk aktivitet. Det er tydeligt, at hun ikke har nok tid til at restituere mellem alle de ting, hun gerne vil nå. I samarbejde med fagpersonerne afprøves forskellige måder at hvile på, de daglige aktiviteter struktureres, og arbejdsopgaverne tilrettelægges, så de er mere overskuelige. Gennem sparring og vejledning støttes hun i at blive bedre til at mærke og respektere sine egne behov, så hun kan prioritere de ting i hverdagen, som er meningsfulde for hende og giver energi og overskud.

#### § Hjælpemidler og forbrugsgoder - lov om social service § 112, § 112a og § 113

Kommunalbestyrelsen skal yde støtte til hjælpemidler til borgere med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, når visse betingelser er opfyldt. En ansøgning om hjælpemidler skal indgives digitalt via den selvbetjeningsløsning, som kommunen stiller til rådighed.

Læs mere om hjælpemidler og ansøgning herom i lov om social service § 112 og § 112a.

Kommunalbestyrelsen skal yde hjælp til køb af forbrugsgoder, når visse betingelser er opfyldt. Der kan dog ikke ydes hjælp til forbrugsgoder, der normalt indgår i sædvanligt indbo.

Læs mere om hjælp til forbrugsgoder i lov om social service § 113.

Find lov om social service på [retsinformation.dk](http://retsinformation.dk)

### Alternativ og supplerende kommunikation – en metode til at erstatte og/eller supplere de talte ord

Alternativ og supplerende kommunikation (ASK) er en række strategier og værktøjer, som bruges til at erstatte eller supplere det talte sprog, auditiv forståelse, udtryk på skrift samt forståelse af det læste sprog for at fremme deltagelse i kommunikation for mennesker med komplekse kommunikationsbehov (89; 91). ASK omfatter et bredt udvalg af lavteknologiske løsninger, som fx billedmateriale, kommunikationsbøger, pen og papir samt højteknologiske løsninger, som fx softwaretilbehør på mobil, tablets eller bærbare computere (92). ASK har vist sig at være en brugbar løsning for mange mennesker med traumatisk hjerneskade og svær afasi, om end det vil kræve omfattende støtte fra deres omgivelser (93; 94; 95).

Hvor brug af ASK kan være en god støtte ved let til moderat afasi, kan det ved svær afasi blive en afgørende måde at kommunikere på (92). Der kan derfor være behov for, at voksne med kompleks erhvervet hjerneskade undervises i at anvende ASK, 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 lavteknologiske- som højteknologiske systemer/løsninger. Ved brug af såvel ikke-udstyrsstøttede som udstyrsstøttede kommunikationssystemer<sup>16</sup> er det en forudsætning, at borgeren viser interesse herfor og har en vis bevaret kognitiv fleksibilitet. Ligeledes er det en forudsætning, at 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 kommunikation (94; 95).

Udredning og indsats varetages ofte af ergoterapeut, audiologopæd og speciallærer med efteruddannelse inden for ASK-området (ASK-vejleder/ASK-konsulent).

<sup>16</sup> 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.

### Alternativ og supplerende kommunikation

Jan har afasi og dermed nedsat evne til at anvende sproget. Jan har specielt svært ved at finde ord og danne sætninger, hvilket gør det svært at kommunikere med sine omgivelser. Når Jan vil sige et ord eller en sætning, kommer der ofte et andet ord frem end det, han ønskede. Jan kan selv høre, når det er forkert og bliver frustreret. Jan har i tæt samarbejde med IKT-konsulent, logopæd samt pårørende fået opbygget en kommunikationsbog, som han kan anvende i kommunikationen med andre mennesker. Kommunikationsbogen ligger på Jan's egen iPad og er konstrueret med både billeder og tekst i app'en Gotalk Now, som Jan har fået bevilget af kommunen. Jan anvender iPad dagligt og bliver meget mindre frustreret, da han oplever at kunne give udtryk for det ønskede ved at støtte sig til indholdet i hans personlige kommunikationsbog. Kommunikationsbogen bliver løbende opdateret af pårørende.

### Inddragelse på individniveau – samtalestøtte

Samtalestøtte, som opnås gennem træning af samtalepartnere, kan styrke borgerens kommunikative færdigheder og understøtte inddragelse af borgere med afasi. Samtalestøtte henvender sig til pårørende og fagpersoner, der er i familie med eller tæt på en borger med mild til svær afasi og har til hensigt, at pårørende og fagpersoner får strategier til at bedre kommunikationen med den, der har afasi.

Den mest udbredte metode er Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA). SCA er en generisk og empirisk funderet samtalestøttemetode, der bygger på det "anerkendende" og det "synliggørende princip", og som samtalepartnere til borgere med afasi undervises i. Metoden skal betragtes som en værktøjskasse med samtaletekniske værktøjer, der sikrer, at personen med afasi dels føler sig mødt og dels kan følge med i samtaler og deltage aktivt i samtaler (96; 97).

### Supported Conversation for Adults with Aphasia

Henrik er tidligere buschauffør, han er 44 år. Han fik et stort venstresidsigt mediainfarkt og som følge svær afasi og svær talepraksi, og talen er stort set uforståelig for andre. Hans taleforståelse er moderat til svært påvirket, og han har behov for, at samtalepartnern skriver kerneord ned under samtalen, for at han kan følge med.

Henrik har massive vanskeligheder med at kommunikere, mens hans tanker, følelser og ideer er de samme som før skaden. Han bliver imidlertid meget vred og frustreret, når andre ikke forstår ham, og han har et stort behov for at blive hørt, når det gælder tiltag og beslutninger omkring hans egen situation.

Henrik er fraskilt og lever alene, men har hver anden weekend sin teenagesøn boende. Netværket består primært af en mor og bror, som venter på, at Henriks vanskeligheder går over. Henriks ekshustru ønsker efter Henriks hjerneskade fuld forældremyndighed over sønnen og har inddraget Familieretshuset, som har sendt akter i e-boks til Henrik, som han skal svare på skriftligt inden for 14 dage.

Henrik får gennem intensiv kommunikationstræning med audiologopæd lært alternative kommunikationsstrategier, fx brugbare skrevne enkeltord, tegning og at bruge mimik og gestik til at kommunikere ud fra, ligesom han lærer at tegne skalaer til at vise, hvor meget han synes om noget. Henriks indsigt er gryende ift. at han ikke genvinder talesproget. Han benytter i stigende grad alternativ kommunikation, da han kan se, at andre derved i højere grad forstår ham. Hans frustrationer bliver ligeledes mindre.

Forskning viser, at samtalestøtte forbedrer de pårørendes og fagpersoners evne til at kommunikere med personer med afasi, og at personen med afasi kommunikerer mere effektivt og mere aktivt, når de kommunikerer med en samtalepartner, der mestrer samtalestøtteteknik. På den baggrund kan samtalestøtte facilitere kommunikationen med personer med afasi (98).

Audiologopæder kan certificeres i at undervise pårørende til og fagpersoner omkring borgere med afasi i samtalestøtte (fx SCA).

Samtalestøtte benytter enkle principper og kan varetages af alle faggrupper, der er i kontakt med borgere med svær afasi (fx læger, sygeplejersker, sosu-hjælpere, sagsbehandlere, psykologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter osv.).

For yderligere information om vidensgrundlaget for indsatsen se *bilag 5*.

### 4.2.3 Informations- og kommunikationsteknologi

#### Støtte til at huske aftaler og opgaver – brug af smartphone og PDA

Effekterne af at anvende teknologier deler sig i to overordnede grupper: Én med fokus på hukommelse og overblik, hvor teknologiernes formål er at støtte borgere med kognitiv funktionsevnedssættelse i at huske aftaler og få overblik – og en anden, med fokus på at støtte borgerne i at udføre hverdagens aktiviteter selvstændigt (99).

Informations- og Kommunikations Teknologi (IKT) har lovende potentialer til at støtte borgere med hukommelsesproblemer i at klare hverdagens aktiviteter (100; 101; 102). IKT-hjælpe midler kan fx være smartphones eller tablets med kalender og auditive eller billedbaserede påmindelsesfunktioner (99). Brugen af smartphone eller PDA med diverse apps kan understøtte hukommelsen, så borgere med erhvervet hjerneskade i højere grad husker at udføre hverdagens aktiviteter som fx at tage medicin, overholde aftaler, nå bussen osv. (103; 104; 105; 106; 107; 108). Desuden tyder studier på,

## § Afgrænsning af behandlingsredskaber

Læs om afgrænsning af behandlingsredskaber i cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften skal afholdes af sygehusvæsenet.

Find cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften skal afholdes af sygehusvæsenet på [retsinformation.dk](http://retsinformation.dk)

at borgeren bliver mere tilfreds med sin udførelse af aktiviteterne (106).

Sammenligninger mellem brugen af papirkalender og brugen af en PDA med kalender eller en smartphone med en standard Google kalender viser, at de IKT-baserede hjælpemidler har bedst effekt blandt borgere med erhvervet hjerneskade. De opnår højere målopnåelse med PDA'en, dog ikke bedre hukommelse (107). Brug af Google kalender på en smartphone kan gøre borgerne bedre i stand til at huske aftaler og opgaver, samtidig med at de har behov for mindre hjælp fra andre (103). Det vil dog altid være relevant at anvende den teknologi, som borgeren foretrækker og/eller i forvejen har positive erfaringer med.

Udredning og indsats varetages ofte af ergoterapeut, audiologopæd og speciallærer med efteruddannelse inden for ASK- og IKT-området.

For yderligere information om vidensgrundlaget for indsatsen se *bilag 5*.

### 4.2.4 Pårørende

Selv flere år efter et familiemedlem bliver ramt af en hjerneskade, kan pårørende opleve en høj belastning. Belastningen er mest udtalt hos pårørende til en person med en kompleks erhvervet hjerneskade, som oplever at have udækkede behov, og som bruger mere tid på pleje og vejledning af den nærtstående (109). Som pårørende kan man have behov for bearbejdning af det, der er sket, og behov for at få yderligere viden om skaden.

## > Hjælpemiddelbasen

Hjælpemiddelbasen giver et samlet overblik over et stort antal hjælpemidler på det danske marked. Foruden produktoplysninger indeholder Hjælpemiddelbasen også guides, som vejleder om brug og valg af forskellige typer hjælpemidler, fx under målgruppeindgangen erhvervet hjerneskade:

- Epilepsi anfaldsalarmer
- Kalendere og tidsplaner til struktur, understøttelse af hukommelse)
- Sansestimulerende hjælpemidler
- Hjælpemidler til seksuelle aktiviteter
- Hjælpemidler til af- og påklædning
- Transportkørestole
- GPS-baserede overvågningssystemer

Derudover indeholder Hjælpemiddelbasen bl.a. et idé- og debatforum, hvor forhandlere, fagprofessionelle og borgere kan drøfte hjælpemiddelrelaterede problemstillinger. Hjælpemiddelbasen er drevet af Socialstyrelsen.

Find hjælpemiddelbasen på [hmi-basen.dk](http://hmi-basen.dk).

Både symptomer på angst og depression hos pårørende viser sig ved udskrivning fra sygehus, hvor angst er mere udtalt i starten af forløbet, og depression har lidt mere længerevarende karakter. Generelt kan situationen for de pårørende opleves som udmattende og opslidende, og den ændrede situation har indflydelse på, hvordan familien fungerer i sin helhed (110; 111; 112; 113). Det særlige ved en kompleks erhvervet hjerneskade er, at den oftest medfører kognitive følger, som kan vise sig som 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 svær at finde plads til og svær at tale om (25). Disse ændringer forankres i hele familiens funktion, og familien kan opleve en ændret familiefunktion i form af ændrede roller, ændrede måder at kommunikere og samarbejde på samt ændret status i familien. De pårørende oplever derfor ofte et øget ansvar for at få hverdagen til at fungere, både i forhold

til de almindelige hverdagsopgaver, men også et ansvar for at koordinere indsatsen i forhold til personen med hjerneskade.

Se *bilag 7* for data omhandlende pårørende.

## § Psykologhjælp – sundhedsloven § 69

Regionsrådet yder tilskud til behandling hos psykolog efter lægehenvi- sning. Unge mellem 18 – 24 år, som har en henvisning på psykologbehandling for angst eller let til moderat depression, kan som følge af finanslovaftalen for 2021 modtage gratis psykologbehandling.

Læs mere om permanentgørelse af aftalen på sundhedsministeriets hjemmeside og på regionernes lønnings- og takstnævn.

[Find aftalen på sum.dk](#)

[Find satspuljeaftalen om gratis psykologhjælp til unge mellem 18 - 21 år på regionernes lønnings- og takstnævn](#)

Læs mere om tilskud til psykolog behandling i sundhedsloven § 69.

[Find sundhedsloven på retsinformation.dk](#)

## Børn som pårørende

I nogle familier er børn og unge pårørende til fx forældre eller søskende med en kompleks erhvervet hjerneskade. Børn bliver i høj grad påvirket af at opleve alvorlig og langvarig (kronisk) sygdom i familien, og de kan udvikle stresslignende tilstande, som viser sig som søvnproblemer og ondt i hovedet og maven. Mange klarer de belastende omstændigheder hensigtsmæssigt, men de kan være i risiko for at udvikle psykiske vanskeligheder såsom, ængstelse, nedtrykthed, adfærdsproblemer samt social isolation og koncentrationsvanskeligheder. En omsorgsmåling har vist, at børn, som er pårørende til alvorligt syge familiemedlemmer, trives dårligere end deres jævnaldrende. Hvis ikke der bliver taget hånd om børnene, kan det få konsekvenser for deres skolegang og sociale liv. På længere sigt kan børnene ende i højrisikogrupper for at udvikle psykiske og sociale problemer, der kan række ind i voksenlivet (114).

Der mangler generelt viden om – og faglige indsatser til – børn, som er pårørende til voksne ramt af en erhvervet hjerneskade. Sundhedsstyrelsen har i 2012 udarbejdet nationale anbefalinger for sundhedspersoners møde med pårørende, herunder børn (115). Det er nødvendigt at tage børn som pårørende alvorligt, ligesom det er nødvendigt, at fagpersoner har øje for om der er børn og unge, der har behov for at blive henvist til støtteforanstaltninger, formelle eller uformelle netværk/organisationer eller socialpsykologisk støtte (115).

Erfaringer fra praksis viser, at det kan være hensigtsmæssigt, at de fagpersoner, der er omkring familien ind i mellem tager den samtale med barnet, så man med konkrete eksempler hjælper børnene med at forstå, hvad det er, der er sket.

Indsatsen forudsætter, at fagpersonen har særlig viden omkring samtale med børn og unge, der er i sorg/krise. Udvikler barnet mere alvorlige symptomer på den familiære situation, vil indsatsen blive leveret af en psykolog.

## § Hjælp til børn og unge - lov om social service § 52

Kommunalbestyrelsen skal træffe afgørelse om foranstaltninger til børn og unge, når det må anses for nødvendigt af hensyn til barnets eller den unges særlige behov for støtte. Foranstaltninger som kommunalbestyrelsen kan træffe afgørelse om, er fx behandling af barnets eller den unges problemer, fast kontaktperson eller aflastning.

Læs mere om foranstaltninger til børn og unge i lov om social service § 52.

Find lov om social service på [retsinformation.dk](http://retsinformation.dk)

## § Familieorienteret rådgivning - lov om social service § 11

Kommunalbestyrelsen skal som led i det tidlige forebyggende arbejde sørge for, at forældre med børn og unge eller andre, der sørger for et barn eller en ung, kan få en gratis familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien. Kommunalbestyrelsen er forpligtet til ved opsøgende arbejde at tilbyde denne rådgivning til enhver, som på grund af særlige forhold må antages at have behov for det. Tilbuddet om rådgivning skal også omfatte vordende forældre. Såvel forældre som børn og unge, der alene søger rådgivning, skal kunne modtage denne anonymt og som et åbent tilbud.

Læs mere om anonym rådgivning og forebyggende indsatser i lov om social service § 11.

Find lov om social service på [retsinformation.dk](http://retsinformation.dk)

## > Børn og unge som pårørende

Flere patientforeninger har lavet hjemmesider til/ om børn som pårørende. Nedenstående er også eksempler fra andre målgrupper, og ikke alle har derfor direkte relevans til forløbsbeskrivelsens målgruppe.

- Hjerneskadeforeningen har forskellige tiltag til børn og unge som pårørende. [Se tiltagene på hjerneskadeforeningen.dk](http://se.tiltagene.paa.hjerneskadeforeningen.dk)
- Hjernesagen har forskellige tiltag til børn og unge som pårørende. [Se tiltagene på hjernesagen.dk](http://se.tiltagene.paa.hjernesagen.dk)
- UlykkesPatientForeningen har et tema på deres hjemmeside om børn og unge som pårørende. [Se temaet på ulykkespatient.dk](http://se.temaet.paa.ulykkespatient.dk)
- Det Nationale Sorgcenter tilbyder specialiseret behandling til børn og unge, der oplever sygdom eller død hos forældre. [Find den specialiserede behandling på sorgcenter.dk](http://find.den.specialiserede.behandling.paa.sorgcenter.dk)
- Kræftens bekæmpelse har et tema på deres hjemmeside om børn og unge som pårørende. [Se temaet på cancer.dk](http://se.temaet.paa.cancer.dk)
- Videnscenter for Patientstøtte, Region Hovedstaden har udarbejdet forskellige materialer til børn og unge, samt til forældre og sundhedsprofessionelle. [Find materialerne på nærmorellerfarbliversyg.dk](http://find.materiale.paa.naermorellerfarbliversyg.dk)

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet nationale anbefalinger for sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge. [Find de nationale anbefalinger på sst.dk](http://find.de.nationale.anbefalinger.paa.sst.dk)

### Tilgange til pårørendearbejde

Indsatser rettet mod pårørende handler om at tilbyde information, rådgivning og undervisning (psykoedukation) om såvel hjerneskaden som om almene reaktioner hos pårørende fx krise og sorg. Det handler om at inddrage pårørende mest muligt i forløbet (32). Der kan skelnes mellem to typer af uddannelsesprogrammer for pårørende. Den ene type er af mere passiv karakter, hvor de pårørende får viden/information uden yderligere opfølgning. Den anden type er af mere aktiv karakter, hvor der, ud over vidensformidling, også indgår en plan for efterfølgende drøftelse af de spørgsmål, der kan opstå. Studier har vist, at vidensformidling af mere aktiv karakter bør foretrækkes (116). Derudover kan en indsats til pårørende også være rettet mod familien som helhed, hvor alle familiemedlemmer deltager i et familierapeutisk forløb. Her får de talt sammen om, hvordan de kan få en ny balance i deres familie, og hvordan de kan håndtere de ændrede vilkår (117; 118; 119).

LÆR-AT-TACKLE hverdagen som pårørende er udviklet af Komiteen for Sundhedsoplysning i samarbejde med Københavns Kommune på baggrund af en model fra Stanford University i USA. Undervisningen varetages af pårørende, som har gennemført en særlig instruktøruddannelse. På kurset er der fokus på konkrete redskaber til at klare udfordringer, som fx manglende overskud, dårlig samvittighed, søvnproblemer, stress eller følelsen af isolation. Kurset består af syv moduler af 2,5 time (120). LÆR-AT-TACKLE hverdagen som pårørende udbydes af en lang række danske kommuner. Resultater fra en spørgeskemaundersøgelse fra 2021 udført af VIVE, viser, at langt hovedparten af kursisterne har haft udbytte af kurset, ligesom deres trivsel, belastning, samt ensomhed også er bedret (120).

### Familie Intervention efter Traumatisk Skade

Familie Intervention efter Traumatisk Skade (FITS) er et otte sessioners interventionsprogram, der inkluderer alle voksne i en familie ramt af en erhvervet hjerneskade eller rygmarvsskade. Interventionen sigter mod at forbedre, hvordan familien fungerer sammen efter en hjerneskade, og dermed bedre den oplevede livskvalitet. FITS afprøves aktuelt i både Norge og Danmark, og i Danmark inkluderer familier, der lever med konsekvenserne af erhvervet hjerneskade samt rygmarvsskade. De første resultater forventes i 2022. FITS afprøves aktuelt på Klinik for højt specialiseret neurorehabilitering/traumatisk hjerneskade på Hvidovre hospital (116; 117; 118). Der er ikke krav til faggruppe, men i Danmark er det indtil nu neuropsykologer, som forestår indsatsen.

### 4.2.5 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 have psykologiske konsekvenser, som kan medføre fx depression og angst (121; 122; 123; 124; 125). Det er sparsomt med litteratur med fokus på identitet og identitetsgenopbygning efter erhvervet hjerneskade. Der er imidlertid en voksende mængde undersøgelser, som påviser den negative indvirkning, som en erhvervet hjerneskade kan have på identiteten (123; 126; 127). Et nyere review har fx vist, at der hovedsagligt er tale om negative ændringer i forhold til selvopfattelse (128). En erhvervet hjerneskade er dermed ikke kun en neuro-patologisk hændelse, men også en unik psykologisk proces, som har dybtgående/særdeles omfattende konsekvenser for identitetsudvikling (129). En proces, der indbefatter både en sorgproces (der siges farvel til det gamle selv) og en proces med at rekonstruere en ny identitet (130). 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 bedring (122). Et fokus på rehabiliteringspsykologiske indsatser<sup>17</sup> kan være en måde at håndtere og løse nogle af de identitets- og følelsesmæssige udfordringer, som en hjerneskade medfører for borgeren og dennes pårørende (122). 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, de gennemgår efter en erhvervet hjerneskade, og for nogle vil symptomerne forblive i en sådan grad, at det betragtes som en forstyrrelse (131). Der er 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 medføre (125; 132).

### Identitet

Bente rammes af en blodprop i hjernen da hun er 54 år. Efter et ophold på et rehabiliteringscenter kommer Bente direkte hjem. Den næste periode beskriver Bente som turbulent, og hun har svært ved at acceptere og forene sig med "den nye mig", som hun kalder det. Først henover sommeren lander den nye Bente, siger hun. "Jeg har været længe om at erkende den nye mig, men jeg får hende landet". Bente kredser meget om dét med identiteten og siger supplerende: "Jeg arbejder stadig med hende den ny Bente – jeg er ikke færdig med at opdage hende", hvilket hun fortæller godt et år efter, hjerneskaden indtraf. Hun fortæller også, at der ligger noget i at få sagt ordentligt farvel til hende, der var, og få lov til at sørge over det, der ikke længere er.

### Forandring og rekonstruktion af en ny identitet – den narrative tilgang

Den narrative tilgang bygger på tesen om, at narrativer (fortællinger) bærer et helbredelsespotentiale, 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 er en handling, hvor borgeren genskaber sig selv (133; 134). Narrativet kan hermed være en måde, hvorpå borgeren skaber mening med de forandringer, som hjerneskaden har medført (121; 123; 135). Tanken bag den narrative tilgang 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. Det er væsentligt i narrativ terapi, at hverken terapeuten eller borgeren opfattes som passive og/eller 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 borger (136; 137).

Kvalitative studier viste, 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 indsats (123; 135).

17 Rehabiliteringspsykologi handler om, hvordan vi med målrettet psykosocial støtte kan modvirke de alvorlige psykiske problemer, som mange med et handicap udvikler. Det handler om at se bag om diagnosen og ind til mennesket – for derigennem at fremme sundhed, velvære og social deltagelse på trods af sygdom.



Indsatsen forudsætter, at fagpersonerne har en efteruddannelse i den narrative tilgang. Der kan dermed være flere forskellige faggrupper, der kan arbejde med identitet og følelsesmæssige udfordringer, som en del af deres samarbejde med borgeren. Såfremt der er tale om narrativ terapi udføres denne af psykolog.

#### **Acceptance and Commitment Therapy og Compassion Focused Therapy**

Af andre relevante terapeutiske metoder, som kan anvendes til målgruppen med behov for indsatser, rettet mod identitet og følelsesmæssige udfordringer, kan nævnes Acceptance and Commitment Therapy (ACT), som har vist sig brugbar ift særligt at reducere depression og øge oplevelsen af håb hos den ramte (138; 139; 140). Derudover kan også nævnes Compassion Focused Therapy, som har vist sig at hjælpe personer med erhvervet hjerneskade med at revurdere deres følelse af værdi og give dem værktøjer til at håndtere deres vanskeligheder gennem bl.a. en forståelse og udvikling af empati for egen situation (141; 142; 143). Begge indsatser udføres primært af psykologer da der er tale om terapi. Social- og sundhedsprofessionelle kan efteruddannes i kognitiv adfærdsterapi og arbejde med dele af den.

# 5. ORGANISERING OG SAMARBEJDE



I forbindelse med rehabiliteringsindsatsen af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, indgår der en række centrale aktører på tværs af forskellige sektorer og forvaltninger i kommunen.

## 5.1 Organisering

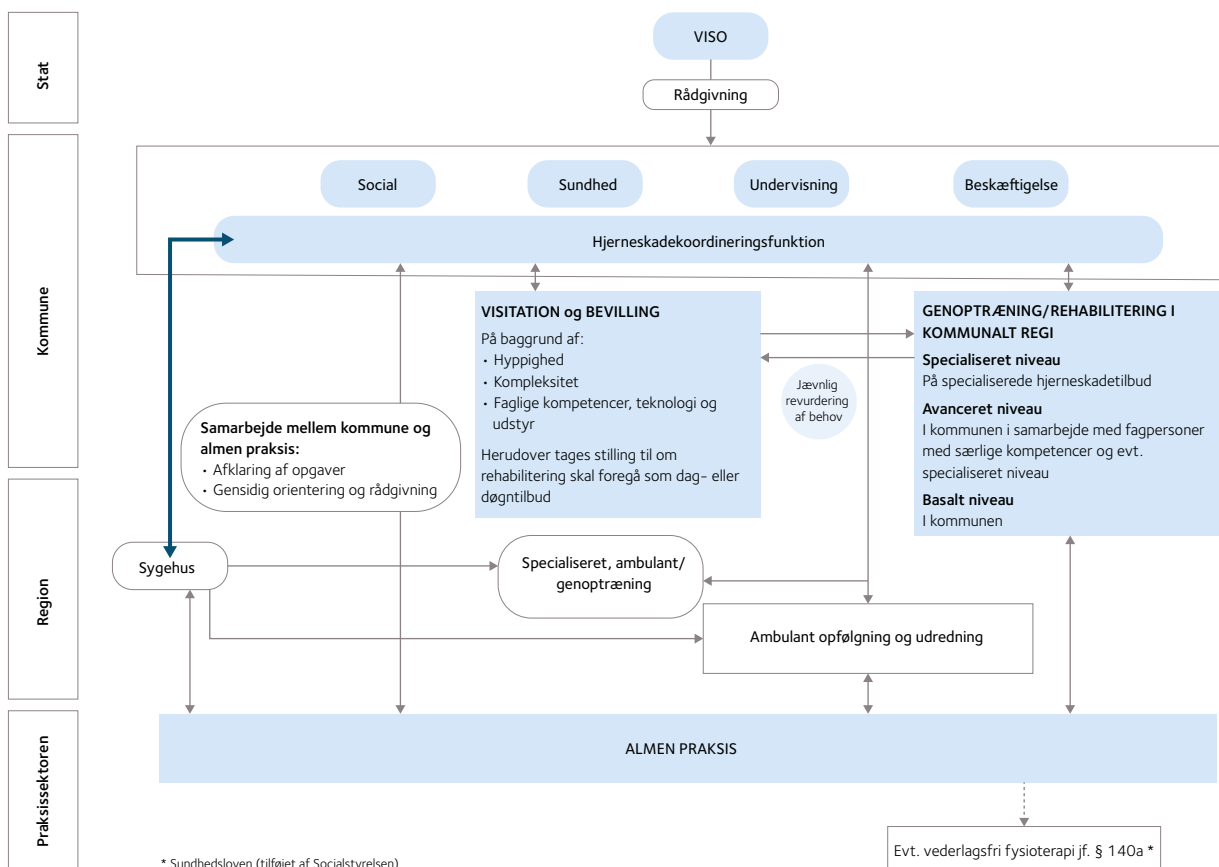
Rehabiliteringsforløbet fordrer, at kommunen organiserer sig, så de nødvendige tværfaglige kompetencer er til rådighed. På det mest specialiserede socialområde og området for det mest specialiserede specialundervisning kan det, ud over aktører i kommunalt og regionalt regi, også være relevant at inddrage praksissektor samt private tilbud (1). Herudover er det muligt at samarbejde med VISO i forhold til at modtage rådgivning i konkrete sager.

Nedenstående figur 5 der er udarbejdet efter forlæg fra Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade" (1) illustrerer dels kompleksiteten i organisering og samarbejde og dels de aktører, der indgår i hjerneskaderehabilitering. I figuren fremhæves de aktører, som har særlig relation til socialområdet, og som beskrives i nærværende kapitel.

### § Databeskyttelse

Der kan være behov for videregivelse af oplysninger på tværs af sektorer, og i den forbindelse er det vigtigt at have viden om de regler, der er ift. databeskyttelse, herunder pligter og rettigheder.

Læs generelt om databeskyttelse på [datatilsynet.dk](http://datatilsynet.dk)



Figur 5: Aktører ved rehabilitering efter udskrivning, som har tætte afhængigheder til socialområdet (1)

### 5.1.1 Kommunen

Kommunen skal tilrettelægge sammenhængende og helhedsorienterede indsatser på tværs af lovgivningsområder med henblik på at understøtte, at den enkelte opnår bedst mulige funktionsevne og livskvalitet. Vellykkede forløb indebærer, at der er en sammenhæng mellem indsatserne i de enkelte sektorer og forvaltninger.

#### Overgang fra sygehus til kommune

Sygehuset har ansvar for at bidrage til sammenhængende forløb, herunder samarbejde og rådgivning af kommunen (1). For at sikre sammenhæng og kontinuitet i forløbet er det vigtigt, at sygehuset tidligt orienterer kommunen om, at personen er indlagt, status på dennes tilstand og foreløbig advisering om sygehusets vurdering af behov for genoptrænings- og/eller rehabiliteringsniveau efter udskrivningen (1).

Sygehuset afholder ved behov udskrivningskonference med henblik på hensigtsmæssig overlevering, når personen med erhvervet hjerneskade udskrives med en genoptræningsplan (1).

I forbindelse med en udskrivelse skal sygehuset tilbyde en genoptræningsplan (GOP), hvis der er et lægefagligt begrundet behov for dette. GOP danner grundlag for kommunens visitation og videre planlægning. GOP skal senest udleveres til personen på udskrivningstidspunktet. Samtidig skal planen, efter aftale med personen, sendes til bopælskommunen samt praktiserende læge. Det er sygehuset, der vurderer, hvorvidt der skal henvises til almen genoptræning eller rehabilitering på specialiseret niveau. GOP kan udarbejdes både i forbindelse med indlæggelse i stationære afsnit og ved ambulante kontakter (1; 17).

Det er kommunen, der tilrettelægger rehabiliteringsforløbet efter udskrivning. Det kan være hensigtsmæssigt at koordinering af sygehusets og kommunens indsats, eksempelvis sker via den kommunale hjerneskadekoordineringsfunktion. Der kan tillige være behov for et tæt koordineret samarbejde mellem involverede fagpersoner (1).

Sygehuset giver mulighed for fornyet vurdering af behov for genoptræning og/eller rehabilitering, som følger af erhvervet hjerneskade, hvis der henvises til dette efter udskrivning (1).

#### > "Den fysiske kuvert"

I projektet "Tværsektorielt samarbejde om rehabilitering af borgere med apopleksi" har Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rødovre og Rudersdal kommune sammen med Herlev- og Gentofte Hospital arbejdet med at skabe bedre sammenhæng i de borgerforløb, der går på tværs af hospital og kommune.

I projektet er der blandt andet afprøvet "Den fysiske kuvert", som er en formaliseret overlevering af skriftligt materiale. Den fysiske kuvert består i, at personen, ved udskrivelse fra hospitalet, følges af en hvid kuvert, som indeholder en kopi af genoptræningsplan, udskrivelsesrapport, spise- og drikkevejledning, lejrings- og forflytningsplaner mm. samt label på forsiden med anvisning af målgruppe for materialet (personale/person). Formålet med den fysiske kuvert er at sikre kvalificeret og ensartet håndtering samt mulighed for at overtage hospitalets indsatser allerede ved modtagelse i kommunen.

Erfaringerne med den fysiske kuvert er, at det er en positiv kilde til kontinuitet, når den anvendes. Spise- og drikkevejledninger og lejrings-/forflytningsplaner er en lavpraktisk måde at skabe overblik og sammenhæng på. Det øger blandt andet trygheden for personen og deres pårørende og fremmer målene for rehabiliteringen (144).

### Den kommunale myndighed

Kommunen har myndighedsansvaret til at vurdere og planlægge, hvilke konkrete indsatser der er relevante at iværksætte med udgangspunkt i GOP (1). Kommunen kan inddrage eksterne leverandører, såfremt der er behov for dette. De kommunale opgaver og myndighedsansvar handler om at:

- Tilrettelægge, koordinere og iværksætte sammenhængende og effektive genoptrænings- og rehabiliteringsforløb efter udskrivning på tværs af lovgivning og forvaltninger på social- sundheds-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet.
- Indgå i samarbejde med øvrige aktører (1).

Overordnet set, kan kommunen typisk visitere til:

- Genoptræning af bevægelsesfunktioner, mentale funktioner og andre relevante kropsfunktioner
- Støttende og kompenserende indsatser
- Socialpædagogisk bistand
- Specialundervisning for voksne
- Hjælpebidler
- Støtte til pårørende
- Botilbud.

For mere detaljeret beskrivelse se *bilag 3*, som er et skema over lovgrundlag for indsatser, der kan være relevante til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.

Der visiteres til konkrete indsatser med udgangspunkt i personens behov, motivation og ressourcer, og indsatserne tilrettelægges, så forudsætninger for varetagelsen af højt specialiserede indsatser og tilbud til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, kan imødekommes (1).

Det kan vise sig, at der er behov for en aktuel og supplerende udredning af personens funktionsevne på områder, som sygehuset ikke har kunnet udrede tilstrækkeligt under indlæggelse. Det kan fx være i relation til arbejdsmarkedstilknytning, uddannelse, boligforhold samt behov for hjælp og støtte efter serviceloven og/eller lov om specialundervisning for voksne (1).

### § Forpligtigelse til hurtig sagsbehandling - lov om retssikkerhed og administration på det sociale område § 3

Kommunalbestyrelsen er forpligtet til at behandle spørgsmål om hjælp så hurtigt som muligt med henblik på at afgøre, om borgeren har ret til hjælp og i så fald hvilken. Kommunalbestyrelsen skal på de enkelte sagsområder fastsætte frister for, hvor lang tid der må gå fra modtagelsen af en ansøgning til afgørelsen, skal være truffet.

Læs mere om kommunalbestyrelsens forpligtelse til hurtig behandling i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område § 3.

[Find bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område på retsinformation.dk](http://retsinfo.rts.dk)

### Intern koordinering i kommunen - hjerneskadekoordineringsfunktion

For at imødekomme behovet for koordinering og sammenhæng i personens forløb bør kommunen tilrettelægge og koordinere rehabiliteringsindsatsen. En lang række kommuner har erfaring med en hjerneskadekoordineringsfunktion, som kan gå på tværs af de relevante forvaltninger i kommunen. Typisk har hjerneskadekoordineringsfunktionen ansvar for, at:

- Understøtte, at personen og dennes pårørende har en tovholder/kontaktperson gennem forløbet.
- Deltage i udskrivningskonferencen og møde personen med kompleks erhvervet hjerneskade umiddelbart efter personens hjemkomst fra sygehus med henblik på at afdække behov ved hjemkomst og løbende, op igennem det første år.
- Understøtte en fælles målsætning i forløbet ud fra et samarbejde mellem personen med kompleks erhvervet hjerneskade, dennes pårørende og de involverede fagpersoner.
- Udarbejde en plan for rehabiliteringsindsatsen 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 personens ressourcer.

- Understøtte visitation og bevilling af indsatser.
- Understøtte koordinering og samarbejde i forløbet, herunder med eksterne tilbud.
- Støtte pårørende og henvise til relevante indsatser for pårørende (1; 72; 122).

Kommunerne kan med fordel være opmærksom på, at følgende oplyste kompetencer er til stede i en koordineringsopgave:

- Viden og erfaring inden for hjerneskaderehabiliteringsområdet, herunder kompetencer, der orienterer sig mod hele personens livssituation.
- Pædagogiske kompetencer og samarbejdskompetencer med henblik på at kunne rådgive, vejlede og konfliktløse på flere niveauer.
- Viden om lovgivning på området samt viden om eksisterende hjerneskaderehabiliteringstilbud, både internt i kommunen og hos eksterne leverandører.
- Analytiske færdigheder, herunder kompetencer inden for projekt og/eller projektledelse med henblik på at kunne udvikle og kvalificere den kommunale indsats og samarbejdet på hjerneskadeområdet.
- Kommunerne tilrettelægger indsatser, herunder koordineringen efter lokale forhold, med fokus på effektive indsatser på alle niveauer (1; 72; 122).

### Rehabilitering i kommunalt regi

De højt specialiserede tilbud, som kommunen bevilger til personen efter udskrivning fra sygehus, kan samarbejde med sygehuset, lokale, regionale og private tilbud/aktører samt VISO. Personen og eventuelt pårørende inddrages i forbindelse med fastlæggelse af de konkrete faglige indsatser. Ligeledes fastsættes, i samarbejde med personen og eventuelt pårørende, realistiske mål for det samlede genoptrænings- og rehabiliteringsforløb og for de enkelte indsatser.

### Matrikelløse indsatser

Rehabiliteringsindsatsen kan leveres som et matrikelfast tilbud eller som matrikelløse indsatser sammensat fra forskellige højt specialiserede tilbud. Det er de samme forudsætninger, der opstilles til de matrikelløse og matrikelfaste indsatser, selvom organiseringen er forskellig.

Ved matrikelløse indsatser modtager personen indsatser fra forskellige specialiserede tilbud, som samarbejder og tager ansvar for at koordinere indsatserne. Det, der karakteriserer matrikelløse indsatser, er:

- At indsatsen leveres af et interdisciplinært kompetent team.
- At indsatsen er med udgangspunkt i den enkelte persons behov.
- At teamet er nedsat ad hoc.
- At teamets medlemmer er sammensat fra flere højt specialiserede tilbud.

Matrikelløse indsatser forstås som indsatser, der er leveret i personens nærmiljø, herunder hjemme hos den enkelte eller andre steder, der kan danne ramme om en indsats. En matrikelløs indsats kan – ligesom en matrikelfast indsats – indeholde op til flere delindsatser, afhængigt af personens konkrete behov. Supervision, rådgivning eller lignende fra et højt specialiseret tilbud eller vidensmiljø<sup>18</sup> til de fagpersoner, der leverer indsatser til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, vil ikke alene kunne gøre en matrikelløs indsats til en højt specialiseret indsats. Højt specialiserede rehabiliteringstilbud, har bl.a. ansvar for at organisere højt specialiserede indsatser og tilbud, som et koordineret sammenhængende, interdisciplinært, intensivt og helhedsorienteret forløb – med fokus på timing og faglig koordination. Det betyder, at de højt specialiserede tilbud, matrikelfaste såvel som matrikelløse, skal koordinere indsatsen mht. indholdet i de respektive faggruppers indsats. Indsatserne skal have et fælles udgangspunkt i den samlede vurdering af personens funktionsevne. Der skal endvidere være fokus på rækkefølgen i indsatserne, så personen oplever et sammenhængende forløb, der understøtter målsætningen. Dertil kommer, at indsatsen bør bygge på et neuropsykologisk og neuropædagogisk fundament.

<sup>18</sup> 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.

## > Hjerneskadekoordineringsfunktionen

Jævnfør artikel i Hjerneskadeforeningens medlemsblad fra 2018, har Skive Kommune ansat en hjerneskadekoordinator i en fast stilling, da man her ønskede at understøtte et sammenhængende forløb, hvor borgeren havde støtte gennem hele forløbet. Hjerneskadekoordinator, Hanne Sandgaard fortæller, at hun er med til udskrivningsmøder fra sygehuset, så hun kan formidle og koordinere forløbet og få de rigtige på banen fra starten. Nogle borgere har hun kontakt med i flere år. Hun følger op på borgerne, fordi mange har svært ved selv at tage initiativ til at ringe. Nogle besøger hun med et vist interval, andre ringer hun til. Hanne er den kontaktperson, som de kan holde fast i, hvis noget er svært. For Hanne handler koordinatorjobbet rigtig meget om at skabe tryghed, og hun finder motivation i at besøge familierne, rådgive dem, og få deres hverdag til at fungere, så de får et godt liv på trods af hjerneskaden (145).

I Greve Kommune har de et hjerneskadeteam bestående af visitator, beskæftigelsesvejleder, socialrådgiver og fysioterapeut. Internt betragtes de alle som hjerneskadekoordinatorer, men det er Line Sørensen, fysioterapeut, som er koordinatoren udadtil. Line fortæller, at de har et ligeværdigt og fælles ansvar i teamet, men for at borgerne ikke skal ringe til fire forskellige, er hun tovholder udadtil. Som udgangspunkt er der én indgang til teamet. I teamet diskuterer de sager, fordele opgaver og videregiver ny viden til hinanden. Line kan umiddelbart kun se fordele ved at være fire i teamet. Det giver mulighed for, at hun helt "legalt" og uden at føle, at hun optager en andens tid, kan ringe og spørge til muligheder og løsninger i en bestemt situation. De andre gør det samme til hende, og det er rart at kunne finde en løsning sammen, der både imødekommer borgers behov og er inden for lovgivningens rammer. Line synes, det er mindre sårbart at være fire i teamet (145).

### Matrikelløs indsats

Jens er i slutningen af 20'erne og har pådraget sig en kompleks hjerneskade. Han er netop udskrevet til eget hjem, hvor hans videre rehabiliteringsforløb er organiseret som et matrikelløst tilbud.

Det matrikelløse tilbud består af indsatser fra et specialiseret hjerneskadecenter. På baggrund af den foreliggende udredning er det aftalt, at den ergoterapeutiske indsats har fokus på energiforvaltning, døgnrytme, sanseintegration, søvnhygiejne og genoptræning via dagligdags aktiviteter. Den neuropsykologiske indsats har fokus på psykoekation, indsigt og erkendelse, kognitiv træning med afsæt i daglige opgaver, som fx egen økonomi, netbank mv., samt samtaler med pårørende. Det overordnede mål for indsatsen er, at Jens skal øge sit funktionsniveau og opnå større selvstændighed.

Gennem hele forløbet er der et tæt tværsektorielt samarbejde. Indsats fra ergoterapeut på det specialiserede hjerneskadecenter foregår i tæt samarbejde med den kommunale ergoterapeut, hvor der ydes supervision og sparring i forhold til indsatsen. Det tætte samarbejde skal sikre kontinuitet i forløbet, når indsatsen fra det specialiserede hjerneskadecenter afsluttes og overgår til den kommunale ergoterapeut.

Der afholdes faste samarbejds møder mellem alle instanser, hvor Jens deltager med henblik på at sikre vidensdeling og koordinering af indsatser i forhold til det fælles mål for indsatsen. Møderne tager afsæt i en fælles rehabiliterings plan, hvor mål, indsatser, metode og videre plan beskrives.

### 5.1.2 Sociale botilbud

Voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, der i en periode har behov for omfattende hjælp til almindelige daglige funktioner, pleje og eller særlig behandlingsmæssig støtte som fx genoptræning, kan tilbydes et midlertidigt ophold i botilbud (2; 146). Der kan også være tale om situationer, hvor personer i en kort periode visiteres til et midlertidigt botilbud for at få udredt behov og for at finde frem til det rette fremtidige botilbud (146).

Tilbuddet skal bidrage til, at personen kan opnå størst mulig selvstændighed, trivsel, velvære og handlemuligheder i forhold til sig selv, sine omgivelser og sin fremtid. Indsatsen er tværfaglig og vil typisk bestå af ergo- og fysioterapeuter, neuropsykolog, logopæd, pædagoger, sygeplejerske mfl.

Sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser kan dog godt forenes med tilbud forankret i socialområdet. Man skal blot være opmærksom på de kvalitetskrav, der gælder for de sundhedsfaglige indsatser, og som et tilbud hermed skal leve op til.

#### § Midlertidige botilbud - lov om social service § 107

Kommunalbestyrelsen kan tilbyde midlertidigt ophold i boformer til borgere, som har behov herfor, på grund af betydelig nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Læs mere om midlertidigt ophold i botilbud i lov om social service § 107.

[Find lov om social service på retsinformation.dk](http://retsinformation.dk)

### 5.1.3 Specialundervisningstilbud

Kommunale eller regionale kommunikationscentre og lignende specialundervisningscentre leverer kompenserende specialundervisningsindsatser til målgruppen med henblik på at kompensere for hjerneskadens følger. Kommunikationscentre, som har specialister inden for hjerneskadeområdet, kan levere højt specialiserede indsatser i forhold til udredning og afprøvning af kommunikative og kognitive funktionsnedsættelser til borgere med kompleks erhvervet hjerneskade. Dette foretages gennem indlæring af nye indlæringsstrategier, opøvelse af nye funktionsmåder og gennem hjælp til selverkendelse. Hertil kommer kommunikationsundervisning, kompenserende undervisning i forhold til tekstsproglige vanskeligheder, hukommelses- og koncentrationstræning, strukturering, planlægning mv.

Visitation til specialundervisningstilbud kan ske på baggrund af fx udtalelser fra læger i forbindelse med genoptræningsplan til specialiseret rehabilitering eller efter henvisning fra kommunal myndighed. Tilbud om specialundervisning vil oftest være en af indsatserne i et længerevarende behandlings-, genoptrænings- og/eller rehabiliteringsforløb, hvor specialundervisningen kan udgøre en central del. Der vil, før specialundervisningen iværksættes, blive foretaget en udredning, der angiver, hvornår og på hvilke funktionsområder det er hensigtsmæssigt at iværksætte et undervisningsforløb (2).

Specialundervisningen vil foregå i en tidsbegrænset periode, hvor borgeren i samarbejde med underviseren sætter konkrete mål for, hvad der skal fokuseres på i undervisningen. Dette beskrives i en undervisningsplan. Undervisningen kræver aktivt deltagelse og motivation for at arbejde med vanskelighederne som følge af den erhvervede hjerneskade. Der kan dog i visse tilfælde være fx kognitive forstyrrelser, som sætter begrænsninger for en aktiv deltagelse, hvor undervisningen bør tilrettelægges derefter.

Ud over specialundervisning for voksne er der også andre undervisningstilbud til målgruppen. For unge under 25 år, som ikke kan gennemføre en ungdomsuddannelse på normale vilkår, er der i stedet mulighed for at tage en Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU) (147). For unge, som ikke er klar til en ungdomsuddannelse eller til at komme ud på arbejdsmarkedet, når de har



afsluttet folkeskolen, er der i stedet mulighed for, at den unge kan påbegynde den forberedende grunduddannelse (FGU) (148).

### § Specialundervisning – lov om specialundervisning for voksne § 1

Kommunalbestyrelsen skal sørge for, at borgere med fysiske eller psykiske handicap, der bor eller længerevarende opholder sig i kommunen, efter undervisningspligtens ophør kan få undervisning og specialpædagogisk bistand, der tager sigte på at afhjælpe eller begrænse virkningerne af disse handicap (kompenserende specialundervisning). I tilknytning hertil kan der etableres undervisning, som er tilrettelagt under hensyntagen til deltagerens handicap.

Læs mere om målgruppen for specialundervisning m.v. i lov om specialundervisning for voksne § 1.

[Find lov om specialundervisning for voksne på retsinformation.dk](#)

#### 5.1.4 Beskæftigelse

Kommunens tværfaglige rehabiliteringsteam behandler sager, inden kommunen træffer afgørelse om, hvorvidt en borger skal have et ressourceforløb, et nyt jobafklaringsforløb, fleksjob eller førtidspension. I sager om ressourceforløb, jobafklaringsforløb og i sygedagpengesager i visitationskategori 3, afgiver rehabiliteringsteamet herudover indstilling til, hvilken indsats borgeren skal have i forløbet. Voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, er en del af målgruppen, som behandles i rehabiliteringsteamet. Rehabiliteringsteamet er et dialog- og koordineringsforum, som skal sikre borgeren en tværfaglig koordinering og en helhedsorienteret indsats på tværs af forvaltninger og myndigheder. I teamet vil der være fokus på beskæftigelse og uddannelse, således den enkelte borger så vidt muligt får tilknytning til arbejdsmarkedet (149).

Når der er tale om voksne med komplekse og sammensatte problemer, hvor der kan, eller skal udarbejdes flere planer for indsatserne, og hvor det er forbundet med et koordinationsbehov, kan handleplanen erstattes af en helhedsorienteret plan, jf. lov om aktiv beskæftigelsesindsats § 46. Personen skal give samtykke til, at handleplanen erstattes af en helhedsorienteret plan (150).

De unge og voksne i forløbsbeskrivelsens målgruppe, som modtager uddannelseshjælp/kontanthjælp som aktivitetsparate, har ret til en koordinerende sagsbehandler, der skal sikre, at borgeren får en helhedsorienteret indsats, på tværs af forvaltninger og myndigheder. Personer i ressourceforløb, jobafklaringsforløb og sygedagpengemodtagere visiteret til kategori tre skal have tilknyttet en koordinerende sagsbehandler. Den koordinerende sagsbehandler skal sammen med personen udarbejde rehabiliteringsplanens indsatsdel samt varetage den løbende opfølgning og koordinering af indsatsen. Herunder bistå den koordinerende sagsbehandler kan samarbejde med hjerneskadekoordinatorfunktionen.

I praksis ses, at voksne med kompleks erhvervet hjerneskade, ofte ikke er klar til at deltage i arbejdsrettede aktiviteter i den første lange periode efter udskrivning fra sygehus. Ligeledes er erfaringen, at en del af målgruppen i løbet af det første år bliver afklaret til førtidspension.

### § Koordinerende sagsbehandler – lov om en aktiv beskæftigelsesindsats § 36

Borgere i visse målgrupper har ret til en koordinerende sagsbehandler, der skal sikre en helhedsorienteret indsats, som er tværfaglig og koordineret på tværs af de kommunale forvaltninger og andre myndigheder.

Læs mere om koordinerende sagsbehandler i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats § 36.

[Find lov om en aktiv beskæftigelsesindsats på retsinformation.dk](#)

### 5.1.5 Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation

Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) er en del af Socialstyrelsen og har opgaver fastlagt i serviceloven. VISO rådgiver kommuner og borgere samt kommunale, regionale og private tilbud. VISO kan fx rådgive om, hvordan kommunen kan tilrettelægge en faglig indsats, eller hvad et fagligt tilbud kan indeholde til personer med kognitive, fysiske og/eller sociale følger af hjerneskade. VISO's rådgivning er vejledende og kan bidrage til at styrke beslutningsgrundlaget hos kommunen, der har myndigheden til at træffe afgørelser om, hvad der kan sættes i værk i den enkelte sag (151).

### 5.1.6 Almen praksis

Almen praksis har følgende opgaver i forhold til genoptræning og rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade er (1):

- Fungere som gennemgående sundhedsfaglige kontaktperson
- Opfølgning og behandling af følgetilstande (eksempelvis depression, epilepsi) og komorbiditet efter udskrivning, eventuelt i samarbejde med sygehuset

- Opfølgning på følgetilstand, der har indflydelse på arbejdsevne og øvrige sociale forhold
- Vurdering af køreevne
- Henvise til sygehusbehandling, herunder til ambulante udredning, revurdering eller opfølgning, efter behov, både tidligt og sent i forløbet.

Almen praksis kan inddrages i samarbejde og dialog med kommunen og sygehuset, om forhold hos personer med erhvervet hjerneskade, som kan have indflydelse på, hvorvidt der skal iværksættes rehabiliterende indsatser, fx i forhold til multisygdomme.

Almen praksis kan desuden have kendskab til relevante tilbud i kommunerne og hos andre aktører, idet kendskab til andre aktørers indsatser er centralt for relevant viderehenvielse (1).

### 5.1.7 Bruger- og pårørendeorganisationer

Bruger- og pårørendeorganisationerne på hjerneskadeområdet, fx Hjernesagen og Hjerneskadeforeningen er centrale aktører, der kan bidrage med tilbud målrettet personer med erhvervet hjerneskade og pårørende. Det er væsentligt, at aktører, der er involveret i det konkrete

#### VISO

Lise er 61 år og har fået bevilget en døgnrehabiliteringsplads, efter hun fik en apopleksi i december 2019. Lise har svære kognitive følger, nedsat indsigt og dømmekraft samt global afasi. Medarbejderne oplever, at det er svært at samarbejde med Lise omkring rehabiliterende indsatser, da hun fysisk og verbalt afviser terapeuter og plejepersonalet. Det udfordrende samarbejde med Lise gør det svært for medarbejderne at lykkes med både plejeopgaver og genoptræning/rehabilitering. Kommunen har forsøgt logopædisk undersøgelse og træning, men dette har Lise også afvist. Lise er mobil, og meget styret af sine behov, og hun har flere gange forsøgt at forlade tilbuddet.

Hjerneskadekoordinatoren har søgt VISOs rådgivning ift. neuropædagogiske værktøjer til medarbejderne på døgnrehabiliteringstilbuddet samt viden om, hvad en langsigtet indsats kan indeholde, samt hvordan der skabes en hensigtsmæssig overgang til en anden bolig.

VISO tilbyder supplerende neuropsykologisk, logopædisk og ergoterapeutisk undersøgelse med henblik på at undersøge Lises kognitive og kommunikative ressourcer og vanskeligheder. Med afsæt i VISOs udredning samt viden fra fagpersoner og ægtefælle ydes der rådgivning til medarbejderne på rehabiliteringstilbuddet i forhold til neurofaglige strategier og tilgange. Der ydes endvidere rådgivning til hjerneskadekoordinatoren samt visiterende sagsbehandler i forhold til, hvilke tilgange og metoder en fremtidig indsats kan indeholde.

rehabiliteringsforløb, informerer personer med erhvervet hjerneskade og pårørende om de relevante bruger- og pårørendeorganisationer, da der i dette regi er tilbud, som supplerer indsatsene i rehabiliteringsforløbet.

For de fleste, som bliver ramt af en hjerneskade, eller som er pårørende til en person, som pludselig rammes, gør det at få kontakt til personer i samme situation en positiv forskel. Hjernesagen og Hjerneskadeforeningen har forskellige muligheder, når det gælder online netværksgrupper.

[Se mulighederne for online netværksgrupper fra Hjernesagen på hjernesagen.dk.](#)

[Se mulighederne for online netværksgrupper fra Hjerneskadeforeningen på hjerneskadet.dk.](#)

## 5.2 Koordination og samarbejde

En effektiv og effektfuld rehabilitering fordrer koordinering og samarbejde mellem sygehus, kommune, almen praksis og højt specialiserede rehabiliteringstilbud. Indsatsene iværksættes så tidligt som muligt med henblik på at maksimere udbyttet af indsatsene, da forsinkelse mindsker mulighederne for at opnå et så fuldt rehabiliteringspotentiale som muligt. Overlevering bør foregå med mulighed for god kommunikation mellem borger, pårørende, kommune, region og almen praksis.

### 5.2.1 Samarbejde og koordination mellem kommune og region

For voksne med kompleks erhvervet hjerneskade er det centralt, at rehabiliteringsindsatserne pågår kontinuerligt og med høj faglig kvalitet. Der er derfor behov for aftaler omkring styring og koordinering af området.

#### Rammeaftale

Kommunerne og regionen indgår årligt en rammeaftale om faglig udvikling, styring og koordinering af kommunale og regionale tilbud på social- og specialundervisningsområdet. Rammeaftalen 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 den nationale koordinationsstruktur i Socialstyrelsen, er et samarbejde mellem Socialstyrelsen 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.

#### Sundhedsaftale

Sundhedsaftalen er en aftale, som indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen, hvori der fastsættes rammer og målsætninger for samarbejdet mellem parterne inden for de områder eller de målgrupper, der indgås aftale om. Formålet med sundhedsaftalen er at bidrage til sammenhæng og koordinering af de forløb, der går på tværs af regioner og kommuner, med fokus på kvalitet, effekt og patienttilfredshed. Derudover er sundhedsaftalen en oplagt ramme for at understøtte sammenhæng i indsatsen mellem sundhedsområdet og andre tæt forbundne velfærdsområder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet. Man bør så vidt muligt koordinere sundhedsaftalen med andre aftaler, som har betydning for aktiviteterne på relevante områder for at skabe sammenhængende forløb (152).

### 5.2.2 Samarbejde på tværs af kommuner

Grundet særlige forudsætninger til højt specialiserede indsatser og tilbud, vil færre kommuner være i stand til at varetage rehabiliteringen på dette niveau (se afsnit 2.5). Det kan derfor være relevant for en lang række kommuner, at indgå aftaler med eksterne leverandører og/eller indgå i tværkommunale samarbejdsaftaler for at understøtte robusthed og kvalitet i indsatsene. Dette vil skabe større og mere fagligt bæredygtige vidensmiljøer med henblik på at opretholde højt specialiserede indsatser og tilbud til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade (144). I de tilfælde, hvor kommunen ikke har en samarbejdsaftale med en leverandør, som kan opfylde borgerens behov, bør kommunen også anvende leverandører, som de ikke har indgået samarbejdsaftaler med.

### **9K -samarbejdet**

I planområde Midt i Region Hovedstaden har de ni kommuner i kommuneklyngen omkring Herlev- og Gentofte Hospital samarbejdet om kvalitetsudviklingen af hjerneskadeområdet i flere år (Herlev, Rødovre, Gladsaxe, Egedal, Ballerup, Rudersdal, Gentofte, Lyngby-Taarbæk og Furesø). Der samarbejdes på flere planer, både kommunerne imellem, og mellem kommuner og hospital. Som eksempel kan nævnes, at: 1) kommunerne i snart fire år har samarbejdet om fælles dataregistrering og kompetenceudvikling, 2) kommuner og hospital som led i den forrige sundhedsaftale har gennemført et fælles modelprojekt fra 2017-2019 om bedre udskrivninger/overgange for apopleksipatienter i planområdet, 3) at hospitalet har inviteret kommunerne til at deltage i et helhedsledelsesforløb på området. Samlet set har de forskellige tiltag ført til, at der fra medio 2020 nedsættes en tværsektoriel indsatsgruppe med deltagelse af alle kommuner og hospital under samordningsudvalget i planområdet, som koordinerer og initierer tværsektorielle tiltag på hjerneskade området. Dette arbejde understøttes af en fast struktur for møder mellem de ni kommuners sundhedschefer samt et klyngenetværk af hjerneskadekoordinatorene, der fast har faglige drøftelser og sparring om forløbsprogrammer, lovgivning, genoptræningsplaner, borgersager samt fælles dataregistrering. Med hjerneskadekoordinatorenes faglige netværk er der skabt stærkt vidensmiljø tæt på borgerne.

## 6. EFFEKT



Implement Consulting Group (Implement) gennemførte i november 2015 evaluering af ti projekter om rehabiliteringsindsatsen for personer med erhvervet hjerneskade og har på baggrund af erfaringerne i projekterne, set en række sammenhænge mellem de styrkede indsatser og de kvalitetsmæssige og omkostningseffektivitetsmæssige resultater. I evalueringen har det ikke været muligt at isolere de enkelte faktorer virkning – tværtimod er det indtrykket, at kombinationer og samtænkning af de forskellige indsatser og virkemidler er forudsætningen for at opnå gode resultater.

I evalueringen opstiller Implement indikationer på, at styrket genoptræning og rehabilitering har økonomiske fordele. Hermed forstås, at den samlede investering i virkemidler og indsatser synes at være mindre end den samfundsøkonomiske gevinst, der ligger i at realisere det rehabiliteringspotentiale, personer med erhvervet hjerneskade hver især har (72).

Der måles ikke på livskvalitet, om end dette også kan være et væsentligt parameter for effekten af rehabilitering for denne målgruppe.

Nedenstående bør læses med et vist forbehold, da evalueringen er lavet på den brede målgruppe af mennesker med erhvervet hjerneskade og ikke kun udtaler sig i forhold til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade.

### **Styrket arbejdsmarkedstilknnytning**

I en række af projekterne er vurderingen, at der kan hentes en omkostningseffektivisering gennem en styrket tilknytning til arbejdsmarkedet for de personer, der har fået en hjerneskade. Både en fastholdelse af tilknytningen til arbejdsmarkedet for de personer, der ellers ville have fået tildelt fx førtidspension, og en endnu hurtigere tilbagevenden til arbejdsmarkedet for andre. Det bliver ligeledes fremhævet, at den forbedrede koordination i visitationsprocessen og ved overgange fra en type tilbud til en anden fører til bedre omkostningseffektivitet (72).

### **Rette tilbud til rette tid**

I projekterne er der gode erfaringer med en udgående indsats, hvor kommunen tager kontakt til personen allerede under indlæggelsen på sygehus. En rehabiliteringsindsats igangsat i umiddelbart forlængelse af sygehusbehandlingens afslutning sikrer, at tab af funktionsevne undgås pga. stilstand i overgangen. Det betyder samtidig, at omkostningseffektiviteten øges, fordi omfanget og intensiteten af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen sker med afsæt i det bedst mulige udgangspunkt (72).

### **Neurofaglige kompetencer**

I flere projekter er det vurderingen, at den målrettede genoptræningsindsats, leveret af medarbejdere med neurofaglige viden og kompetencer samt på rette graduerede niveau, har en positiv effekt på personens funktionsevne og dermed grad af selvhjulpethed. I forlængelse heraf kan man antage, at investeringen i kompetenceudvikling ikke blot er et effektivt, men også et nødvendigt virkemiddel for at sikre effektivitet, og formentlig omkostningseffektivitet af indsatserne til personer med erhvervet hjerneskade (72).

# 7. REFERENCER



1. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade – apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCl) – traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati. 2020.
2. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om kommunal rehabilitering. VEJ nr 9439 af 13/07/2011. s.l. : Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011.
3. Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborg-Centret. Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. s.l. : MarselisborgCentret, 2004.
4. Wade, DT. Describing rehabilitation interventions. *Clinical Rehabilitation*. 2005, Årg. 19, s. 811-818.
5. Group, New Zealand Guidelines. Traumatic Brain injury: diagnosis, acute management and rehabilitation. s.l. : Ministry of Health, 2006.
6. Socialstyrelsen. Rehabilitering, koordination og neurofaglighed. Om rehabilitering – mere en genskabelse af funktionsniveau. VIHS – Rehabilitering, koordination og neurofaglig – hjerneskadeområdet anno 2012. 2012, s. 11-16.
7. Wade, D. Goal Setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. Editorial. *Clin Rehab*. 2009, s. 291-295.
8. Slade, M. & Longden, E. The empirical evidence about mental health and recovery: how likely, how long, what helps? *BMC Psychiatry*. 2015.
9. Eplov, L.F. et al. Psykiatrisk og Psykosocial Rehabilitering, en recovery-orienteret tilgang. København : Munksgaard, 2010.
10. Topor, M. Borg et al. Not just an individual journey – social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*. 2011, s. 90-99.
11. Dahl, Thora og Schiøler, Gunnar. International klassifikation af funktionsevne, og funktionsnedsættelse og helbredstilstand. København : Munksgaard, 2009.
12. Anthony, W.A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psycho-social Rehabilitation Journal*. 1993, s. 11-23.
13. Glintborg, C. Rehabilitering – mere en genskabelse af funktionsniveau. VIHS – Videnscenter for Handicap, Hjælpemidler og Socialpsykiatri. 2012, s. 11-16.
14. Anthony, W. A Recovery Oriented Service System: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2000, s. 159-168.
15. Juliussen, F. B. Betydningen af feedback fra 'erfarings-eksperten' Den bedste indikator på, om indsatsen virker, får man ved at spørge borgeren selv. STOF. 26.
16. Glintborg, Chalotte og Birkemose, Dorthe. Hvis man havde set mig som menneske fremfor bare min skade. *Forskning i pædagogers profession og uddannelse*. 2018, Årg. 2, 1, s. 33-48.
17. Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. BEK nr 918 af 18/06/2020.
18. Sundheds- og Ældreministeriet, Børne- og Socialministeriet. Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner. VEJ nr 9538 af 02/07/2018. [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk). [Online] 2. Juli 2018. [Citeret: 10. Maj 2019.]
19. Socialstyrelsen. Model for tilbudsscreening i den nationale koordinationsstruktur. Odense : Socialstyrelsen, 2020.
20. Socialstyrelsen. Specialiseringsniveauer. Den nationale koordinationsstruktur. Odense : Socialstyrelsen, 2021.



21. Ergoterapeutforeningen. Ergoterapeutisk viden, færdigheder og kompetencer i neurorehabilitering – anbefalinger til ergoterapeutiske kompetenceprofiler i neurorehabilitering. [www.etf.dk](http://www.etf.dk). [Online] Oktober 2018.
22. Social- og Indenrigsministeriet – Bekendtgørelse af lov om social service. [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk). [Online] [Citeret: 8. Oktober 2019.]
23. Socialstyrelsen. Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. [www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk). [Online] 2014. [Citeret: 16. Marts 2020.]
24. Pallesen, Hanne. PhD afhandling. Fem år efter apopleksi – fra sygdom til handicap. [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk). [Online] 2011.
25. Glintborg, Chalotte. 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 rehabilitering med og uden kommunal koordination. [www.aau.dk](http://www.aau.dk). [Online] August 2015.
26. Social- og Indenrigsministeriet – Bekendtgørelse af lov om social service. [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk). [Online] [Citeret: 8. Oktober 2019.]
27. Undervisningsministeriet – Bekendtgørelse af lov om specialundervisning for voksne. [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk). [Online] [Citeret: 8. Oktober 2019.]
28. Wade, Derick T. What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. *Clinical Rehabilitation*. 2020, Årg. 34, 5, s. 571-583.
29. Wade, Derick T. Describing rehabilitation interventions. *Clinical rehabilitation*. 2005, Årg. 19, 8, s. 811-818.
30. Karol, Robert L. Team models in neurorehabilitation: structure, change, and culture change. *Neurorehabilitation*. 2014, 34, s. 655-669.
31. Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus BEK nr 918 af 22/06/2018.
32. Sundhedsstyrelsen. Hjerneskaderehabilitering – En medicinsk teknologivurdering. 2011.
33. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne – hos voksne med erhvervet hjerneskade. [www.sst.dk](http://www.sst.dk). [Online] 2020. [Citeret: 28. Oktober 2020.]
34. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne – hos voksne med erhvervet hjerneskade. 2020.
35. Johnson, Jessie. Inter-professional team collaboration in stroke survivor care: a review of the literature. *Perspectives*. 2015, Årg. 38, 2, s. 20-24.
36. Körner, Mirjam, et al. Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: a systematic review. *Journal of interprofessional care*. 2016, Årg. 30, 1, s. 15-28.
37. Andersen, Maja Lundemark, Brok, Pernille Nørlund og Mathiasen, Henrik. Empowerment på dansk. Frederikshavn : Dafolo, 2000.
38. Socialstyrelsen. Egen kraft: Empowerment og handicap. [www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk). [Online] [Citeret: 8. oktober 2019.]
39. Socialstyrelsen. Begrebsbasen – it-understøttede sociale begreber. [www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk). [Online] [Citeret: 8. Oktober 2019.]
40. Vliet, van Paulette, et al. Time to empower people with stroke. *Journal of Neurologic Physical Therapy*. 2015, Årg. 39, s. 139-141.
41. Levack, WMM, Weatherall, M og Hay-Smith, EJC. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. *Cochrane database systematic review*. 2015.

42. Rosewilliam, S., Roskell, C.A., Pandyan, A. A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clin. Rehabil.* 2011, s. 501-514.
43. Videnscenter for brugerinddragelse. Inspirationskatalog. Borgerinddragelse i kommunernes sundhedsopgaver. [www.danskepatienter.dk](http://www.danskepatienter.dk).
44. Yun, D. & Choi, J. Person-centered rehabilitation care and outcomes: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2019, s. 74-83.
45. Dörfler, E, Kulnik, TS. Despite communication and cognitive impairment - person-centred goal-setting after stroke: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation*. 2019, s. 1-10.
46. Medicine, European Academy of Rehabilitation, et al. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 7. The clinical field of competence: PRM in practice. *European journal of physical and rehabilitation medicine*. 2018, Årg. 54, 2, s. 230-260.
47. Rose, A, Rosewilliam, S og Soundy, A. Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: a systematic review. *Patient education and Counseling*. 2017, s. 65-75.
48. Wressle, E., Eeg-Olofsson, A.M. et al. Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2002, s. 5-11.
49. Levack, W.M.M. et al. Navigating patient-centred goal setting in inpatient stroke rehabilitation: how clinicians control the process to meet perceived professional responsibilities. *Patient Education and Counseling*. 2011, s. 206-213.
50. Kessler, D, et al. Goal setting dynamics that facilitate or impede a client-centered approach. *Scandinavian Journal of occupational Therapy*. 2018.
51. Bredland, Ebba Langum, Vik, Kjersti og Linge, Oddrun Anita. Det handler om verdighet og deltakelse : verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid. 2006.
52. Dekker, J og Groot, DV. Setting meaningful goals in rehabilitation: rationale and practical tool. *Rehabilitation in practice*. 2019, s. 1-10.
53. Parson, JGM, et al. How active are patients in setting goals during rehabilitation after stroke? A qualitative study of clinician perceptions. *Disability and Rehabilitation*. 2018, s. 309-316.
54. Forum for Danske Tale- Høre- og Synsinstitutter. Vejledning i udredning af kognitive vanskeligheder og kognitive kommunikationsvanskeligheder. [www.dths.dk](http://www.dths.dk). [Online] 2016.
55. Murphy, J. Enabling people with aphasia to discuss quality of life. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2000, s. 454-458.
56. Gillespie, A, Murphy, J og Place, M. Divergences of perspectives between people with aphasia and their family caregivers. *Aphasiology*. 2010, s. 1559-1575.
57. Stan, S, et al. Using Talking Mats to support conversations with people who are communication vulnerable: a scoping review. *Technology and Disability*. 2019, s. 1055-4181.
58. Murphy, J og Cameron, L. The effectiveness of Talking Mats with people with intellectual disability. *British Journal of Learning Disabilities*. 2008, s. 232-241.
59. Murphy, J og Gray, CM. The effectiveness of the Talking Mats framework in helping people with dementia to express their views on well-being. *Dementia*. 2007, s. 454-472.
60. Bornman, J og Murphy, J. Using the ICF in goal setting: clinical application using Talking Mats. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 2006, s. 145-154.

61. Ferm, U og Sahlin, A. Using Talking Mats to support communication in persons with Huntington's disease. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2010, s. 523-536.
62. Murphy, J og Boa, S. Using the WHO-ICF with Talking Mats to enable adults with long-term communication difficulties to participate in goal setting. *Augmentative and Alternative Communication*. 2012, s. 52-60.
63. Hagelskjær, V, et al. Canadian occupational performance measure supported by Talking Mats: an evaluation of the clinical utility. *Occupational therapy international*. 2019.
64. Rigsrevisionen. <https://www.neurorehabilitering.dk>. [Online] 2016. [Citeret: 5. Juni 2020.]
65. Sundhedsstyrelsen. Servicetjek af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser til mennesker med hjerneskade. Sundhedsstyrelsens afrapportering og anbefalinger til den fremadrettede indsats. [www.sst.dk](http://www.sst.dk) [Online] 2017. [Citeret: 5. Juni 2020.]
66. Glintborg, Charlotte. Analyse af kvalitative data indsamlet i forbindelse med projekt INDTRYK & UDTRYK i perioden 1.10.2019 til 1.10.2020. Ålborg : Center for Developmental and Applied Psychological Science, Aalborg Universitet, 2021. Analysen kan rekvireres ved henvendelse til et af de to Videnscentre for Neurorehabilitering i Øst- og Vestdanmark.
67. Odgaard, Lene. Analyse af kvantitative data indsamlet i forbindelse med projekt INDTRYK & UDTRYK i perioden 1.5.2019 til 1.4.2020. Hammel : Forskningsenheden, datamanager og forsker ved Regionshospitalet Hammel Neurocenter, 2021. Analysen kan rekvireres ved henvendelse til et af de to Videnscentre for Neurorehabilitering i Øst- og Vestdanmark.
68. Fredens, Kjeld. Mennesket i hjernen. En grundbog i neuropædagogik. København : Hans Reitzels Forlag, 2012.
69. Thybo, Peter. *Neuropædagogik. Hjerne, liv og læring*. København : Hans Reitzels Forlag, 2013.
70. Hjerneskerådgvningen. Håndbog i neuropædagogik. [www.neuropaedagog.dk](http://www.neuropaedagog.dk). [Online] [Citeret: 10. Oktober 2019.]
71. Birkmose, Dorthe. *Neuropædagogik*. [forfatter] E Wæhrens, A Winkel og HS Jørgensen. *Neurologi og neurorehabilitering*. København : Munksgaard, 2013.
72. Implement. Erfaringer fra puljen om styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade. s.l. : Sundhedsstyrelsen, 2015.
73. Cicerone, Keith, et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: systematic review of the literature from 2009 through 2014. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2019.
74. Sundhedsstyrelsen. NKR: Fysioterapi/ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade herunder apopleksi. [www.sst.dk](http://www.sst.dk). [Online] [Citeret: 10. Oktober 2019.]
75. Vanderbeken, Ines og Kerckhofs, Eric. A systematic review of the effects of physical exercise on cognition in stroke and traumatic brain injury. *Neurorehabilitation*. 2017, Årg. 40, s. 33-48.
76. Oberlin, Lauren E, et al. effects of physical activity on poststroke cognitive function. A meta analysis of randomized controlled trials. *Stroke*. 2017, s. 3093-3100.
77. Koch, Kristoffer Hennelund. Værdier og tilgange - set med historiske øjne. [forfatter] Annette Bischoff, et al. *Rehabilitering ude. Nye ressourcer og perspektiver i rehabilitering*. s.l. : Rehabiliteringsforum Danmark, Videnscenter om Handicap, Universitet i Sørøst-Norge, MarselisborgCentret, 2019.

78. Vejlefjord Rehabilitering. Naturen har stor betydning for en succesfuld rehabilitering. [www.vejlefjord.dk](http://www.vejlefjord.dk). [Online] [Citeret: November. 5 2019.]
79. Vibholm, Pernille, Christensen, Jeanette Refstrup og Pallesen, Hanne. Nature-based rehabilitation for adults with acquired brain injury: a scoping review. *International journal of environmental health research*. 2019.
80. Berg, Anne Marie, Sleimann, Janni og Nielsen, Marianne Telling. Neurorehabiliteringshuset ved Rigshospitalet Glostrup. [forfatter] Annette Bischoff, et al. Rehabilitering ude. Nye ressourcer og perspektiver i rehabiliteringen. s.l. : Rehabiliteringsforum Danmark, Videnscenter om Handicap, Universitet i Sørøst-Norge, MarselisborgCentret, 2019.
81. Østergaard, Lisa Gregersen, Jørgensen, Sidsel Seir og Riis-Djernæs, Line M. Ergoterapeutisk somatisk rehabilitering til voksne og ældre. [forfatter] Åse Brandt, Hanne Peoples og Ulla Pedersen. Basisbog i ergoterapi. København : Munksgaard, 2019.
82. Lindeløv, Jonas K, Overgaard, Rikke og Overgaard, Morten. Improving working memory performance in brain-injured patients using hypnotic suggestion. *Brain*. 2017, Årg. 140, s. 1100-1106.
83. Oakley, David A og Halligan, Peter W. Hypnotic suggestion: opportunities for cognitive neuroscience. *Nature reviews neuroscience*. 2013, Årg. 14, s. 565-576.
84. Lindeløv, Jonas, Overgaard, Rikke og Overgaard, Morten. The effect of hypnotic suggestion on cognition, sleep, patient-reported outcomes, and insight followed acquired brain injury. 2018.
85. Lerdal, A, et al. Post-stroke fatigue - a review. *Journal of pain and symptoms management*. 2009, Årg. 38, 6, s. 928-949.
86. Kirkevold, M, et al. Fatigue after stroke: manifestations and strategies. *Disability & rehabilitation*. 2012, Årg. 34, 8, s. 665-670.
87. Christensen, D, et al. Dimensions of post-stroke fatigue: a two-year follow-up study. *Cerebrovascular diseases*. 2008, Årg. 26, 2, s. 134-141.
88. Aarnes, Rannveig, Stubberud, Jan og Lerdal, Anners. A literature review of factors associated with fatigue after stroke and a proposal for a framework for clinical utility. *Neuropsychological rehabilitation*. 2019.
89. Taylor, S., Wallace, S.J. and Wallace, S.E. High-technology Augmentative and Alternative Communication in poststroke Aphasia: A review of the Factors That Contribute to Successful Augmentative and Alternative Communication Use. *American Speech-Language-Hearing Association*. 2019, s. 464-473.
90. Dammeyer, Jesper og Bøttcher, Louise. Kommunikationsstøtte til mennesker med erhvervede kommunikationsvanskeligheder. *Kommunikationshandicap i et pædagogisk og psykologisk perspektiv*. Frederiksberg : Samfundslitteratur, 2015.
91. Pilesjö, M S. Hvad er alternativ og supplerende kommunikation (ASK), og hvorfor er logopæder nødvendige inden for feltet? *Logos*. 75, 2015, s. 15-18.
92. Nicholas, M. and Connor, L.T. People with aphasia using AAC: are executive functions important. *Aphasiology*. 2017, s. 819-836.
93. Beukelman, D.R., Fager, S., Ball, L., & Diaz, A. AAC for adults with acquired neurological conditions: A review. *Augmentative and Alternative Communication*. 2007, s. 230-242.
94. Socialministeriet, Tværfaglig arbejdsgruppe nedsat af. *Mennesker med komplekse kommunikations*. 2013.

95. Dammeyer, J. & Bøttcher, L. Kommunikationshandicap – i et pædagogisk og psykologisk perspektiv. Frederiksberg : Samfundslitteratu, 2015.
96. Kagan, Aura. Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*. 1998, Årg. 12, 9.
97. Kagan, Aura, et al. Training volunteers as conversation partners using “Supported Conversations for Adults with Aphasia” (SCA): a controlled trial. *Journal of speech, language, and hearing research*. 2001, Årg. 44, s. 624-638.
98. Simmons-Mackie, Nina, Raymer, Anastasia og Cherney, Leora R. Communication partner training in aphasia: an updated systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2016, s. 2202-2221.
99. Socialstyrelsen. Hjælpemidler og velfærdsteknologi. [www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk). [Online] 19. november 2018.
100. Charters E, Gillett L, Simpson GK. Efficacy of electronic portable assistive devices for people with acquired brain injury: a systematic review. *Neuropsychological rehabilitation*. 2015, s. 82-121.
101. De Joode E, van Heugten C, Verhey F, van Boxtel M. Efficacy and usability of assistive technology for patients with cognitive deficits: a systematic review. *Clin.Rehabil*. 2010, s. 701-714.
102. Jamieson, M, et al. The efficacy of cognitive prosthetic technology for people with memory impairments: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychological rehabilitation*. 2014, s. 419-444.
103. Cruz G, Petrie S, Goudie N, Kersel D, Evans J. Text messages reduce memory failures in adults with brain injury: A single-case experimental design. *British Journal of Occupational Therapy* . 2016, s. 598-606.
104. Evald, L. Prospective memory rehabilitation using smartphones in patients with TBI. *Disabil.Rehabil*. 2017, s. 1-10.
105. Ferguson, S, Friedland, D og Woodberry, E. Smartphone technology: Gentle reminders Smartphone technology: Gentle reminders of everyday tasks for those with prospective memory difficulties post-brain injury. *Brain injury*. 2015, s. 583-591.
106. Gentry, T, et al. Personal digital assistants as cognitive aids for individuals with severe traumatic brain injury: A community-based trial. *Brain Inj*. 2008, s. 19-24.
107. Lannin, LA, Carr, B og R, Tate. A randomized controlled trial of the effectiveness of handheld computers for improving everyday memory functioning in patients with memory impairments after acquired brain injury. *Clinical Rehabilitation*. 2014, s. 470-481.
108. McDonald, A, et al. Google Calendar: A new memory aid to compensate for prospective memory deficits following acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2011, s. 784-807.
109. Doser, Karoline Bianca og Norup, A. Caregiver burden in Danish family members of patients with severe brain injury: the chronic phase. *Brain injury*. 2016, s. 1-9.
110. Norup, A, Petersen, J og Mortensen, EL. Relatives of patients with severe brain injury: Growth curve analysis of anxiety and depression the first year after injury. *Brain injury*. 2015, Årg. 29, 7-8, s. 822-829 .
111. Inzaghi, MG, De Tanti, A og Sozzi, M. The effects of traumatic brain injury on patients and their families. A follow-up study. *Eura Medicophysica*. 2005, Årg. 41, 4, s. 265-273.

112. Winstanley, J, et al. 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*. 2006, Årg. 21, 6, s. 453-466.
113. Schönberger, M, et al. A longitudinal study of family functioning after TBI and relatives' emotional status. *Neuropsychological rehabilitation*. 2010, Årg. 20, 6, s. 813-829.
114. Fonden, Egmont. Omsorgsmålingen. Når sorgen rammer - en undersøgelse af trivsel og støtte, når børn og unge oplever dødsfald eller sygdom i familien. København : Mandag Morgen Innovation ApS, 2013.
115. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge. Nationale anbefalinger for sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge. København : Sundhedsstyrelsen, 2012.
116. Forster, A, et al. Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012, Årg. Issue 11, Art. No.: CD001919.
117. Soendergaard, Pernille Langer, et al. A manual-based family intervention for families living with the consequences of traumatic injury to the brain or spinal cord: a study protocol of a randomized controlled trial. *Trials*. 2019, Årg. 20, s. 1-11.
118. Lehan, Tara, Flores, Lillian Steven og Arango-Lasprilla, Juan Carlos. Traumatic brain injury (TBI)/spinal cord injury (SCI) family intervention. *Top spinal cord injury rehabilitation*. 2016, Årg. 22, 1, s. 49-59.
119. Stevens, Lillian Flores, et al. Pilot study of a newly developed intervention for families facing serious injury. *Top spinal cord injury rehabilitation*. 2016, Årg. 22, 1, s. 49-59.
120. Susanne Reindahl Rasmussen, Eskild Klausen Fredslund og Laura Emdal Navne. Evaluering af kurset 'LÆR AT TACKLE hverdagen som pårørende' En spørgeskemaundersøgelse blandt kursister. København K. : VIVE -Viden til Velfærd. Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd, 2021.
121. Glintborg, C. & Krogh, L. 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*. 2015, s. 93-106.
122. Glintborg, C. Grib mennesket. En konceptuel og empirisk undersøgelse af koordineret rehabilitering: objektivet bio-psyko-socialt udbytte for voksne med erhvervet hjerneskade samt klienters og pårørendes oplevelse af rehabiliteringen med og uden koordination. Aalborg Universitet. [Online] 2015. [www.vbn.aau.dk](http://www.vbn.aau.dk)
123. Nochi, M. 'Loss of self' in the narratives of people with traumatic brain injury: a qualitative analysis. *Social Science & Medicine*. 1998, s. 869-878.
124. Levack, WM, Kayes, NM og Fadyl, JK. Experience of recovery and outcome following traumatic brain injury: a metasynthesis of qualitative research. *Disability and rehabilitation*. 2010, Årg. 32, 12, s. 986-999.
125. Muenchberger, H., Kendall, E. & Neal, R. Identity transition following traumatic brain injury: a dynamic process of contraction, expansion and tentative balance. *Brain Injury*. 2008, s. 979-992.
126. Gracey, F., Palmer, S., Rous, B., Psailia, K., Shaw, K., O'Dell, J., et al. Feeling part of things: Personal construction of self after brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2008, s. 627-650.
127. Glintborg, C. Disabled & not normal. Identity construction of adults following an Acquired Brain Injury. *Narrative Inquiry*. 2016, s. 1-22.

128. Beadle, E. J., Ownsworth, T., Fleming, J., & Shum, D. The impact of traumatic brain injury on self-identity: A systematic review of the evidence for self-concept changes. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2016, s. E12-E25.
129. Moldover, J. E., Goldberg, K. B., & Prout, M. F. Depression after traumatic brain injury: A review of evidence for heterogeneity. *Neuropsychology Review*. 2004, s. 143-154.
130. Cantor, J. B., Ashman, T. A., Schwartz, M. E., Gordon, W. A., Hibbard, M. R., Brown, M., et al. The role of self-discrepancy theory in understanding post-traumatic brain injury affective disorders: A pilot study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2005, s. 527-543.
131. Network, Scottish Intercollegiate Guidelines. Brain injury rehabilitation in adults. A national clinical. 2013.
132. Levack, W.M., Kayes, N.M. & Fadyl, J.K. Experience of recovery and outcome following traumatic brain injury: a metasynthesis of qualitative research. *Disability and Rehabilitation*. 2010, s. 986-999.
133. Mattingly, C. Den narrative udvikling i nyere medicinsk. *Tidsskrift for forskning i sygdom*. 2005, s. 13-39.
134. Glintborg, Charlotte. Narrative identity, discourse, and positioning. *Identity (Re)constructions After Brain Injury Personal and Family Identity*. s.l. : Routledge, 2019.
135. Nochi, M. Reconstructing self-narratives in coping with traumatic brain injury. *Social Science & Medicine*. 2000, s. 1795-1804.
136. White, M. *Narrativ teori*. 2006.
137. White, M. *Narrativ praksis*. 2006.
138. Graham, C.D., Gouick, J., Krahé, C., & Gillanders, D. A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*. 2016, s. 46-58.
139. Grønlund, C. *Acceptance and Commitment Therapy*. Charlotte Glintborg. Rehabiliteringspsykologi. En introduktion i teori og praksis. Aarhus : Aarhus Universitetsforlag, 2018.
140. Majumdar, S. & Morris, R. Brief group-based acceptance and commitment therapy for stroke survivors. *British Journal of Clinical Psychology*. 2019, s. 70-90.
141. Gilbert, P. Evolutionary approaches to psychopathology and cognitive therapy. Special Edition: Evolutionary psychology and cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 2002, Årg. 16, 3, s. 263-294.
142. Gilbert, P. Evolutionary. The evolution of shame as a marker of relationship security. [forfatter] R. W., Robins, & J. P. Tangney (Eds.) J. L. Tracey. *The self-conscious emotions: Theory and research*. s.l. : Guilford Press, 2007, s. pp. 283-309.
143. Asworth, F., Clarke, A., Jones, L, Jennings, C. and Longworth, C. An exploration of compassion focused therapy following acquired brain injury. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2015, s. 143-162.
144. VIVE og Holm-Petersen, Christina, Hjort-Enemark Topholm, Emmy og Sandberg Buch, Martin. *Evaluering af projektet: Tværsektorielt samarbejde om rehabilitering af borgere med apopleksi – Status på implementering, oplevede resultater og fremadrettede opmærksomhedspunkter*. København : VIVE – Viden til Velfærd Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2019.
145. Hjerneskadekoordination. Søgaard og Susan. 3, s.l. : Hjerneskadeforeningen, 2018.

146. Ankestyrelsen. Artikel: Botilbud skal matche borgerens behov. [www.ast.dk](http://www.ast.dk) [Online] 2015. [Citeret: 15. Januar 2020.]
147. Undervisningsministeriet. Bekendtgørelse af lov om ungdomsuddannelse for unge med særlige behov LBK nr 610 af 28/05/2019.
148. Undervisningsministeriet. Bekendtgørelse af lov om ungdomsuddannelse for unge med særlige behov Bekendtgørelse af lov om forberedende grunduddannelse LBK nr 606 af 24/05/2019.
149. Beskæftigelsesministeriet. Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats LOV nr 548 af 07/05/2019.
150. Social- og Indenrigsministeriet. Bekendtgørelse af lov om social service. LBK nr 1548 af 01/07/2021.
151. Socialstyrelsen. VISO. [www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk). [Online] [Citeret: 20. December 2019.]
152. Sundheds- og Ældreministeriet. Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. VEJ nr 9504 af 04/06/2018.
153. Sundhedsdatastyrelsen. Dataopgørelse vedrørende voksne med erhvervet hjerneskade. 2019.
154. Socialstyrelsen. Registeranalyse: Voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. 2016-9788, Socialstyrelsen : s.n., 2019.
155. Patienthåndbogen. [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) [Online] [Citeret: 21. April 2020.]
156. Bøttcher, Louise og Dammeyer, Jesper. Handicap-psykologi - en grundbog om arbejdet med mennesker med funktionsnedsættelser, 2. udgave. København: Samfundslitteratur. 2020
157. Danske tale-, høre- og synsinstitutioner. [www.dths.dk](http://www.dths.dk)
158. Monica Blom Johansson , Marianne Carlsson , Per Östberg & Karin Sonnander (2013) A multiple-case study of a family-oriented intervention practice in the early rehabilitation phase of persons with aphasia, *Aphasiology*, 27:2, 201-226
159. Simmons-Mackie N, Raymer A, Cherney LR. Communication Partner Training in Aphasia: An Updated Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2016 Dec;97(12)
160. Brunner, M., Hemsley, B., Togher, L. & Palmer, S. Technology and its role in rehabilitation for people with cognitive-communication disability following a traumatic brain injury (TBI). *Brain Injury*. 2017, Årg. 31, 8, s. 1028-1043.
161. Brandt, Å., Jensen, P.J., Schneekloth, S.M., Danø, S. & Sund, T. Information and Communication technologybased assistive technology to compensate for impaired cognition in everyday life: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*. 2020, Årg. 15, 7, s. 810-824.
162. Evald, L. Prospective memory rehabilitation using smartphones in patients with TBI. *Disability and Rehabilitation*. 2018, Årg. 40, 19, s. 2250-2259.



# 8. BILAG



## Bilag 1: Om forløbsbeskrivelsens 1. udgave

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 personens 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 forvaltningchefs niveau 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 personer og pårørende.

### Baggrund for forløbsbeskrivelsen

På baggrund af evalueringen af Kommunalreformen 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 personer, 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 kommunerne.

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 rehabiliteringsforløbet samt kommer med en række vejledende anbefalinger til kommunerne.

### Forløbsbeskrivelsens udarbejdelse

Den første forløbsbeskrivelse om "Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade" blev udgivet i 2016. Den reviderede udgave af forløbsbeskrivelsen er udarbejdet i 2019-2021 og udgivet i 2021.

I udgangspunktet reviderer Socialstyrelsen forløbsbeskrivelser 3 år efter første udgivelse og efterfølgende ved behov.

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.

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 Hjerneskode, 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 Nejest
- Socialstyrelsen, Mette Lund Møller
- Socialstyrelsen, Lene Wulff-Krogsø

Referencegruppen har bestået af repræsentanter fra relevante organisationer, kommuner og faglige eksperter. Referencegruppen har kvalificeret arbejdsgruppens arbejde løbende.

- Hjernesagen, Hysse Birgitte Forchhammer
- Hjernesagen, Maja Klamer Løhr
- Hjerneskadeforeningen, Nina Munch
- Københavns Universitet, Hana Mala Rytter
- Aalborg Universitet, Charlotte Glintborg
- 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-Krogsø

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
- Eksperter på det specialiserede socialområde (udpeget af Socialstyrelsen efter indstilling fra Det Frie Forskningsråd)
- Eksperter på det specialiserede specialundervisningsområde (udpeget af Socialstyrelsen og Undervisningsministeriet efter indstilling fra Det Frie Forskningsråd).

Forløbsbeskrivelsens 1. udgave er udarbejdet i perioden maj 2015 - maj 2016.

## Bilag 2: Forløbsbeskrivelsens revidering

Socialstyrelsen har i perioden maj 2019 til oktober 2021 revideret forløbsbeskrivelsen "Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade", der blev udgivet i 2016. Revideringen består overordnet af en gennemskrivning af den eksisterende tekst og indebærer:

- At der tilføjes beskrivelser af nye indsatser eller indsatser, der ikke allerede er beskrevet i den eksisterende forløbsbeskrivelse
- At eksisterende indsatser udfoldes, hvis der vurderes at være behov
- At forløbsbeskrivelsen er aktuel og dermed opdateret omkring væsentlige faktuelle ændringer om organisering, såfremt der er sket ændringer siden udgivelsen.

Anbefalingerne opdateres som konsekvens heraf.

Der har været nedsat en følgegruppe bestående af medlemmer af den oprindelige arbejdsgruppe og referencegruppe. Referencegruppe har bidraget til at kvalificere revideringen af forløbsbeskrivelsen.

Følgende personer har medvirket i revideringen af forløbsbeskrivelsen:

- Charlotte Glintborg, Aalborg Universitet
- Lone Aagaard, Region Midtjylland
- Birgitte Hysse Forchammer, Hjernesagen
- Charlotte B. Restrup, Silkeborg kommune
- Berit Thomsen, Tønder kommune
- Trine Schow, BOMI Roskilde
- Ina Merete Schmidt, Center for Hjerneskade
- Karen Sørensen, DTHS
- Lise Holten, KL
- Morten Lorenzen, Hjerneskadeforeningen
- Line Riddersholm, Sundhedsstyrelsen
- Line Knudsen, Børne- og Undervisningsministeriet/STUK
- Katrine Nørtoft, KL
- Lina Farci, STAR
- Katrine Stokholm, Danske Regioner
- Astrid Helene Riber, Vejle fjord Rehabilitering

- Sandra Gwizdala Paulsen, Kildebo, Center for Neurorehabilitering
- Britt Bondrup Bagger, Center for kommunikation og velfærdsteknologi
- Hanna Malá Rytter, Københavns Universitet
- Pernille Missel, ISAAC
- Jan C. L. Jensen, Hjerneskerådgivningen, Odense Kommune
- Kamilla Mercado, VISO
- Merete Stubkjær Christensen, Hammel Neurocenter
- Medarbejdere fra Socialstyrelsen

Udover ovenstående personer har også Thomas Maribo, Jonas Lindeløv og Jytte Isaksen bidraget med input og kvalificering af udvalgte afsnit.

### Bilag 3: Skema over lovgrundlag for indsatser

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

Livsfaser	Genoptræning	Undervisning	Person- og bostøtte	Beskæftigelsesrettede indsatser og ydelser	Uddannelsesrettede indsatser	Koordinering og handleplaner
<b>Ungdomsliv og voksenalv 18-65 år</b> <i>Forkortelser:</i> ABL – Lov om almene boliger m.v. – LBK nr 1877 af 27/09/2021 FGU – Lov om forberedende grunduddannelse – LBK nr. 606 af 24/05/2019 KHE – Lov om kompensation til handicappede i erhverv – LBK nr. 108 af 03/02/2020 LAB – Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats – LBK nr. 548 af 07/05/2019 LAF – Lov om arbejdsløshedsforsikring m.v. – LBK nr 215 af 12/02/2021 LAS – Lov om aktiv socialpolitik – LBK nr 241 af 12/02/2021 LSP – Lov om socialpension – LBK nr 234 af 12/02/2021 SEL – Lov om Social Service – LBK nr 1548 af 01/07/2021 SDP – Lov om sygedagpenge – LBK nr 1712 af 20/08/2021 SPS – Lov om specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelser – LBK nr. 69 af 28/01/2020	<b>Indsatser:</b> SEL § 83 a: Rehabiliteringsforløb SEL § 85 Socialpædagogisk bistand SEL § 86 Genoptræning SEL § 102: Behandling SUL § 140: Genoptræning efter udskrivning fra sygehus SUL § 140a; Vederlagsfri behandling hos fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenviisning	<b>Indsatser:</b> SPV: Lov om specialundervisning for voksne FGU – Lov om forberedende grunduddannelse STU – Lov om ungdomsuddannelse for unge med særlige behov	<b>Indsatser:</b> SEL § 82 a: Grupper baseret hjælp og støtte SEL § 82 b: Individuel tidsbegrænset socialpædagogisk hjælp og støtte SEL § 83: Personlig og praktisk hjælp SEL § 85: Socialpædagogisk bistand SEL § 107: Midlertidigt botilbud SEL § 108: Længerevarende botilbud SEL § 108a: Botilbud målrettet unge mellem 18-35 år ABL: §105 Botilbud	<b>Indsatser:</b> LAB kapitel 11: Virksomhedspraktik LAB kapitel 12: Løntilskud LAB kapitel 14: Vejledning og opkvalificering LAB kapitel 18: Jobafklaringsforløb LAB kapitel 19: Ressourceforløb LAB kapitel 20: Fleksjob LAB kapitel 21: Revalidering LAB kapitel 26: Mentorstøtte LAB kapitel 27 og 28 samt SEL §100: Hjælpe midler og dækning af nødvendige merudgifter SEL § 112-113: Hjælpe midler og forbrugsgoder KHE: kapitel 3 og 4: Personlig assistance KHE: § 3: Fortrinsadgang KHE kapitel 5: Løntilskud ved ansættelse af nydannede personer med handicap KHE kapitel 6: Hjælpe midler i forbindelse med løntilskudsansættelse Ydelser: LAS kapitel 6 c: Revalidering LAF: Lov om arbejdsløshedsforsikring m.v. (Dagpenge) SDP: Lov om sygedagpenge LAS § 22: Selvforsørgelses- og hjemrejseydelse og overgangsydelse LAS § 23: Uddannelseshjælp	<b>Indsatser:</b> SPS: Lov om specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelser Bekendtgørelse om særlige tilskud til specialpædagogisk bistand til ungdomsuddannelser, almene voksenuddannelser og forberedende grunduddannelse m.v. – BEK nr 1952 af 11/12/2020 Ydelser: SU-loven § 7 stk. 3: Særligt tillæg til SU ved funktionsnedsættelse.	<b>Indsatser:</b> LAB § 36: Koordination af sagsbehandlere til særlige målgrupper LAB kapitel 8: Planer mv. – Herunder "min plan", "rehabiliteringsplan" og "helhedsorienteret plan" Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus – BEK nr. 918 af 22/06/2018 §1: Genoptræningsplan

Livsfaser	Genoptræning	Undervisning	Person- og bostøtte	Beskæftigelsesrettede indsatser og ydelser	Uddannelsesrettede indsatser	Koordinering og handleplaner
<b>Ungdomsliv og voksenalder 18-65 år</b> <i>Forkortelser: (fortsat)</i> SPV – Lov om specialundervisning for voksne – LBK nr 1653 af 09/08/2021 STU – Lov om ungdomsuddannelse for unge med særlige behov – LBK nr. 610 28/05/2019 SUL – Sundhedsloven – LBK nr. 903 af 26/08/2019 SU-loven – Lov om statens uddannelsesstøtte – LBK nr. 1037 af 30/08/2017				LAS § 25: Kontanthjælp LAS kapitel 6a: Ressourceforløbsydelse til personer i ressourceforløb LAS kapitel 6b: Ressourceforløbsydelse til personer i jobafklaringsforløb LAS kapitel 7: Ledighedsydelse LSP kapitel 3: Førtdspension		
<b>Seniorliv og alderdom 65-75</b> <i>Forkortelser:</i> ABL – Lov om almene boliger m.v. – LBK nr 1877 af 27/09/2021 LSP – Lov om socialpension – LBK nr 234 af 12/02/2021 SEL – Lov om Social Service – LBK nr 1548 af 01/07/2021 SPV – Lov om specialundervisning for voksne – LBK nr 1653 af 09/08/2021	SEL § 83 a: Rehabiliteringsforløb SEL § 85 Socialpædagogisk bistand SEL § 86 Genoptræning SEL § 102 Behandling SUL § 140 Genoptræning efter udskrivning fra sygehus	SPV: Lov om specialundervisning for voksne	SEL § 82 a: Grubebaseret hjælp og støtte SEL § 82 b: Individuel tidsbegrænset socialpædagogisk hjælp og støtte SEL § 83 Personlig og praktisk hjælp SEL § 85 Socialpædagogisk bistand SEL § 107: Midlertidigt botilbud SEL § 108: Længerevarende botilbud ABL § 105 Botilbud	LSP kapitel 2: Folkepension		

## Bilag 4: Baggrund for udvælgelse af tilgange og 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.

Til den reviderede udgave af forløbsbeskrivelsen er der foretaget en række litteratursøgninger efter indsatser til målgruppen. I juli 2019 er der foretaget brede indsats-søgninger i forhold til borgerinddragelse, empowerment og kommunikation. I perioden oktober – december 2019 blev der yderligere foretaget litteratursøgninger på en lang række navngivne indsatser.

Disse søgninger er foretaget i de internationale referencedatabaser PsycInfo, Cinahl, Socindex og Eric (via EBSCO) samt Social Science Citation Index. Litteratursøgningen på Neuropædagogik er dog udelukkende foretaget i danske kilder.

Inklusionskriterierne er de samme som til den oprindelige litteratursøgning – dog er tidsafgrænsningen for søgningen ændret til publikationsår 2010 – 2019.

Den første sortering af litteraturen er sket på baggrund af studiets abstracts med henblik på at udvælge studier, der omhandler de indsatser, som Socialstyrelsen og følgegruppen har udvalgt som værende relevante at medtage i forløbsbeskrivelsen. De udvalgte studier er efterfølgende vurderet på baggrund af graden af evidens for metodens effekt, samt hvorvidt målgruppen er repræsenteret i studiet. Kvalificering af den udvalgte litteratur er også sket, ved at videnspersoner inden for de beskrevne tilgange og metoder, samt følgegruppen, har kommenteret på valg af litteratur samt bidraget med supplerende litteratur. Derudover er der indhentet supplerende litteratur på baggrund af udvalgte artiklers referencer.

Den litteratur, som er anvendt som reference til beskrivelse af konkrete udvalgte indsatser, er deklareret efter Socialstyrelsens vidensdeklaration.

## Bilag 5: Vidensdeklaration

Vidensdeklarationen er Socialstyrelsens værktøj til at afspejle vidensgrundlaget for indsatser og metoder på det sociale område. Deklarationen anvendes, fx på Vidensportalen, så kommuner og andre aktører på det sociale område kan danne sig overblik over vidensgrundlaget bag en konkret social indsats eller metode.

Fastlæggelsen af scoren (A til D) er baseret på en samlet og begrundet faglig vurdering – ikke på objektive kriterier. Vurderingen foretages på baggrund af skriftligt materiale om metoden eller indsatsen.

### Fysisk træning

#### Målgruppen

Målgruppen er afgrænset til voksne med følger efter apopleksi eller traumatisk hjerneskade. Det er i langt overvejende grad den brede målgruppe af voksne med erhvervet hjerneskade, som inkluderes i originalstudierne. I en del af originalstudierne afgrænses målgruppen ud fra kriterier for graden af kognitive vanskeligheder, og i en mindre del af originalstudierne afgrænses målgruppen udelukkende på baggrund af kriterier som diagnose, alder og fysisk funktionsevne. På den baggrund tildeles vidensgrundlaget for indsatsens målgruppe scoren C.

*Væsentlig viden om målgruppen, man bør være opmærksom på:* Der kan være usikkerhed omkring, hvorvidt der er et sammenfald mellem studierne målgruppe og målgruppen for forløbsbeskrivelsen eftersom:

- træningen i overvejende grad forudsætter et fysisk funktionsniveau, som ikke alle i målgruppen for forløbsbeskrivelsen kan forventes at have.
- kognitive vanskeligheder ikke er et inklusionskriterie i alle originalstudier, og derfor ikke muligt at afgøre præcist, hvorvidt alle studier er repræsentative for målgruppen.

#### Metode

Indsatsen bygger på en hypotese om, at fysisk træning har en positiv effekt på kognitive vanskeligheder. Originalstudierne præsenterer meget forskellige former for fysisk aktivitet som spænder fra konditionstræning, mobilitetstræning, yoga, mindfulness, golf m.fl.. Ind-

satsen er i langt overvejende grad beskrevet i form af et manualiseret program og i få af originalstudierne er beskrivelsen mere baseret på de virksomme elementer, som skal indgå i træningen. Indsatsens intensitet og varighed fremgår af programmet. For nogle af programmerne forudsætter det remedier som fx løbebånd, træningscykel, særligt træningsredskab. Indsatsen tilpasses i de fleste programmer den enkeltes fysiske niveau. Indsatsen foregår i langt overvejende grad i et form for træningslokale, men for nogle programmer foregår det også i hjemmet. I originalstudierne varetages indsatsen af forskellige fagpersoner, og det fremgår ikke i alle studier, om det forudsætter særlige faglige kompetencer. Der ses en tendens til, at det i overvejende grad er fysioterapeuter, som varetager indsatsen. På den baggrund tildeles vidensgrundlaget for indsatsens metode scoren B.

*Væsentlig viden om indsatsen, man bør være opmærksom på:* Indsatsen omhandler mange forskellige typer af træningsprogram. I originalstudierne fremgår det typisk ikke, om indsatsen indgår som en del af et samlet rehabiliteringsforløb, hvilket må formodes at være tilfældet i en dansk sammenhæng. I originalartiklerne indgår ikke beskrivelse af personens oplevede effekt af indsatsen.

#### Implementering

Det fremgår ikke af originalstudierne, hvorledes indsatsen implementeres i en rehabiliteringskontekst. På den baggrund tildeles vidensgrundlaget for indsatsens metode implementering C.

*Væsentlig viden om implementering af indsatsen, man bør være opmærksom på:* I Danmark er fysisk træning allerede eksisterende indsats i rehabilitering af mennesker med erhvervet hjerneskade. Det formodes derfor, at der foreligger praksiserfaringer med indsatsen, når det handler om genoptræning af fysiske funktionsnedsættelser. Disse erfaringer kan derfor bidrage i implementering af fysisk træning med henblik på genoptræning af kognitive vanskeligheder. I originalstudierne fremgår ikke overvejelser omkring, hvorvidt motivation for fysisk træning er et afgørende parameter.

#### Effekt

De to reviews konkluderer, at fysisk træning har positiv effekt på kognitive vanskeligheder. I enkelte originalstu-

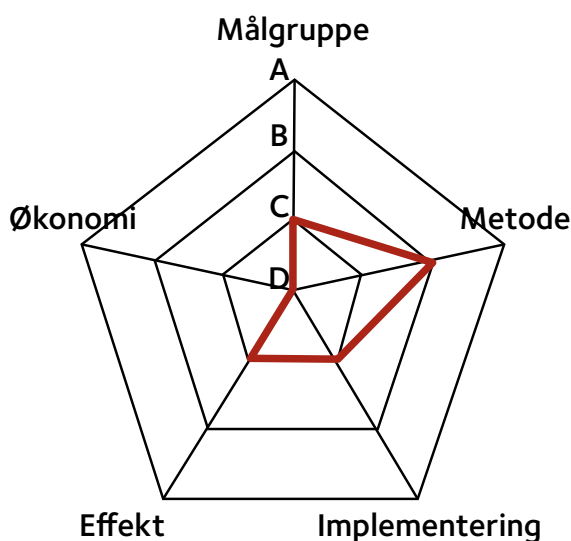


dier viser fysisk træning ikke effekt på kognition. De to reviews inkluderer studier, som langt overvejede er designet som RCT, CCT og CT. Effekten er målt ved hjælp af validerede test. I en overvejende del af originalstudierne anvendes validerede test, der udelukkende måler på kognitive funktioner, og i en mindre del af originalstudierne måles kognition på validerede test, der retter sig mod ADL færdigheder. En del af originalstudierne måler også på langtidseffekten, men kun få af studierne rapporterer en langtidseffekt af indsatsen. Der er ikke beskrevet negative sideeffekter ved indsatsen. På den baggrund tildeles vidensgrundlaget for indsatsens effekt scoren C.

*Væsentlig viden om effekten af indsatsen, man bør være opmærksom på:* Originalstudierne inkluderer en bred målgruppe, hvilket kan medføre en usikkerhed omkring, hvorvidt effekten af indsatsen også er gældende for målgruppen for forløbsbeskrivelsen. Der er studier, hvor der ikke ses effekt af fysisk træning på kognition. I de to reviews foreligger der ikke nordiske, herunder danske studier. I review'et af Vanderbeken fremgår det, at tiden efter skaden og træningsprogrammets længde er en medierende faktor, hvilket betyder, at de kan have indflydelse på effekten af indsatsen.

#### Økonomi

Der foreligger ikke økonomiske beregninger på indsatsen. På den baggrund tildeles vidensgrundlaget for indsatsens økonomi scoren D.



## Samtalestøtte (SCA)

### Målgruppen

Målgruppen er afgrænset til voksne med erhvervet hjerneskade med moderat til svær afasi og deres pårørende. Der er tale om en målgruppe, som har funktionsnedsættelser indenfor det mentale/kognitive område, hvormed studiet rammer lige ind i målgruppen for forløbsbeskrivelsen for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. Der er klare in- og eksklusionskriterier i form af konstateret afasi og tillige støtteredskaber i form af validerede screenings- og testredskaber til at udrede dette. Der mangler beskrivelser af inddragelse, motivation og fasholdelse af de pårørende og den afasiramte, som indsatsen er målrettet. På den baggrund tildeles vidensgrundlaget for indsatsens målgruppe scoren A.

### Metode

Uddannelsen i SCA er beskrevet, og de elementer, der indgår i kurset, skal medvirke til at gøre samtalepartnere kvalificeret til at kunne indgå i en samtale med en borger med svær afasi. Eftersom metoden anvendes i alle samtale situationer i løbet af dagen, omhandler metoden ikke en beskrivelse af, hvilken kontekst og rammer, der skal være til stede, for at metoden kan praktiseres. SCA omhandler værktøjer til fagpersoner, der skal samtale med afasiramte. Det er ikke beskrevet, hvordan fagpersoner/samtalepartnere som led i metoden systematisk bør reflektere over faglige aktiviteter og handlinger. På den baggrund tildeles vidensgrundlaget for indsatsens metode scoren B.

*Væsentlig viden om effekten af indsatsen, man bør være opmærksom på:* Der er ikke beskrivelse af, hvorledes metoden anvendes i samspil med den afasiramte.

### Implementering

Der er en certificeret uddannelse af SCA undervisere. Praktikere, der skal udøve SCA, skal deltage på et kursusforløb, da dette vil understøtte implementering af SCA. Der er danske udbydere af kursus til fagpersoner, og der foreligger beskrevne danske erfaringer med implementering af SCA på en stor neurologisk afdeling. Dog er der ingen implementeringsstudier fra kommunal praksis, hvilket er væsentligt i denne sammenhæng. Der er på tværs af de inkluderede studier stor spredning ift. kommunikationspartneren ift. fx alder, køn, baggrund

mm., hvilket er en fordel ift. at der er forskellige mennesker, som man kan spejle sig i. Der mangler i flere af studierne beskrivelse af erfaringer med rekruttering af borgere og andre væsentlige kontekstuelle forudsætninger for indsatsens succes, ligesom det er mangelfuldt beskrevet, hvordan der arbejdes med motivationen. På den baggrund tildeles vidensgrundlaget for indsatsens implementering scoren C.

*Væsentlig viden om effekten af indsatsen, man bør være opmærksom på:*

Der foreligger ikke erfaringer med implementering af SCA på socialområdet, men metoden anvendes på nogle rehabiliteringstilbud.

### Effekt

RCT studiet viser en effekt størrelse, der har klinisk betydning, ligesom mixed-method studiets kvalitative del konkluderer, at der er positive oplevelser i kommunikationen med afasiramte med brugen af SCA. Der mangler danske erfaringer og effektmålinger af SCA i kommunal sammenhæng. Der er i de inkluderede studier primært fokus på den kroniske fase, ligesom en mindre validitetstrussel kan være den varierende grad af træning af samtalepartneren, som kan have en betydning ift. effekt størrelse, idet den kan være medieret af længden af træning/undervisning. På den baggrund tildeles vidensgrundlaget for indsatsens effekt scoren B.

*Væsentlig viden om effekten af indsatsen, man bør være opmærksom på:* Resultater fra studiet af Blom et al, (158) som er et af de inkluderede studier i reviewet af Simmons-Mackie, (159) omtaler diversiteten i de behov, som såvel personen med afasi som kommunikationspartner kan have. Noget, som de mener, bekræfter nødvendigheden af at individualisere indsatsen til både den afasiramte og dennes kommunikationspartner.

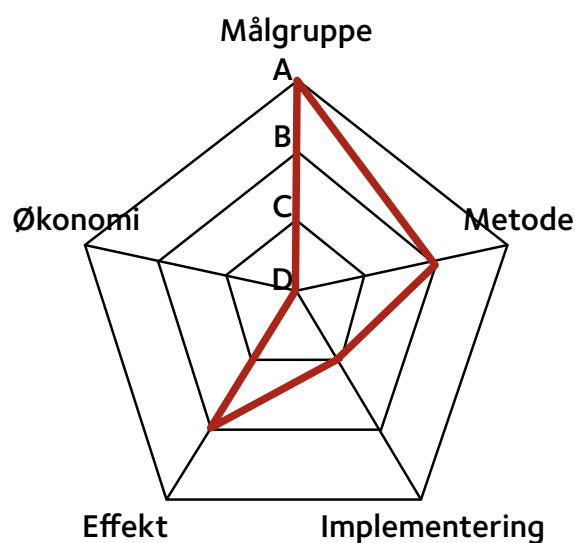
### Økonomi

Der foreligger ikke økonomiske vurderinger. På den baggrund tildeles vidensgrundlaget for indsatsens økonomi scoren D.

## Smartphone og PDA

### Målgruppe

Målgruppen er overordnet afgrænset til at være mennesker med erhvervet hjerneskade og andre kognitive



og kommunikative funktionsnedsættelser. Artiklen af Nova Brunner (160) omfatter kun målgruppen voksne med traumatisk hjerneskade, mens Brandt et al. inkluderer en bred gruppe af diagnoser, som har det til fælles, at de har nedsat kognition og/eller hukommelse. Der er her kun konkluderet på de af Brandt et al.s (161) studier, som er lavet ift. voksne med erhvervet hjerneskade. Alle de medtagne studier har opsat en række inklusionskriterier, men disse varierer på tværs, ligesom der er forskel på, hvor stort et kontinuum ift. sværhedsgrad af deltagernes erhvervede hjerneskade, studierne dækker. Dog vil de fleste personer, som oplever kognitive vanskeligheder i form af nedsat hukommelse være ramt i moderat til svær grad. På den baggrund tildeles vidensgrundlaget for indsatsens målgruppe scoren B.

### Metode

Indsatsen tager udgangspunkt i nogle kompensatoriske strategier, hvilket er en anerkendt strategi til denne målgruppe, når det gælder kognitive vanskeligheder. Det fremhæves i mange af studierne, at træning i brug af den teknologiske løsning er nødvendig. Enkelte af studierne nævner specifikke trænings tilgange, fx pædagogisk eller ergoterapeutisk tilgang, mens ellers er det generelt mangelfuldt beskrevet, hvilke kompetencer fagprofessionelle bør have for at kunne udbyde lign. intervention. Der er tale om en række forskellige redskaber (teknologier), som alle har det samme formål, nemlig at kompensere for nedsat hukommelse, bl.a. PDA, smartphones, stemme/lyd optager m.m., og grundet variationen i de inkluderede teknologier er det

vanskeligt at udtale sig om metodefidelitet. De inkluderede studier følger op på interventionen med forskellig interval, ligesom varighed af træningssessioner varierer på tværs af studierne. Trods forskelle mellem teknologier har alle det fællestræk, at formålet er at kompensere for – eller muliggøre gennemførelse af almindelig daglige gøremål og aktiviteter. På den baggrund tildeles vidensgrundlaget for indsatsens metode scoren B.

*Væsentlig viden om indsatsen, man bør være opmærksom på:* Produkterne skal skræddersyes til brugernes behov og brugere uddannes i brug af produktet.

### Implementering

Der er i søgningen ikke fremkommet nogle implementeringsstudier, hvorfor der generelt mangler viden om forudsætninger, rammer, refleksioner osv. Fire af studierne rapporterer dog undervisning/uddannelse, som en del af gennemførelsesprocessen uden specifikke oplysninger om, hvor meget tid der blev brugt på træning med brug af hjælpemidlet. I Danmark foregår indsatsen primært ude på landets kommunikationscentre, og meget af den viden, som der er på området, er fortsat at betragte som tavs viden, hvilket ikke er hensigtsmæssigt i en implementeringssammenhæng. Der er dog fokus på området, og i den anvendte litteratur indgår da også et dansk studie. På den baggrund tildeles vidensgrundlaget for indsatsens implementering scoren C.

### Effekt

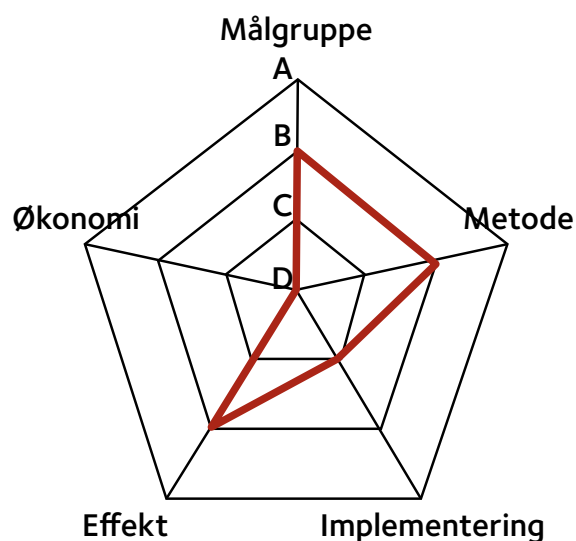
Der foreligger op til flere forskningsstudier vedrørende målgruppen af voksne med erhvervet hjerneskade. Der er primært tale om RCT studier (fem af disse vedrørende voksne med erhvervet hjerneskade) og/eller kohorte studier (tre af studierne omhandlede traumatisk hjerneskade). Der redegøres for undersøgelses- og forskningsdesign, og indsatsen viser, positiv effekt for så vidt gælder, at smartphones, PDA'er og påmindelsesalarmer kan forbedre hukommelsen, især hos personer med erhvervet hjerneskade. Desuden kan PDA'er og lignende produkter med prompt funktion forbedre udførelsen af opgaver for mennesker med kognitive funktionsnedsættelser. Nogle af de inkluderede studier fremhæver, at den ramte bruger sin omsorgsperson mindre som følge af, at de oplever effekt af interventionen, mens andre i målgruppen oplever en højere tilfredshed med aktiviteten. Der er flere af studierne, som ikke er af høj

kvalitet, ligesom det ikke er alle studier, som har målt på langtidseffekten af indsatsen. På den baggrund tildeles vidensgrundlaget for indsatsens effekt scoren B.

### Økonomi

Der er ingen økonomiske beregninger og/eller omkostningsvurderinger i det fremsøgte materiale. På den baggrund tildeles vidensgrundlaget for indsatsens økonomi scoren D.

*Væsentlig viden om økonomien ved indsatsen, man bør være opmærksom på:* Et studie af Evald et al. (162) valgte at se på et mainstream produkt (mobil telefon). Hovedformålet med studiet var at undersøge, om systematisk brug af billige, ikke special tilpassede, smartphone telefoner i kombination med internetkalendere er en effektiv hukommelsesstøtte til borgere med traumatisk hjerneskade. Indsatser, som bygger på mainstream produkter, som indgår i sædvanligt indbo, gør indsatsen mere tilgængelig og billig. Evald et al. konkluderer, at der i tilfælde, hvor mainstream produkter kan anvendes til at kompensere målgruppen for kognitive-kommunikative funktionsnedsættelser, er tale om en billig indsats, men at der ikke er lavet konkrete beregninger på dette. Evald et al. peger dog selv på, at 'off the shelves' teknologi kan give udfordringer for fagprofessionelle og forskere, for så vidt det gælder, at dokumentere udvikling og fremgang, når man ikke kan standardisere mål på tværs af forskellige devices og styresystemer.



## Bilag 6: Oversigt over litteraturen til beskrivelse af bærende principper

Litteratur	Design	Målgruppe
<b>Udredning og dokumentation</b>		
Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade – apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI) – traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati, 2020		Hele målgruppen af voksne med erhvervet hjerneskade
Rehabiliteringsforum Danmark og MarselisborgCentret. Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, 2004	Hvidbog	Hele rehabiliteringsområdet
Sundhedsstyrelsen. Hjerneskaderehabilitering – En medicinsk teknologivurdering, 2011		Hele målgruppen af personer med erhvervet hjerneskade
Bekendtgørelse om genoptræningsplaner		Målgruppen for genoptræning
Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne – hos voksne med erhvervet hjerneskade, 2020		Hele målgruppen af voksne med erhvervet hjerneskade
<b>Interdisciplinært teamsamarbejde</b>		
Karol, Robert L. Team models in neurorehabilitation: structure, change, and culture change. Neurorehabilitation. 2014, 34, s. 655–669		Målgruppen for neurorehabilitering
Johnson, Jessie. Inter-professional team collaboration in stroke survivor care: a review of the literature. Perspectives. 2015, Årg. 38, 2, s. 20–24	Review	Målgruppen for behandling og rehabilitering
Körner, Mirjam, et al. Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: a systematic review. Journal of interprofessional care. 2016, Årg. 30, 1, s. 15–28	Review	Målgruppen efter udskrivning fra sygehus (kronisk)
Wade, D. Goal Setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. Editorial. Clin Rehab. 2009, s. 291–295	Editorial	Rehabiliteringsområdet
<b>Empowerment</b>		
Socialstyrelsen. Egen kraft: Empowerment og handicap 2017	Pjecen om 10 initiativer, der kan støtte unge og voksne i at opnå øget tro på egne ressourcer og øget handlekraft.	Hele målgruppen af voksne med erhvervet hjerneskade
Andersen, Maja Lundemark; Brok, Pernille Nørlund; Mathiasen, Henrik. Empowerment på dansk, 2000	Bog	Ingen specifik målgruppe
Vliet, van Paulette, et al. Time to empower people with stroke. Journal of Neurologic Physical Therapy. 2015, Årg. 39, s. 139–141	Guest editorial	Personer med apopleksi
Begrebsbasen – it-understøttede sociale begreber <a href="http://www.socialstyrelsen.dk">www.socialstyrelsen.dk</a>		Ingen specifik målgruppe
<b>Borgerinddragelse</b>		

Litteratur	Design	Målgruppe
Sundhedsstyrelsen. Hjerneskaderehabilitering – En medicinsk teknologivurdering, 2011		Hele målgruppen af personer med erhvervet hjerneskade
Levack, WMM, Weatherall, M og Hay-Smith, EJC. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. Cochrane database systematic review. 2015	Review	Personer med erhvervet funktionsnedsættelse
Rosewilliam, S., Roskell, C.A., Pandyan, A. A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. Clin. Rehabil. 2011, s. 501–514	Review	Personer med apopleksi
<b>Målsætning</b>		
Levack, WMM, Weatherall, M og Hay-Smith, EJC. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. Cochrane database systematic review. 2015	Review	Personer med erhvervet funktionsnedsættelse
Rehabiliteringsforum Danmark og MarselisborgCentret. Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, 2004	Hvidbog	Hele rehabiliteringsområdet
Wade, D. Goal Setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. Editorial. Clin Rehab. 2009, s. 291–295	Editorial	Rehabiliteringsområdet
Dörfler, E., Kulnik, T.S. Despite communication and cognitive impairment – person-centred goal-setting after stroke: a qualitative study. Disability and Rehabilitation. 2019, s. 1–10	Kvalitativt studie	Personer med apopleksi
European Academy of Rehabilitation Medicine, et al. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 7. The clinical field of competence: PRM in practice. European journal of physical and rehabilitation medicine. 2018, Årg. 54, 2, s. 230–260	Hvidbog	Rehabiliteringsområdet
Rose, A, Rosewilliam, S og Soundy, A. Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: a systematic review. Patient educ. couns. 2017, s. 65–75	Review	Rehabiliteringsområdet
Wressle, E, Eeg-Olofsson, AM. et al. Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. Journal of Rehabilitation Medicine. 2002, s. 5–11	Kvalitativt design	Patienter med apopleksi, ortopædiske diagnoser, hjerte diagnoser og andre intern medicinske diagnoser.
Levack, WMM. et al. Navigating patient-centered goal setting in inpatient stroke rehabilitation: how clinicians control the process to meet perceived professional responsibilities. Patient Education and Counseling. 2011, s. 206–213	Kvalitativt design	Indlagte apopleksi patienter, der modtager rehabilitering
Kessler, D, Walker, I, Sauve-Schenk, K, Egan, M. Goal setting dynamics that facilitate or impede a client-centered approach. Scandinavian Journal of occupational Therapy. 2018	Kvalitativt studie	Personer med apopleksi
Bredland, Linge & Vik. Det handler om verdighet og deltakelse : verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid. 2006	Bog	Ingen specifik målgruppe
Dekker, J, Groot, D.V og al., et. Setting meaningful goals in rehabilitation: rationale and practical tool. Rehabilitation in practice. 2019, s. 1–10	Præsentation af den teoretiske baggrund bag udviklingen af et redskab til målsætning i rehabilitering	Rehabiliteringsområdet

Litteratur	Design	Målgruppe
Parson, JGM, et al. How active are patients in setting goals during rehabilitation after stroke? A qualitative study of clinician perceptions. Disability and Rehabilitation. 2018, s. 309-316	Kvalitativt design	Personer med apopleksi (sygehus og kommunal rehabilitering)
Rose, A, Rosewilliam, S og Soundy, A. Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: a systematic review . Patient educ. couns. 2017, s. 65-75.		
Yun, D. & Choi, J. Person-centered rehabilitation care and outcomes: A systematic literature review. International Journal of Nursing Studies. 2019, s. 74-83.		
Forum for Danske Tale- Høre- og Synsinstitutioner. Vejledning i udredning af kognitive vanskeligheder og kognitive kommunikationsvanskeligheder, 2016		
<b>Talking Mats</b>		
Murphy, J. Enabling people with aphasia to discuss quality of life. British Journal of Therapy and Rehabilitation. 2000, s. 454-458		
Gillespie, A., Murphy, J., Place, M. Divergences of perspectives between people with aphasia and their family caregivers. Aphasiology. 2010, s. 1559-1575	Mixed-methods	Personer med afasi
Stan, S., Dalemans, R., de Witte, L., Beurskens, A. Using Talking Mats to support conversations with people who are communication vulnerable: a scoping review. Technology and Disability. 2019, s. 1055-4181	Scoping review	Personer og tilbud der anvender Talking Mats
Murphy, J. and Cameron, L. The effectiveness of Talking Mats with people with intellectual disability. British Journal of Learning Disabilities. 2008, s. 232-241	Mixed-methods	Personer med intellektuelle funktionsnedsættelser
Murphy, J., Gray, C.M. et al. The effectiveness of the Talking Mats framework in helping people with dementia to express their views on well-being. Dementia. 2007, s. 454-472	Kvalitativt design	Demens
Bornman, J. and Murphy, J. Using the ICF in goal setting: clinical application using Talking Mats. Disability and Rehabilitation: Assistive Technology. 2006, s. 145-154	Conceptual paper	
Ferm, U., Sahlin, A. et al. Using Talking Mats to support communication in persons with Huntington's disease. International Journal of Language & Communication Disorders. 2010, s. 523-536	Kvalitativt design	Mænd med Parkinson
Hagelskjær, V; Krohn, M; Christensen, PS; Christensen, JR. Canadian occupational performance measure supported by Talking Mats: an evaluation of the clinical utility. Occupational therapy international. 2019		
Murphy, J. and Boa, S. Using the WHO-ICF with Talking Mats to enable adults with long-term communication difficulties to participate in goal setting. Augmentative and Alternative Communication. 2012, s. 52-60	Beskrivelse af brugen af ICF	Personer med kommunikative vanskeligheder
<b>Neuropsykologi</b>		
Fredens, K. Mennesket i hjernen. En grundbog i neuropædagogik, 2012	Bog	Det neuropædagogiske område

Litteratur	Design	Målgruppe
Thybo, P. Neuropædagogik. Hjerne, liv og læring, 2013	Bog	Det neuropædagogiske område
<b>Neuropædagogik</b>		
Sundhedsstyrelsen. Hjerneskaderehabilitering – En medicinsk teknologivurdering, 2011		Hele målgruppen af personer med erhvervet hjerneskade
Fredens, K. Mennesket i hjernen. En grundbog i neuropædagogik, 2012	Bog	Det neuropædagogiske område
Glintborg, C & Birkemose, D. Hvis man havde set mig som menneske fremfor bare min skade, 2018	Kvalitativt design	Personer med erhvervet hjerneskade
Hjerneskaderådgivningen. Håndbog i neuropædagogik, 2012	Håndbog	Personer med erhvervet hjerneskade
Implement. Erfaringer fra puljen om styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade	Evaluering	Personer med erhvervet hjerneskade

## Bilag 7: Målgruppens demografi

I 2017 levede der i Danmark knap 230.000 personer med følge efter erhvervet hjerneskade, hvilket er flere end tilbage i 2011. Stigningen kan tilskrives en generel vækst i befolkningen, hvor den del af befolkningen, der er syge, lever længere med deres sygdom (153).

Antallet af indlæggelser i 2017 fordelte sig, så der for personer med apopleksi og TCI<sup>19</sup> var 19.151 indlæggelser, og for personer med traumatisk hjerneskade<sup>20</sup> var der 7.053 indlæggelser. Apopleksi og TCI sås typisk hos personer i de ældre aldersgrupper, hvilket var gældende for både mænd og kvinder. Traumatisk hjerneskade sås derimod typisk oftere hos unge, og der var en varierende fordeling mellem mænd og kvinder (1; 153).

### Personer med genoptræningsplan til specialiseret rehabilitering

I en registeranalyse<sup>21</sup> foretaget af Socialstyrelsen, fremgår det, at der i 2016 var 120 personer og i 2017 127 personer, der blev udskrevet med en genoptræningsplan<sup>22</sup> (GOP) til specialiseret rehabilitering. Samlet set var der i 2016-2017 236 personer, eftersom 11 personer er registreret i begge opgørelsesår (154).

19 TCI - transitorisk cerebral iskæmi er symptomer, som skyldes forbigående iltmangel i dele af hjernen. TCI er betegnelsen for et kortvarigt tab af funktioner, som forsvinder igen indenfor 24 timer. Oftest varer tabet af funktioner dog kun minutter til et par timer (157).

20 Traumatisk hjerneskade omhandler også personer med encephalopati, tumorer, subarachnoidalblødning samt andre tilstande og sequelae (1).

21 Målgruppen i registeranalysen er afgrænset til voksne, der har været diagnosticeret med erhvervet hjerneskade som aktionsdiagnose i forbindelse med indlæggelse eller ambulante henvendelse i sygehusregi og har fået udarbejdet en genoptræningsplan (GOP) til rehabilitering på specialiseret niveau +/- syv dage omkring udskrivning.

22 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.

Socialstyrelsen vurderer, at målgruppen for forløbsbeskrivelsen er noget større end målgruppen, der udskrives med GOP til specialiseret rehabilitering. Forløbsbeskrivelsens målgruppe omfatter også de personer, der udskrives med en GOP til almen genoptræning, og hvor der efterfølgende viser sig behov for højt specialiserede indsatser samt tilfælde, hvor personer udskrives fra sygehus og først efterfølgende har behov for en højt specialiseret indsats.

Nedenstående karakteristika er på baggrund af personer udskrevet med en GOP til specialiseret rehabilitering. Karakteristikken er dermed lavet på baggrund af registerdata trukket på et udsnit af målgruppen for forløbsbeskrivelsen.

### Civilstand

Ser man på civilstand for de 236 personer, fordeler det sig, så:

- 42 pct. er gift
- 55 pct. er ugift
- 4 pct. er enke/enkemand.

Sammenlignes civilstand før og efter udarbejdelse af GOP, så ses der ingen ændringer. Det kan dog ikke udelukkes, at personer i målgruppen er blevet separeret efter erhvervelse af hjerneskaden, da der ikke skelnes mellem separation og ægteskab i befolkningsregistret (154).

### Partneres fravær på arbejdsmarkedet

I forhold til partneres fravær på arbejdsmarkedet<sup>23</sup> ses, at blandt de 236 personer har i alt:

- 43 partnere registreret fravær året før udarbejdelse af GOP
- 45 partnere har registreret fravær året efter GOP.

23 Der skal tages forbehold for, at ikke alle private virksomheder er indberetningspligtige, og at private virksomheder, der er ophørt eller startet i løbet af opgørelsesåret, normalt ikke indgår i registeret. Derudover er alle indberetninger med i registeret grundet indberetningsfejl.



Fraværet fordeler sig, så:

- 32 pct. af partnerne er registreret med 1 til 10 fraværsdage året før udarbejdelse af GOP, og året efter er andelen faldet til 11 pct.
- 7 pct. af partnerne er registreret med 51 fraværsdage eller mere året før udarbejdelse af GOP, og 18 pct. har 51 fraværsdage eller mere året efter (154).

### Hjemmeboende børn

Blandt de 236 personer, har cirka:

- 80 pct. af personerne ikke hjemmeboende børn under 25 år.
- 18 pct. to til tre hjemmeboende børn
- 3 pct. tre børn eller derover (154).

### Skolefravær blandt målgruppens børn

Skolefraværet<sup>24</sup> blandt målgruppens børn fordeler sig således, at:

- året før udarbejdelse af GOP havde de 0,7 procentpoint mindre fravær sammenlignet med elever i alle landets grundskoler.
- året efter udarbejdelse af GOP havde de 1,3 procentpoint større fravær sammenlignet med elever i alle landets grundskoler.

Det ser dermed ud til, at børn og unge til en forælder med erhvervet hjerneskade har en relativt større fraværsprocent sammenlignet med andre elever i alle landets grundskolen. På baggrund af ovenstående kan det dog ikke udledes, at forældrenes erhvervede hjerneskade alene er den udslagsgivende årsag til den relativt større fraværsprocent (154).

<sup>24</sup> Skolerne indberetter fravær for hver af skolens elever. Det er op til skolelederen at fastsætte definitionen af dagsfravær. De indberettede tal dækker ikke al fravær, hvis skolelederen ikke har defineret deltagelsesfravær som dagsfravær. Derfor skal tallene fortolkes med forsigtighed. Fravær fordeles på årsagskategorier som: fravær pga. sygdom, lovligt fravær og ulovligt fravær.

## Bilag 8: Snitflader mellem social- og sundhedsområdet

Snitflader mellem Socialstyrelsens "Forløbsbeskrivelse for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade" og Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade" fremgår af nedenstående skema.

	Socialstyrelsen <sup>25</sup>	Sundhedsstyrelsen <sup>26</sup>
Medarbejdererfaring	Når det gælder medarbejdernes praksiserfaring med målgruppen anbefales det aktuelt, at der bør være en overvægt af medarbejdere med minimum fire års erfaring med indsatser til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. Socialstyrelsen anser det ligeledes for hensigtsmæssigt, at man som udgangspunkt bør have fem års erfaring med hjerneskaderehabilitering generelt. Ved overvægt af medarbejdere med få års erfaring, bør der være en plan for, at de medarbejdere kan få sparring/supervision fra kolleger med mere end fire års erfaring ( <i>afsnit 2.6.1</i> ).	Færdigheder med afsæt i omfattende praksisbaseret viden, som rummer omfattende rutine og erfaring (som udgangspunkt mere end tre år) med hjerneskaderehabilitering på dette niveau. Som udgangspunkt minimum fem år med hjerneskaderehabilitering (s. 59).
Kompetenceprofiler	Med henblik på vedvarende fokus på at nødvendige kompetencer er tilstede, kan der med fordel udarbejdes kompetenceprofiler, og der bør tages stilling til om tværkommunalt samarbejde er nødvendigt for at opbygge tilstrækkeligt volumen og dermed opretholde og vedligeholde kompetencer ( <i>afsnit 2.6.1</i> ).	Der kan med fordel udarbejdes mono- eller tværfaglige kompetenceprofiler for hjerneskaderehabiliteringsområdet (s. 64).
Kompetenceudviklingsstrategi	Det kan være hensigtsmæssigt at have en kompetenceudviklingsstrategi med henblik på, at fagpersoner har/opnår tilstrækkelige kompetencer i forhold til at kunne udbyde højt specialiserede indsatser og tilbud til voksne med kompleks erhvervet hjerneskade ( <i>afsnit 2.6.1</i> ).	Aftaler om fælles kompetenceudvikling indgås, så fagprofessionelle omkring voksne med erhvervet hjerneskade har tilstrækkelige kompetencer til at understøtte den rette indsats i forhold til persons funktionsevne (s. 62).
Faglig robusthed	Faglig robusthed vil forudsætte, at der er mindst tre fagpersoner, der har relevant praktisk og teoretisk viden og kompetencer i forhold til målgruppen for at varetage socialfaglige opgaver i det konkrete tilbud, dette uagtet om der er tale om et matrikelfast eller matrikelløst tilbud ( <i>afsnit 2.6.1</i> ).	Tilbuddene skal kunne opbygge erfaring samt skabe og vedligeholde et stærkt fagligt miljø og sikre, at der kan leves op til kvaliteten også under ferie og sygdom. Dette vil forudsætte, at der er ansat det antal inden for hver faggruppe, som det vurderes påkrævet, så ovenstående sikres (s. 59).
Hjerneskaderelateret viden	Indgående og specifik viden om neuropsykologi og hjerneskaderehabilitering og den tilgængelige evidens samt overordnet viden om neurologi. Denne viden bør løbende opdateres ved relevant videreuddannelse og certificeret efteruddannelse samt hyppig supervision ( <i>afsnit 2.6.1</i> ).	Indgående og specifik viden om neurologi, hjerneskaderehabilitering og den tilgængelige evidens. Denne viden opdateres løbende ved relevant videreuddannelse og certificeret efteruddannelse, ligesom der pågår hyppig supervision (s. 59).

25 Der henvises til Forløbsbeskrivelse for Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade – på det mest specialiserede socialområde og på området for det mest specialiserede specialundervisningsområde, 2021

26 Der henvises til Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade - apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI) - traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati, 2020

	Socialstyrelsen <sup>25</sup>	Sundhedsstyrelsen <sup>26</sup>
Interdisciplinært samarbejde	Indgå og deltage i interdisciplinært samarbejde med særlige krav til helhedsorientering og timing, som er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i personens behov og ønsker ( <i>afsnit 2.6.1</i> ).	Indgå og deltage i interdisciplinært samarbejde med særlige krav til helhedsorientering og timing, som er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i personens behov og mål (s. 59).
Lovende praksis og/eller nyeste evidens	Arbejde ud fra lovende praksis og/eller nyeste evidens og medvirke til forskning via formelle samarbejdsaftaler med forskningsinstitutioner i det omfang dette er muligt ( <i>afsnit 2.6.1</i> ).	Arbejde ud fra nyeste evidens og medvirke til forskning via formelle samarbejdsaftaler med forskningsinstitutioner (s. 59).
Volumen	Tilbud, som leverer højt specialiserede indsatser, forventes at have fagpersoner, der primært eller udelukkende arbejder med personer med komplekse problemstillinger/følger efter en erhvervet hjerneskade på det specialiserede og mest specialiserede socialområde ( <i>afsnit 2.6.2</i> ).  For at kunne udvikle og vedligeholde en høj specialisering anbefaler Socialstyrelsen aktuelt, at der er en volumen på minimum tre personer med kompleks erhvervet hjerneskade om året ( <i>afsnit 2.6.2</i> ).	Der skal være et volumen således, at sundhedspersoner som udgangspunkt overvejende og flere timer om dagen har mulighed for at arbejde med hjerneskaderehabilitering. Der skal være det fornødne volumenmæssige grundlag for, at der medvirkes til udviklingsarbejde og forskning, og der skal være mulighed for at undervise, vejlede og yde supervision inden for hjerneskaderehabilitering til andre sundhedspersoner (s. 60).  Aktører, der leverer rehabilitering på specialiseret niveau, forventes at have fagpersoner der primært eller udelukkende arbejder med personer med erhvervet hjerneskade på specialiseret og avanceret niveau. En rettesnor kan her være, at fagpersoner som minimum håndterer ti individuelle forløb i løbet af et år på niveauerne avanceret genoptræning eller specialiseret rehabilitering. Såfremt fagpersonen ikke efterlever dette, kan der lægges en plan for faglig sparring, supervision og vidensdeling med anden fagperson fra det specialiserede niveau, som opfylder kriterierne for volumen (s. 60).
Intensitet	Forløbet skal være individuelt tilrettelagt og tage udgangspunkt i den enkelte persons behov, men vil typisk bestå af en kombination af indsatser fra forskellige faggrupper og med indsatser, som vil blive leveret tre-fem dage om ugen og ved nogle typer af indsatser gerne dagligt. Disse indsatser kan suppleres med indsatser efter lov om specialundervisning for voksne med varierende intensitet. Faggrupperne kan være såvel internt som eksternt inddraget, og deres respektive indsatser er organiseret som et koordineret sammenhængende, interdisciplinært, intensivt og helhedsorienteret forløb, hvor timing og faglig koordination af den højt specialiserede indsats er nødvendig ( <i>afsnit 2.6.3</i> ).	Tilrettelæggelsen sker med udgangspunkt i individuelle behov, og under hensyn til at funktionsevnen fortsat forbedres. Dosis er en individuel faglig vurdering og således ikke evidensbestemt, men der er konsensus om, at for at opnå effekt skal genoptrænings- og/eller rehabiliteringsindsatserne have en vis intensitet og varighed pr. indsats (s. 38).  Ved rehabilitering på specialiseret niveau vil forløbet ofte bestå af en kombination af indsatser fra mindst tre faggrupper og med indsatser minimum fem dage om ugen, gerne dagligt og ofte flere gange dagligt (s. 56).

	Socialstyrelsen <sup>25</sup>	Sundhedsstyrelsen <sup>26</sup>
Koordination og samarbejde	Mange kommuner vil være nødsaget til at etablere tværkommunale samarbejder for at kunne levere højt specialiserede indsatser til målgruppen. I disse tilfælde har kommunen fortsat myndighedsansvaret i forhold til at sikre, at leverandøren efterlever kriterierne, imens den konkrete koordinering af de faglige indsatser varetages af rehabiliteringstilbuddet. Hvis rehabiliteringsforløbet varetages af flere rehabiliteringstilbud, bør ansvaret for koordinering af det samlede forløb være placeret hos ét af rehabiliteringstilbuddene. I forhold til tilrettelæggelse af det enkelte forløb, herunder indsatser, intensitet og længde, bør dette ske i dialog mellem rehabiliteringstilbud, hjemkommune og personen selv samt evt. pårørende ( <i>afsnit 2.6.4</i> ).	Grundet særlige krav til kompetencer, volumen samt forskningstilknøytning vil meget få kommuner være i stand til at varetage rehabilitering på specialiseret niveau på egen hånd, og det vil være nødvendigt at udlicitere dele eller alle indsatserne til en ekstern leverandør, der lever op til kravene for rehabilitering på specialiseret niveau. I disse tilfælde har kommunen fortsat myndighedsansvaret i forhold til at sikre, at leverandøren lever op til gældende krav, imens den konkrete koordinering af de faglige indsatser varetages af rehabiliteringstilbuddet. Det tilstræbes, at der findes ét rehabiliteringstilbud, som kan varetage patientens samlede rehabiliteringsbehov på specialiseret niveau. I nogle tilfælde vil der dog være behov for, at flere rehabiliteringstilbud på specialiseret niveau arbejder sammen, så patienten kan opnå bedst mulig funktionsevne på alle områder. Hvis rehabiliteringsforløbet varetages af flere rehabiliteringstilbud, bør ansvaret for koordinering af det samlede forløb være placeret hos ét af rehabiliteringstilbuddene (s. 60).
Hjerneskadekoordineringsfunktion	Socialstyrelsen anbefaler, at kommunerne har en hjerneskadekoordineringsfunktion, som tilbyder rådgivning og effektiv koordinering af det samlede rehabiliteringsforløb for personen på tværs af lovområder og forvaltninger ( <i>Anbefaling 6</i> ).	Idet hjerneskadeforløb ofte er ofte komplekse sager, og kan kræve hjælp fra flere instanser i kommunen kan en hjerneskadekoordineringsfunktion, såfremt kommunen vurderer det relevant, være en central og vigtig funktion i forhold til at imødekomme behovet for koordinering på flere niveauer. En lang række kommuner har allerede erfaringer med etablering af hjerneskadekoordineringsfunktioner på forskellig vis, hvor medarbejdere fra relevante forvaltninger, med viden og kompetencer i forhold til personer med erhvervet hjerneskeade, indgår (s. 60).



# Socialstyrelsen

Socialstyrelsen  
Edisonsvej 1  
5000 Odense C  
Tlf.: 72 42 37 00  
E-mail: [info@socialstyrelsen.dk](mailto:info@socialstyrelsen.dk)

November 2021

