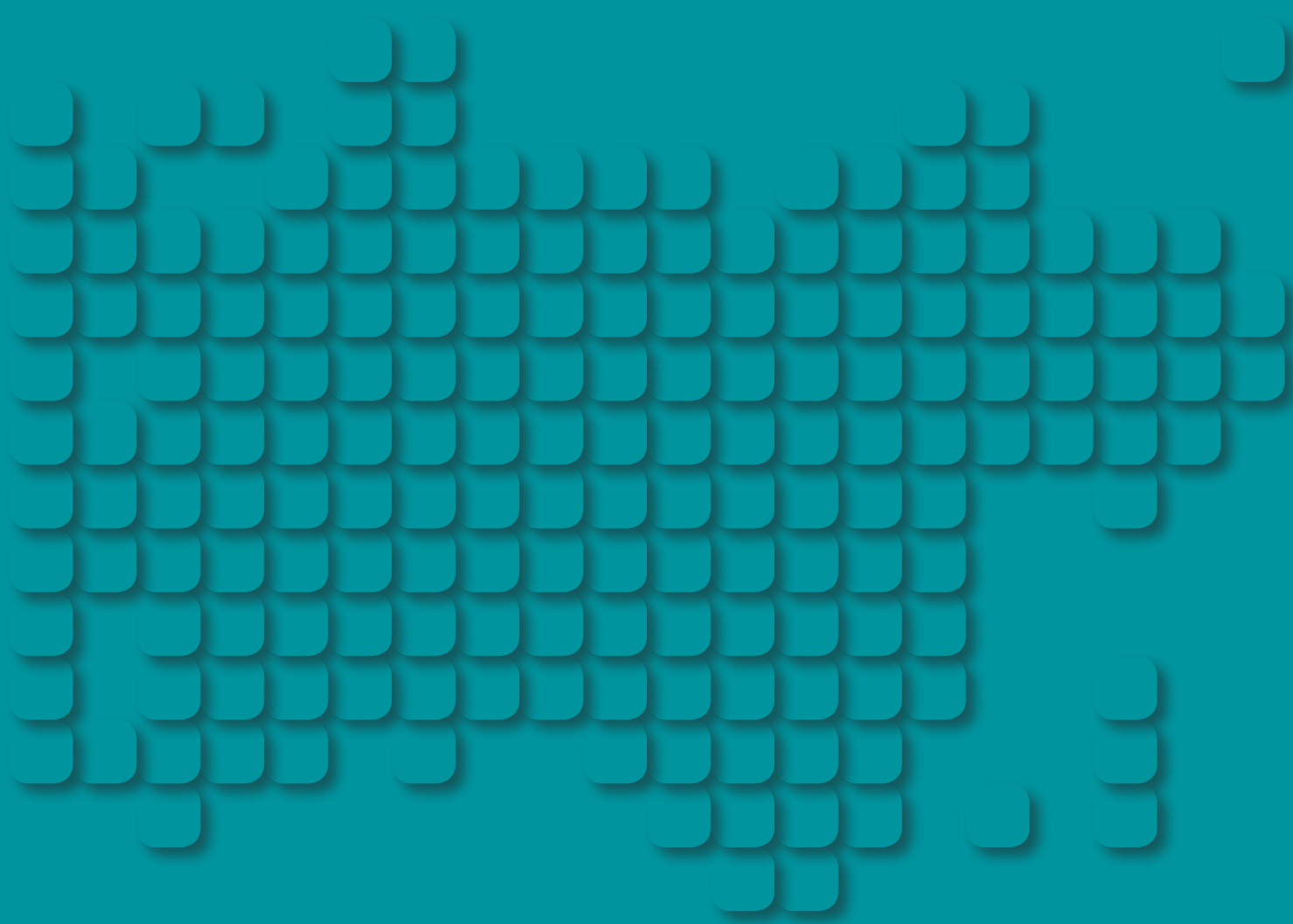


Tværkommunal undersøgelse af kommunernes specialiserede rehabiliteringsindsats over for voksne borgere med erhvervet hjerneskade



- en casebaseret auditundersøgelse

De 19 kommuner i regionen
og Region Midtjylland

© DASSOS, Den Administrative Styregruppe for
Social- og Specialundervisningsområdet i de
midtjyske kommuner og CFK • Folkesundhed og
Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2013
www.cfk.rm.dk

Konsulent Marianne Balleby
Marianne.balleby@stab.rm.dk
Tlf. 7841 4073

Konsulent Kirsten Overgaard
kirsten.overgaard@stab.rm.dk
Tlf. 7841 4049

DASSOS
Sekretariat for Rammeaftaler
Prinsens Allé 5
8800 Viborg

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N

Tværkommunal undersøgelse af kommunernes specialiserede rehabiliteringsindsats over for voksne borgere med erhvervet hjerneskade
- en casebaseret auditundersøgelse

Indhold

1 Indledning	6
1.1 Undersøgelsens baggrund og formål	6
1.2 Om denne rapport	6
2 Konklusion	7
3 Fokusområder og anbefalinger	9
3.1 Overgang og timing	9
3.1.1 Overlevering af neurofaglig viden mellem fase II og III prioriteres af hospital og kommune	9
3.1.2 Kommunen skal videregive information til relevante fagpersoner. Sundhedsaftalen for voksne med erhvervet hjerneskade	10
3.1.3 Brug de tværfaglige statusbeskrivelser aktivt	10
Individuelt caseeksempel om manglende inddragelse af neurofaglig viden. Vurdering	10
3.2 Koordinering	10
3.2.1 Behov for tværfaglig behovsvurdering med inddragelse af den rette neurofaglige viden tidligt efter udskrivelsen	10
3.2.2 Behov for en organisatorisk koordinerende struktur – ikke kun en koordinator	11
3.2.3 Bevilling af hjælpemidler skal ske ud fra et helhedsorienteret perspektiv	12
3.2.4 Den praktiserende læge – en vigtig samarbejdspartner	13
3.2.5 Erhvervsevneafklaring – centralt med inddragelse af neurofaglig viden	14
3.3 Borgerinddragelse	15
3.3.1 Borgeren skal inddrages i rehabiliteringsprocessen	15
3.4 Pårørendeindsats	16
3.5 Dokumentation	17
3.5.1 Journalvirvar	17
3.5.2 Tydelig dokumentation af faglige til- og fravalg i forløbet	18
3.6 Økonomi	18
3.6.1 Helhedsorienteret indsats kan forventes at nedbringe udgifterne	19

4 Diskussion	20
4.1 Hvad er en specialiseret fase III indsats?	20
4.2 Neurofaglig viden i den specialiserede fase III indsats	20
4.2.1 Inddragelse af eksperter fra VISO og Regionshospitalet Hammel Neurocenter	21
4.3 Dokumentation	21
4.3.1 Krav til dokumentation af den specialiserede fase III rehabiliteringsindsats	21
4.3.2 Dokumentationsudfordring angående pårørendeindsats og supervision	22
4.4 Det matrikelløse specialiserede fase III tilbud	22
4.5 Volumen og tilbud til unge	23
4.6 Førtidspensionsreform og koordinering i forhold til hjerneskaden	23
5 Undersøgelsens proces og metode	24
5.1 Auditundersøgelsens arbejdsgruppe	24
5.2 Auditundersøgelsens design	24
5.2.1 Den anvendte auditmetode	24
5.2.2 Operationaliseret definition af specialiseret rehabiliteringsindsats	24
5.2.3 Undersøgelsens tidsplan	26
5.2.4 Udvælgelse af borgerforløb	26
5.2.5 Sagsmateriale	26
5.2.6 Deltagere i auditpanelerne	27
5.3 Styrker og forbehold ved den anvendte auditmetode	28
Bilag 1 Vurderingsspørgsmål	30
Bilag 2 Forløbsprogrammet og sundhedsaftalen om almen praksis' rolle i fase III	31

1 Indledning

1.1 Undersøgelsens baggrund og formål

Den Administrative Styregruppe for Social- og Specialundervisningsområdet i den midtjyske region (DASSOS) igangsatte i november 2012 i regi af Rammeaftale for 2012 en tværkommunal auditundersøgelse på området voksne borgere med erhvervet hjerneskade med behov for en specialiseret kommunal rehabiliteringsindsats i fase III.

Undersøgelsen er udformet som casebaseret audit af 12 borgerforløb i kommunerne. De udtrukne borgerforløb er forløb, hvor borgeren i løbet af 2011 er blevet udskrevet fra hospitalsindlæggelse. CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK) har varetaget undersøgelsesopgaven.¹

Undersøgelsen skal bidrage til tværkommunal læring på et område med komplicerede faglige snitflader og stor bevågenhed.

1.2 Om denne rapport

Denne rapport er udarbejdet af CFK's konsulenter og baserer sig på de fokuspunkter, konklusioner og anbefalinger til fremtidig praksis, som paneledeltagerne er fremkommet med under auditeringen af borgersagerne. Rapporten er gennemgået og korrigeret i et samarbejde mellem CFK og arbejdsgruppen.²

I de følgende kapitler gennemgås resultaterne af auditundersøgelsen. Først præsenteres konklusionerne i kort form, hvorefter de enkelte fokusområder uddybes og forklares ved beskrivelser af auditpanelernes drøftelser og konkrete eksempler fra borgersagerne. I et diskussionskapitel suppleres med en række temaer og spørgsmål til kvalitetssikring og udvikling af området, som dels auditpanelerne, dels arbejdsgruppen har fundet relevante at udlede på baggrund af auditundersøgelsen.

Af fortrolighedshensyn er borgerne anonymiseret. Caseeksempler, der er illustrative for konklusionerne og anbefalingerne, præsenteres således i en sløret og forkortet form. Efter opdrag fra DASSOS' Forretningsudvalg er også kommunenavne og tilbudsnavne anonymiserede. Dette krav til afrapporteringen skal markere det budskab, at undersøgelsen ikke har til formål at udpege kommuner eller faglige tilbud, som bedre eller dårligere i forhold til området erhvervet hjerneskade, men at den fælles læring er i højsædet.

¹ Læs mere om undersøgelsens baggrund og proces i kapitel 5

² Arbejdsgruppens sammensætning fremgår af kapitel 5

2 Konklusion

I dette afsnit sammenfattes resultaterne fra auditforløbet. På tværs af de tre afholdte auditmøder har der tegnet sig fælles fokusområder, anbefalinger og diskussionspunkter, som peger fremad i forhold til praksis på hjerneskadeområdet. Med øje for LEON princippet (Lavest Effektive Omkostnings Niveau) har fagfolkene i auditpanelerne fået til opgave at pege på, hvad der kan forbedre den fremtidige praksis. Efter gennemlæsning af anbefalingerne peger undersøgelsens arbejdsgruppe på, at nogle af forslagene ikke blot er omkostningsneutrale. Der er anbefalinger, der peger på, at ansatser til en bedre og mere strømlinet koordinering internt i kommunerne ligeledes vil være besparende målt i sagsbehandlingstimer. Arbejdsgruppen peger endvidere på, at anbefalingerne vil betyde en hurtigere, mere kvalificeret og mere rettidig indsats over for borgerne. Arbejdsgruppen vurderer endvidere, at der fra et borgerperspektiv forventeligt vil kunne opleves større brugertilfredshed.

I det følgende angives de konkrete anbefalinger, der på baggrund af auditundersøgelsen er blevet udpeget af auditpanelerne som centrale i den fremtidige udvikling af fase III indsatsen:

Overgang og timing

- Det anbefales, at overleveringen af neurofaglig viden i forbindelse med udskrivningen – det være sig via et fysisk møde eller et videomøde eller en anden form for overlevering af viden - prioriteres af såvel hospital som kommune.
- Det anbefales, at kommunen sikrer, at information om borgeren overdrages til de relevante fagpersoner for at sikre koordineringen i overgangen fra fase II til fase III i overensstemmelse med sundhedsaftalen.³
- Det anbefales, at kommunerne anerkender og aktivt gør brug af den neurofaglige vurdering af borgerens rehabiliteringsbehov, som er foretaget i fase II.

Koordinering

- Det anbefales, at der tidligt efter udskrivelsen etableres et koordinerende møde i hjemkommunen med henblik på tværfaglig behovsvurdering og tilrettelæggelsen af de relevante indsatser i et helhedsorienteret perspektiv og med inddragelse af personer med den rette neurofaglige viden. Med den rette neurofaglige viden forstås, at der sker inddragelse af neurofaglig viden på det niveau, der er behov for i forhold til den aktuelle problemstilling. Der skal således ske en stratificering efter behovet for niveauet af den neurofaglige viden.
- Det understreges af auditpanelerne, at en koordinator ikke er en løsning på alle koordinationsudfordringer, idet det anbefales, at koordinatorens arbejde skal understøttes af en struktur, der er organisatorisk koordinerende.
- Det anbefales, at der foregår ledelsesmæssig opbakning til de ansatser, der gøres i forhold til forløbskoordination. Den ledelsesmæssige opbakning har fokus på hurtig og rettidig bevilling.
- Det anbefales, at bevilling af hjælpemidler sker i et helhedsorienteret perspektiv.
- Det anbefales, at der sættes fokus på almen praksis' ansvarsområder i fase III rehabiliteringsindsatsen.
- Jobcentre og deres tilknyttede lægekonsulenter er vigtige aktører i mange borgers rehabiliteringsforløb, og det anbefales, at der er fokus på, at jobcentre er orienterede om, hvad der foregår i den øvrige del af rehabiliteringsindsatsen for borgeren med hjerneskade, således at der arbejdes ud fra fælles målsætninger.
- Det anbefales endvidere, at neurofaglig viden på rette niveau afhængig af problemstillingens karakter inddrages i erhvervsevneafklaringsforløbene.

³ Jf. den sundhedsfaglige sundhedsaftale for voksne med erhvervet hjerneskade for perioden 2011-2014, udateret

Borgerinddragelse

- Det anbefales, at borgerens perspektiv spiller en central rolle i fase III rehabiliteringsindsatsen såvel som i den løbende evaluering af rehabilitering og målsætning.

Pårørendeindsats

- Det anbefales, at pårørende og det øvrige netværk medtænkes i rehabiliteringsindsatsen i det omfang, de pårørende og netværket magter og ønsker dette og i overensstemmelse med borgerens ønsker. En del af den specialiserede indsats er at tilbyde pårørende den relevante støtte.

Dokumentation

- Det anbefales, at det overvejes, hvordan et overblik kan etableres; både af hensyn til fagpersoner og af hensyn til borgere, der måtte ønske at få indsigt i det samlede sagsforløb. Der peges på de gevinster, der kan opnås ved en fælles rehabiliteringsplan, en tidslinje eller lignende.
- Det anbefales, at der skabes tydelighed om vigtigheden af at dokumentere de faglige overvejelser i forbindelse med beslutninger i forløbet.

I det følgende uddybes ovenstående fokuspunkter og anbefalinger med tilhørende illustrerende eksempler.

Diskussion

På baggrund af gennemgangen af de 12 borger-sager har dels auditpanelerne, dels arbejdsgruppen sat en række forhold til diskussion. Særligt drøftes kommunernes vanskeligheder med at operationalisere, hvad der kræves af en specialiseret indsats i fase III. Det sættes til diskussion, at pårørendeindsatsen og supervision og vejledning til fagpersonerne ikke umiddelbart er dokumenteret, og derfor er vanskelig at vurdere. Der peges i det hele taget på nødvendigheden af dokumentation af den specialiserede indsats.

Udfordringerne angående volumen trækkes frem og spørgsmålet om at sikre den nødvendige grad af erfaring med det tætte interdisciplinære teamsamarbejde. Det matrikelløse fase III tilbud og særlige forhold vedrørende tilbud til unge diskuteres endvidere.

Som led i auditundersøgelsen har der desuden været en perspektiverende drøftelse af, hvordan koordineringen af indsatsen på hjerneskadeområdet bedst kan korrespondere med reformerne af fleksjob og førtidspension.

3 Fokusområder og anbefalinger

I det følgende præsenteres de fælles fokusområder og anbefalinger, som fremkom på de tre auditmøder. De samlede anbefalinger er udarbejdet på baggrund af referater fra auditmøderne og i samarbejde med arbejdsgruppen.

På tværs af de tre auditpaneler tegner der sig en række fælles fokusområder og anbefalinger. Dette på trods af, at de 12 gennemgåede sager er af meget forskellig karakter. Der formuleres anbefalinger, som indeholder potentiale for forbedringer. Der er enkelte anbefalinger, der af arbejdsgruppen vurderes vigtige at fremhæve, på trods af, at ikke alle paneler havde anbefalinger på dette område. Som eksempel kan nævnes fokusområdet vedrørende almen praksis.

Fokusområderne og anbefalingerne med illustrerende eksempler fra de enkelte individuelle cases gennemgås nedenfor. Under hver anbefaling gives i en eller flere bokse et eller flere konkrete individuelle caseeksempler, som tjener det formål at illustrere baggrunden for anbefalingen. Det skal understreges, at der typisk ikke er to hjerneskaadesager, der er ens og at den individuelle tilgang i alle hjerneskaadesager er central. Som eksempel på dette kan angives, at et auditpanel i den konkrete case peger på vigtigheden af et egentligt udskrivningsmøde, men i anbefalingen i brødteksten ovenfor angives, at overlevering af viden i overgangen mellem fase II og III kan foregå på mange forskellige måder. Vigtigheden i overdragelsen af den konkrete viden og den gensidige forventningsafstemning påpeges imidlertid i hvert enkelt tilfælde.

3.1 Overgang og timing

3.1.1 Overlevering af neurofaglig viden mellem fase II og III prioriteres af hospital og kommune

Overlevering af neurofaglig viden mellem de involverede parter er centralt for forventningsafstemningen mellem borgere, pårørende og kommunen med henblik på målsætning, planlægning og koordinering af det videre rehabiliteringsforløb.

- Det anbefales, at overleveringen af neurofaglig viden i forbindelse med udskrivningen – det være sig via et fysisk møde eller et videomøde eller en anden form for overlevering af viden - prioriteres af såvel hospital som kommune.

Individuelt caseeksempel på positiv overgang mellem fase II og fase III

I en af de gennemgåede sager afholdes forud for udskrivelsen fra fase II et samarbejds-møde på baggrund af den foreløbige genoptræningsplan og tværfaglige status. Mødets deltagere er borgeren, teamet på hospitalet, hjerneskaadekoordinatoren, en bostøttemedarbejder (efter servicelovens § 85) og en kommunal sagsbehandler.

Vurdering

Overgangen mellem fase II og fase III fremhæves i den konkrete case som et positivt eksempel på opstart af forløbskoordination i kommunen. Det fremhæves endvidere som positivt, at sagsbehandleren på hospitalet allerede under indlæggelsen varskoer kommunen om, at borgeren har ønske om et skånejob, så den nødvendige erhvervs- og mobilitetsafklaring kan igangsættes.

Individuelt caseeksempel om manglende vidensudveksling og dets betydning

I en af de auditerede sager ses det ikke af sagsmaterialet, om der er afholdt et udskrivningsmøde i forbindelse med udskrivelsen fra fase II indsatsen. Der synes ikke at have været dialog mellem hospital og kommune ud over fremsendelse af tværfaglig status og genoptræningsplan.

Vurdering

Auditpanelet vurderer i denne case, at kommunens manglende deltagelse i udskrivningssamtalen og den manglende dialog i øvrigt får betydning for tiden efter udskrivelse, idet der mangler en egentlig koordinering af sagen fra start. Auditpanelet fremhæver den hurtige, koordinerede indsats i kommunen som et opmærksomhedspunkt i forhold til forberedelsen af hjemtagningen af borgeren. Auditpanelet konstaterer endvidere, at genoptræningsplan og tværfaglig status ifølge dokumentationen ikke har været gennemgået med borgeren eller pårørende i forbindelse med udskrivelsen fra hospitalet.

3.1.2 Kommunen skal videregive information til relevante fagpersoner

Den hurtige koordinerede indsats i kommunen fremhæves som et opmærksomhedspunkt i forhold til forberedelse af hjemtagningen af borgeren.

- Det anbefales, at kommunen sikrer, at information om borgeren overdrages til de relevante fagpersoner for at sikre koordineringen i overgangen fra fase II til fase III i overensstemmelse med sundhedsaftalen.

Sundhedsaftalen for voksne med erhvervet hjerneskade

Kommunen gør følgende:

Videresender indlæggelsesadvis til relevant(e) medarbejder(e) i kommunen – eksempelvis hjerneskade koordinatoren og visitatoren, som involverer relevante samarbejdspartnere internt i kommunen. Forbereder hjemtagning af borgeren.

Kilde: Sundhedsaftale om voksne med erhvervet hjerneskade side 13, Region Midtjylland (sundhedsfaglig sundhedsaftale), tillægsaftale til den generelle sundhedsaftale for perioden 2011-2014, udateret

3.1.3 Brug de tværfaglige statusbeskrivelser aktivt

Arbejdsgruppen og de tre auditpaneler vurderer, at brug af de neurofaglige vurderinger i den tværfaglige statusbeskrivelse kan være med til at sikre en rettidig rehabiliteringsindsats.

- Det anbefales, at kommunerne anerkender og aktivt gør brug af den neurofaglige vurdering af borgerens rehabiliteringsbehov, som er foretaget i fase II.

Individuelt caseeksempel om manglende inddragelse af neurofaglig viden

I en af de auditerede sager peges fra hospitalets side på behov for en specialiseret indsats i rehabiliteringsindsatsen i fase III. I den pågældende sag går der et år, inden borgeren får tildelt denne.

Vurdering

Auditpanelet vurderer, at kommunen i højere grad kunne have gjort brug af de neurofaglige beskrivelser, som fulgte med borgeren fra fase II indsatsen. Borgeren og dennes pårørende befinder sig i en uafklaret tilstand alt for længe på det kommunale midlertidige og ikke specialiserede genoptræningstilbud. De udførlige beskrivelser fra fase II indsatsen kunne have understøttet en rettidig indsats i forhold til borgerens behov.

3.2 Koordinering

3.2.1 Behov for tværfaglig behovsvurdering med inddragelse af den rette neurofaglige viden tidligt efter udskrivelsen

I flere sager observeres manglende viden om komplekse hjerneskader på myndighedsniveauet, hvor beslutninger om rehabiliteringsindsatsen foretages.

- Det anbefales, at der tidligt efter udskrivelsen etableres et koordinerende møde i hjemkommunen med henblik på tværfaglig behovsvurdering og tilrettelæggelsen af de relevante indsatser i et helhedsorienteret perspektiv og med inddragelse af personer med den rette neurofaglige viden. Med den rette neurofaglige viden forstås, at der sker inddragelse af neurofaglig viden på det niveau, der er behov for i forhold til den aktuelle problemstilling. Der skal således ske en stratificering efter behovet for niveauet af den neurofaglige viden.

Individuelt caseeksempel om vigtigheden af, at personer med den rette neurofaglige viden inddrages

I en auditeret sag har borgeren en svær og omfattende hjerneskade på grund af en massiv hjerneblødning, som påvirker borgeren på stort set alle livsområder. Borgeren har behov for støtte til at udføre alle daglige handlinger og aktiviteter og har ifølge den tværfaglige status fra hospitalet behov for overvågning døgnet rundt.

Vurdering

Auditpanelet vurderer, at der i den konkrete case på ingen måde er en positiv kommunikation mellem de involverede forvaltninger og at 'silo-tænkningen' påvirker rehabiliteringsindsatsen i negativ retning. Processen bliver langstrakt på grund af langvarig afklaring omkring, hvem der skal bevilge og dermed betale tilbudet. Auditpanelet har adgang til en omfattende mailudveksling mellem forskellige myndighedsafdelinger om placeringen af borgeren, og panelet kan ikke se af materialet, at man har mødtes for at afklare forløbet eller i denne del af forløbet har arbejdet med inddragelse af fagpersoner med viden om den konkrete hjerneskades kompleksitet.

Panelet efterspørger neurofaglig viden om hjerneskadens kompleksitet hos myndighedspersonerne, eller inddragelse af fagpersoner med denne viden. Det er vanskeligt for panelet at vurdere borgerens funktionsevniveau på baggrund af sagsmaterialet, da borgerens hjerneskade er meget omfattende og kompleks. Ikke desto mindre vurderer panelet, at man i denne sag kunne have undgået megen spildtid og at borgeren eventuelt kunne have opnået et højere funktionsevniveau, hvis der var sat ind med det intensive rehabiliteringstilbud først frem for et døgn-dækket kommunalt genoptræningstilbud, hvor borgeren opholder sig i knapt et år.

Individuelt caseeksempel om en god overgang med hurtig tværfaglig behovsvurdering

I en af de gennemgåede sager udskrives borgeren i en ferieperiode. Borgeren har behov for en specialiseret rehabiliteringsindsats med flere forskelligartede indsatser, herunder taletræning.

Vurdering

Auditpanelet vurderer i den konkrete sag overgangen og timingen fra fase II til fase III rehabiliteringsindsatsen som værende henholdsvis i høj eller i nogen grad tilfredsstillende. På trods af, at der er udskrivningsmøde i ferieperioden, formår kommunen at tilrettelægge en indsats, hvor der er plan for hjemmepleje, fysioterapi og ergoterapi fra start. Auditpanelet vurderer det yderst positivt, at der ikke er 'slip' i træningen i overgangen fra sygehusregi til kommunalt regi. Jobcentret er endvidere også involveret tidligt i forløbet. Der sker således en fælles faglig behovsvurdering.

Det, der dog trækker ned i panelets vurdering, er, at det ikke fremgår klart af sagsmaterialet, hvornår talepædagogen deltager i rehabiliteringsindsatsen og panelet peger på, at der er behov for at se på, hvordan taletræning kan indgå i det samlede rehabiliteringsforløb.

3.2.2 Behov for en organisatorisk koordinerende struktur – ikke kun en koordinator

- Det understreges af auditpanelerne, at en koordinator ikke er en løsning på alle koordinationsudfordringer, idet det anbefales, at koordinatorens arbejde skal understøttes af en struktur, der er organisatorisk koordinerende.
- Det anbefales, at der foregår ledelsesmæssig opbakning til de ansatser, der gøres i forhold til forløbskoordination. Den ledelsesmæssige opbakning har fokus på hurtig og rettidig bevilling.

Individuelt caseeksempel på, at en hjerneskadekoordinator ikke kan stå alene

I en af de gennemgåede sager får borgeren ikke det specialiserede tilbud i fase III, som auditpanelet i den konkrete sag vurderer, at borgeren har behov for. Borgeren bevilges først ophold på et kommunalt døgndækket tilbud, som, auditpanelet vurderer, ikke er specialiseret. Borgeren udskrives derefter til eget hjem uden støtte. Borgeren oplever ifølge auditpanelet en social deroute.

Vurdering

Auditpanelet betragter det som kritisabelt, at der ikke bevilges den § 85 bostøtte efter serviceloven med neurofaglig baggrund, som er på tale ved udskrivelsen fra det døgndækkede ophold. Personalet på det døgndækkede tilbud fremsender først ansøgningen om § 85 bostøtte to dage forud for udskrivelsen, og sikrer sig derved ikke, at der er nogen til at tage over, når borgeren er hjemme. For en borger som denne er det uhensigtsmæssigt, at den fornødne støtte i hjemmet ikke er til stede.

Auditpanelet vurderer, at det i denne borgers tilfælde er et for stort skridt at flytte til egen bolig. I stedet burde der have været en lang række små skridt. Eventuelt ville borgeren have brug for et botilbud, en udslusningsbolig eller andet i en periode, vurderes det. Det vil sige et tilbud med struktur og rammer, hvor borgeren kunne blive klar til at bo i eget hjem. Som forløbet udvikler sig med et eskalerende misbrug og en forværring i borgerens sociale færdigheder, er arbejdet hen imod, at borgeren kan klare sig i eget hjem blevet vanskelig- og måske umuliggjort. Der synes at være sket en 'afvikling' af borgerens færdigheder, beskrives det af en paneldeltager.

Auditpanelet ser af hjerneskadekoordinatorens dokumentation, at hjerneskadekoordinatoren er opmærksom på borgerens udfordringer omkring sygdomsindsigt og hjerneskadens karakter og løbende forsøger at gøre opmærksom på, at borgeren ikke modtager den optimale støtte. Panelet drøfter, at hjerneskadekoordinatoren må have manglet den fornødne ledelsesmæssige opbakning til at få sikret tilstrækkelig støtte til at få etableret et tværfagligt samarbejde om borgeren og til at få iværksat den rette indsats. Auditpanelet ser det som en fordel, hvis koordinatoren i dette tilfælde havde formået at iværksætte tværfaglige møder og peger på, hvor vigtigt det er, at der er den tilstrækkelige ledelsesmæssige opbakning til, at dette kan lade sig gøre.

3.2.3 Bevilling af hjælpemidler skal ske ud fra et helhedsorienteret perspektiv

Hjælpemidler betragtes som vigtige neurorehabiliteringsredskaber. Ved sagsgennemgang på alle tre auditmøder ses eksempler på, hvordan søjler i det kommunale system kan blokere for helhedsorientering. Det konstateres, at forsinkelser af selv mindre bevillinger kan hæmme den kontinuitet, som kan være afgørende for rehabiliteringsforløbet.

- Det anbefales, at bevilling af hjælpemidler sker i et helhedsorienteret perspektiv.

Individuelt caseeksempel på manglende helhedsorientering i mindre bevillinger

I en af de gennemgåede sager er der et eksempel på et afslag på en ekstra badebænk, der i denne sag ville kunne lette tilværelsen for den pårørende til en borger med en omfattende hjerneskade. Den pårørende må transportere badebænken fra botilbuddet til hjemmet, når borgeren er på hjemmebesøg.

Vurdering

Panelet ser det at komme hjem på weekendbesøg under de rette rammer og strukturer som et led i rehabiliteringen. I denne kontekst skal hjælpemidlet ses som et neurorehabiliteringsredskab, som kan have ganske stor betydning, vurderer auditpanelet.

Individuelt caseeksempel på helhedsorientering i bevillinger

I en af de gennemgåede sager er der et eksempel på en bevilling af tilpasning af hjemmet til kørestol forud for, at det er afklaret, hvorvidt borgeren på længere sigt vil kunne komme til at gå.

Vurdering

Tilpasningen af hjemmet fremhæves som positivt. Auditpanelet anser det som tydeligt, at det i dette tilfælde er gavnligt for borgeren og for den pårørende, at disse tilpasninger finder sted med rampe, fjernelse af dørtrin med videre på det tidlige tidspunkt i forløbet. Det understøtter parrets oplevelse af at kunne håndtere situationen. Timingen af hjælpemidler i hjemmet bidrager til borgerens grad af selvhjulpenhed ved hjemmebesøg. Det drøftes i panelet, hvorvidt dette eksempel vil kunne have forekommet i deres egne kommuner. En paneldeltager konstaterer, at vedkommendes kommune formentlig aldrig ville have bevilget tilpasning af hjemmet til kørestol, forud for at det er afklaret, hvorvidt borgeren på sigt vil kunne komme til at gå. Auditpanelet konstaterer, at det i det konkrete tilfælde er 'billige' tilpasninger i forhold til de mål, der opnås i den samlede rehabilitering. "Dørtrinnet kan jo sættes på igen", som det lyder under drøftelsen.

Uden at det tydeligt kan udpeges i sagsmaterialet, er det panelets oplevelse, at man her synes at have at gøre med en kommune, hvor man får talt og arbejdet sammen på tværs af forskellige fagpersoner og forvaltninger.

3.2.4 Den praktiserende læge – en vigtig samarbejdspartner

Den praktiserende læge er en vigtig samarbejdspartner i en borgers rehabiliteringsforløb efter en erhvervet hjerneskade, som kræver en specialiseret rehabiliteringsindsats i fase III. Den praktiserende læge kan ikke forventes at have kompetence til at foretage udredninger i komplekse hjerneskadesager, men den praktiserende læge har behandlingsansvaret efter udskrivelsen. Dette indebærer ansvar for vurdering af igangværende behandling, herunder medicin, og ansvar for at henvise til relevante speciallæger og ambulatorier.

Almen praksis' rolle er kun drøftet indgående på et af de tre auditmøder, men arbejdsgruppen har fundet det relevant at fremhæve eksemplet og ser behov for at gøre opmærksom på de beskrivelser af den praktiserende læges opgaver, som allerede foreligger i henholdsvis Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade og Region Midtjyllands sundhedsaftale om voksne med erhvervet hjerneskade (se bilag 2).

- Det anbefales, at der sættes fokus på almen praksis' ansvarsområder i fase III rehabiliteringsindsatsen.

Individuelt caseeksempel vedr. praktiserende læge

I en af de auditerede sager forværres borgersens tilstand og borgeren har flere hospitalsindlæggelser i løbet af fase III. Der er blandt andet en episode i løbet af fase III, hvor borgeren får forværret sin dysfagi (problemer med synkning).

Vurdering

Auditpanelet vurderer, at forværringen af borgerens dysfagi naturligvis kan skyldes den fysiologiske tilstand, men det kan også skyldes manglende stabil træning. Auditpanelet konstaterer, at der i den pågældende sag desuden mangler en lægelig udredning vedrørende borgerens synsproblematik. Den praktiserende læge følger ikke systematisk op på borgerens tab af funktionsevne og der tages ikke stilling til smerteproblematik. Der gives tonusdæmpende medicin, samtidig med at der er skade i basalganglierne og i lillehjernen. Dette vurderes af auditpanelet at kræve tæt lægelig opfølgning, hvilket i følge sagsmaterialet ikke synes at være sket. Auditpanelet stiller spørgsmålet, om det funktionsevnetab, borgeren har, skyldes medicinen, idet der sker en ændring af funktionsevneniveauet ved medicinændringen. Auditpanelet vurderer således, at den praktiserende læge kunne have været mere aktiv, end det ser ud til at have været tilfældet i den konkrete sag.

3.2.5 Erhvervsevneafklaring – centralt med inddragelse af neurofaglig viden

Det vurderes gentagne gange på tværs af de tre auditmøder, at koordineringen er mindre vanskelig i de forløb, hvor borgerens forsørgelsesforhold enten allerede er afklaret eller bliver det på et tidligt tidspunkt efter hjerneskadens indtræden.

- Jobcentrene og deres tilknyttede lægekonsulenter er vigtige aktører i mange borgers rehabiliteringsforløb, og det anbefales, at der er fokus på, at jobcentrene er orienterede om, hvad der foregår i den øvrige del af rehabiliteringsindsatsen for borgeren med hjerneskade, således at der arbejdes ud fra fælles målsætninger.
- Det anbefales endvidere, at neurofaglig viden på rette niveau afhængig af problemstillingens karakter inddrages i erhvervsevneafklaringsforløbene.

Individuelt caseeksempel på manglende neurofaglighed i forbindelse med erhvervsevneafklaring

En borger med svær og kompleks hjerneskade og ringe sygdomserkendelse får tilbud om en arbejdsprøvning, mens borgeren opholder sig på et døgndækket kommunalt tilbud.

Vurdering

At der sættes en arbejdsprøvning i gang, imens borgeren opholder sig på kommunens døgndækkede tilbud, betragter auditpanelet som yderst problematisk på grund af hjerneskadens kompleksitet. Panelet peger på, at jobkonsulenten ikke i tilstrækkelig grad synes at være informeret om hjerneskadens konsekvenser for borgeren. Der afholdes et møde på det døgndækkede tilbud mellem jobcenterkonsulenten og personalet på døgntilbuddet. Auditpanelet anser det for positivt, at der holdes et møde, hvor borgeren bor. Panelet vurderer til gengæld, at det faglige indhold på mødet må have været mangelfuldt, hvad angår fagpersonernes neurofaglige viden om hjerneskaden og dermed den refleksion, der burde have været angående borgerens muligheder for arbejdsprøvning. Auditpanelet vurderer, at borgeren har brug for et erhvervsevneafklaringsforløb med tæt involvering af personer med relevant neurofaglig viden. Personalet i det døgndækkede ophold og i særdeleshed jobkonsulenten vurderes at mangle forståelse for borgerens situation og mangle viden om, hvordan man kan arbejde rehabiliterende med en så svært skadet og i øvrigt svært stillet borger.

Individuelt caseeksempel på manglende viden om den samlede rehabiliteringsindsats

I en af de gennemgåede sager får en borger med en meget stærk arbejdsidentitet tildelt førtidspension tre måneder efter udskrivelsen fra fase II indsatsen. Dette sker på trods af, at det på hospitalet blev vurderet, at der var behov for en specialiseret indsats i fase III rehabiliteringen.

Vurdering

Auditpanelet spørger, om jobcentret i denne sag har været for lidt undersøgende hvad angår borgerens erhvervsmuligheder, idet borgeren før hjerneskaden har haft en meget stærk arbejdsidentitet. Kun tre måneder efter udskrivelsen vurderer jobkonsulent og lægekonsulent, at der ikke er nogen erhvervsevne. Auditpanelet undrer sig over, hvad der er sket i forhold til hospitalets vurdering af, at det kunne svare sig at tilbyde en specialiseret genoptræning i fase III rehabiliteringen. Ægtefællen bliver ifølge sagsmaterialet overrasket over beslutningen om førtidspension, og det ser ud som om, at ægtefællen både mangler information herom og begrundelse hvorfor. Auditpanelet vurderer, at beslutningen om førtidspension kan have taget noget af motivationen og begejstringen fra borgeren, hvilket formentlig ikke har fremmet borgerens rehabilitering. Auditpanelet anbefaler derfor, at Jobcenter og lægekonsulent følger med i, hvilke initiativer der igangsættes i den øvrige del af rehabiliteringsindsatsen for borgeren.

3.3 Borgerinddragelse

3.3.1 Borgeren skal inddrages i rehabiliteringsprocessen

Det drøftes løbende under auditmøderne, hvordan der i rehabiliteringsindsatsen skal tages hensyn til, at en hjerneskade kan ændre en borgers livssituation markant på grund af de funktionsnedsættelser, hjerneskaden medfører. Borgeren skal reorientere sig i eget liv og det er centralt for rehabiliteringen at borgeren får skabt ny mening og sammenhæng i tilværelsen. Panelerne og arbejdsgruppen fremhæver, at rehabilitering således fordrer en neurofaglig orienteret tilgang, der favner alle de problemstillinger, der er i tilværelsen efter en hjerneskade og som fokuserer på borgerens egne ønsker og mål.⁴

I gennemgangen af borgersagerne vurderer auditpanelerne i flere tilfælde, at inddragelsen af borgerens perspektiver ikke er tilstrækkeligt tydeliggjort. Det stiller krav til neurofagligheden at inddrage borgerens perspektiver, i de tilfælde, hvor borgeren har manglende sygdomserkendelse. Eksempelvis kan borgere med ringe sygdomserkendelse nå til en højere grad af sygdomserkendelse gennem inddragelse i målsætning og evaluering af rehabiliteringen, hvilket fremmer rehabiliteringsprocessen.

- Det anbefales, at borgerens perspektiv spiller en central rolle i fase III rehabiliteringsindsatsen såvel som i den løbende evaluering af rehabilitering og målsætning.

Individuelt caseeksempel på, at inddragelse af borgeren skal være faglig funderet

I en af de gennemgåede sager visiteres borgeren til flere hospitals-genoptræningsophold. Borgeren følger ad flere omgange kompenserende specialundervisning. Borgeren og dennes pårørende er meget aktive i sagen.

Vurdering

Auditpanelet vurderer, at borgeren og dennes pårørende har været meget styrende i forhold til de tilbud, borgeren bevilges. Auditpanelet fremhæver den ulempe, det er for borgerens rehabilitering, at der mangler sammenhæng i forløbet. Der er således adskillige genoptræningsplaner imellem sagsakterne, men ingen samlet plan for rehabiliteringen.

Auditpanelet vurderer på den ene side, at

inddragelsen af borgeren har været omfattende, men bagsiden af dette er, at sygdomserkendelsen hos borgeren i forhold til det nye liv, borgeren skal lære at leve med sine funktionsnedsættelser, har været udskudt. Som det fremgår af sagsmaterialet, synes ingen fagpersoner at have taget denne fagligt vigtige neuropædagogiske indfaldssamtale med borgeren.

Der mangler således en gennemgående neuropædagogisk strategisk tankegang. Manglen på et fokuseret og målrettet samarbejde fra starten af fase III indsatsen gør, at borgeren reelt set aldrig får bearbejdet og erkendt sit tab af kognitiv funktionsevne. Rehabilitering handler om at få et meningsfuldt liv efter hjerneskaden og at re-orientere sig selv i den nye situation. Auditpanelet kan ikke se, at borgeren får hjælp til dette.

⁴ Arbejdsgruppen henviser i denne forbindelse til Glintborg, Charlotte og Svejstrup, Ole (2012): Rehabilitering – mere end genskabelse af funktionsniveau i: Rehabilitering, koordination og neurofaglighed, Hjerneskadeområdet anno 2012, Videnscenter for Handicap, Hjælpemidler og Socialpsykiatri, 2012, 1. udgave, 1. oplag.

Individuelt caseeksempel på, at inddragelse af borgeren skal være fagligt funderet

I en af de auditerede sager inddrages borgerens ønsker, men der tages for lidt hensyn til borgerens manglende sygdomserkendelse.

Vurdering

Arbejdet med borgerens sygdomserkendelse kunne ske gennem inddragelse af borgeren i træningen. Gennem målsætninger og evalueringer sammen med borgeren kan man opnå øget erkendelse og realisme hos borgeren i forhold til egen formåen. Det fremgår ikke af sagsmaterialet, at borgeren har været inddraget i træningen på denne måde, konstaterer panelet. Den manglende sygdomserkendelse fremgår tydeligt af den tværfaglige status fra fase II indsatsen og denne viden skal således indgå i alt arbejde med borgeren.

Individuelt caseeksempel på manglende arbejde med borgerinddragelse

I en af de gennemgåede sager fremgår det, at borgeren gerne vil hjem fra det kommunale tilbud, men det ses ikke ud af sagsmaterialet, at man på det kommunale genoptræningstilbud taler med borgeren om denne problemstilling. En samtale, der med inddragelse af neurofaglig viden kunne synliggøre, hvilke mange skridt på vejen og små delmål, der eventuelt i bedste fald ville kunne føre til opnåelse af ønsket.

Vurdering

Panelet vurderer, at personalet mangler forståelse for borgerens situation og viden om, hvordan man kan arbejde neuropædagogisk i sit målsætningsarbejde med inddragelse af borgeren. Panelet sætter spørgsmålstejn ved personalets vurdering af, at borgeren ikke har selvindsigt og erkendelse af situationen. Auditpanelet vurderer, at borgeren har en form for erkendelse og en grad af forståelse, som personalet bør trække på som led i arbejdet med borgerens sygdomserkendelse.

3.4 Pårørendeindsats

En hjerneskade rammer ikke kun borgeren, men påvirker i høj grad også de pårørendes livssituation.

- Det anbefales, at pårørende og det øvrige netværk medtænkes i rehabiliteringsindsatsen i det omfang, de pårørende og netværket magter og ønsker dette og i overensstemmelse med borgerens ønsker. En del af den specialiserede indsats er at tilbyde pårørende den relevante støtte.

Individuelt caseeksempel på inddragelse af pårørende til svært skadede borgere

I et forløb, hvor en ung borger får en svært hjerneskade efter et hjertestop, spiller de pårørende en stor rolle.

Vurdering

Auditpanelet vurderer, at der i denne sag sker koordination på rette tidspunkt for at finde det rette tilbud, men vurderer, at det primært er de pårørende, der koordinerer, frem for kommunens sagsbehandler. De pårørende er i høj grad inddraget, men de pårørende kunne i højere grad indgå som en målgruppe for en mere faglig bevidst støtte, vurderer auditpanelet. I forløb som dette er de pårørende centrale for borgerens nye livssituation og for rehabiliteringens succes, men de pårørende er samtidig også potentielt psykisk belastede af den store omstilling. Hvis der har været en indsats møntet på de pårørende, er den ikke dokumenteret i sagen, bemærker auditpanelet.

Individuelt caseeksempel på, hvordan den pårørende ikke klædes på til at være en del af rehabiliteringsindsatsen

I et rehabiliteringsforløb, hvor den hjerneskadede borger har et godt netværk, kommer borgeren på hjemmebesøg i weekenderne.

Vurdering

Panelet er skeptiske over for, om den pårørende er klædt på til at varetage opgaven med at hjemtage borgeren i weekenderne. På grund af hjerneskadens karakter kræves en særlig struktur i dagsprogrammet for, at borgeren kan mestre tilværelsen. Af sagsmaterialet fremgår endvidere, at borgeren er meget udtrættet efter besøg i hjemmet. Auditpanelet konstaterer, at kommunen ikke forholder sig helhedsorienteret til, hvad der kan sætte den pårørende i stand til at magte at have borgeren hjemme i weekenderne. Den pårørende klædes ikke videnskabsmæssigt på med hensyn til at kunne skabe en struktur, som borgeren profiterer af.

Auditpanelet ser endvidere, at den pårørende pådrager sig en fysisk belastningsskade på grund af et manglende hjælpemiddel, hvilket er problematisk, idet der burde have været foretaget en sikkerhedsvurdering af arbejdsmiljøet. Arbejdsskader skal undgås, uanset om det drejer sig om personale eller pårørende, lyder det fra panelet. Auditpanelet vurderer endvidere skaden yderligere uheldigt, da den pårørende er central for borgerens rehabilitering og derfor ikke skal overbelastes.

Problemstillinger i forhold til både større og mindreårige børn af borgeren med erhvervet hjerneskade indgik i enkelte af borgersagerne og blev drøftet på to af auditmøderne, men ikke i indgående grad. Arbejdsgruppen har fundet det relevant at fremhæve temaet omkring børn, da indsatserne over for børn af den skadesramte vurderes at være et underbelyst område, der potentielt kan spille en stor rolle i en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats på tværs af de organisatoriske søjler og lovgrundlag.

3.5 Dokumentation

Sagsmaterialet til de tre auditmøder har været indhentet fra de forskellige kommunale forvaltningsområder og har dækket myndighedsskrivelser, korrespondance mellem fagpersoner og mellem fagpersoner og borgere samt de forskellige fagområders journalark. Det har været en udfordring for auditpanelerne at overskue alt dette sagsmateriale, men har også givet udbytterig læring for paneldeltagerne at forsøge at etablere et overblik over sagerne på baggrund af de mange sagsakter.

3.5.1 Journalvirvar

Mange og forskellige journaliseringssystemer internt i kommunerne gør det vanskeligt at etablere overblik over borgerens rehabiliteringsforløb.

- Det anbefales, at det overvejes, hvordan et overblik kan etableres; både af hensyn til fagpersoner og af hensyn til borgere, der måtte ønske at få indsigt i det samlede sagsforløb. Der peges på de gevinster, der kan opnås ved en fælles rehabiliteringsplan, en tidslinje eller lignende.

Individuelt caseeksempel på et fragmenteret forløb

I en af de gennemgåede borgersager er der mange forskellige rehabiliteringsindsatser og adskillige genoptræningsplaner imellem sagsakterne, men der er ingen samlet plan for rehabiliteringen.

Vurdering

Auditpanelet vurderer, at der i denne sag mangler en rød tråd i de mange typer af tilbud, som borgeren modtager. Auditpanelet vurderer, at de relevante fagpersoner er repræsenteret i sagen, men vurderer, at koordineringen imellem dem mangler. Forløbet er gennemsyret af en mangel på en gennemgående neuropædagogisk strategisk tankegang. En gennemgående forløbskoordination bør sikre denne tankegang i en rehabiliteringsplan, som tager højde for borgerens sygdomserkendelse som afgørende element i rehabiliteringen, vurderer auditpanelet.

3.5.2 Tydelig dokumentation af faglige til- og fravalg i forløbet

Det bemærkes i flere sager, at utydelig dokumentation af rehabiliteringsindsatsen, opstart og afslutning af de enkelte indsatser og hvilken lovparagraf, rehabiliteringsindsatsen er bevilget efter, kan afstedkomme retssikkerhedsmæssige problemer for borgeren. Som eksempler kan det fremhæves, at det er vigtigt at dokumentere, at det er et bevidst fagligt valg, hvis der eksempelvis er ventetid i rehabiliteringsforløbet, at borgeren selv forestår sin træning, at borgeren skal have mange forskelligartede tilbud eller, at der fraviges fra tidligere truffne beslutninger om rehabiliteringsindsats.

- Det anbefales, at der skabes tydelighed om vigtigheden af at dokumentere de faglige overvejelser i forbindelse med beslutninger i forløbet.

Eksempel på manglende dokumentation af faglige valg i forløbet

I et af de gennemgåede forløb konstaterer auditpanelet, at kommunen henvender sig til borgeren inden for ganske få dage, men ifølge journalark fra ergoterapeuten igangsættes genoptræningen imidlertid først en måned efter udskrivelsen. Den egentlige specialiserede rehabiliteringsindsats opstartes et halvt år efter hjerneskadens opståen.

Vurdering

Auditpanelet vurderer, at denne ventetid formentlig ikke er hensigtsmæssig for borgerens rehabilitering. Auditpanelet er enig om, at der går for lang tid (et halvt år), før borgeren modtager et tilstrækkeligt specialiseret tilbud i forhold til den kognitive træning og fysiske genoptræning, men anerkender, at der kan være en grund hertil (eksempelvis kun optag nogle få gange årligt). Auditpanelet mangler en dokumenteret vurdering af, at ventetiden er meningsfuld ud fra et fagligt synspunkt; eksempelvis at borgeren skal have tid til restitution.

Individuelt caseeksempel på manglende dokumentation af faglige valg i forløbet

En borger har i en af de gennemgåede cases fået stillet i udsigt at modtage et specialiseret rehabiliteringstilbud uden for kommunen, men dette effektueres ikke.

Vurdering

Auditpanelet bemærker, at kommunen i begyndelsen i fase III forløbet vurderer, at borgeren bør modtage et specialiseret tilbud efter en periode med rehabilitering i egen kommune. Der fremgår imidlertid ingen faglig begrundelse for, at denne anbefaling fraviges.

3.6 Økonomi

I alle sager har auditpanelerne forholdt sig til, hvad der kan gøres fremadrettet i lignende forløb under hensyntagen til LEON- princippet (lavest effektive omkostningsniveau), jf. bilag 1.

Arbejdsgruppen konstaterer, at nogle af forslagene ikke blot er omkostningsneutrale, men at anbefalingerne peger på ansatser til en bedre og mere strømlinet koordinering internt i kommunerne, der ifølge arbejdsgruppen vil være besparende målt i sagsbehandlingstimer. Arbejdsgruppen peger endvidere på, at forslagene er direkte forbundet med en hurtigere, mere kvalificeret og mere rettidig indsats overfor borgerne. Arbejdsgruppen peger på vigtigheden af at der fokuseres på: 'Rette borger, rette tilbud, rette tid'.

3.6.1 Helhedsorienteret indsats kan forventes at nedbringe udgifterne

Auditpanelerne antager, at den tværfaglige og koordinerede indsats, som tager afsæt i borgerens specifikke behov og samlede livssituation kan bidrage til et optimeret forløb i fase III. Auditpanelerne erkender, at antagelsen baserer sig på vanskeligt dokumenterbare forhold, men ønsker ikke desto mindre at pege på, at en koordineret og helhedsorienteret indsats i kommunen på langt sigt må forventes at nedbringe udgifterne.

Individuelt caseeksempel på, at det kan betale sig at sætte ind med den intensive indsats først

I et tidligere nævnt eksempel vurderer panelet, at der i forbindelse med genoptræning og arbejdsprøvning i den konkrete sag ikke indrages tilstrækkelig neurofaglig viden. Borgeren oplever, hvad auditpanelet betegner som en social deroute og kommer ikke til at klare sig i eget hjem.

Vurdering

Auditpanelet er enig om at vurdere, at der er et stort udviklingspotentiale i at sikre en fælles strategi over for borgeren og fastholde et neurofagligt perspektiv på borgerens manglende sygdomserkendelse kombineret med fokus på borgerens sociale problemer og misbrug. En fælles faglig behovsvurdering kunne styrke et forløb som dette, vurderer auditpanelet og kunne muligvis have forhindret borgerens sociale deroute. Hvor borgeren ser ud til fremover at være afhængig af omfattende støtte og måske ikke kommer til at kunne klare sig i eget hjem, vurderer auditpanelet, at man med en mere intensiv indsats i et specialiseret tilbud i starten af fase III ville have kunnet hjælpe borgeren til at kunne klare sig i eget hjem med mindre støtte. Den intensive indsats i fase III skulle omfatte misbrugsbehandling, og bestå af mange små skridt i forhold til nedjustering af intensiteten i træning og støtte.

Individuelt caseeksempel på, at det kan betale sig at koordinere indsatsen fra start

I en af de tidligere nævnte auditerede sager modtager borgeren det intensive specialiserede tilbud et år efter udskrivelsen fra hospitalets fase II indsats på trods af, at det fra hospitalet blev anbefalet, at borgeren fik et specialiseret tilbud i fase III.

Vurdering

Panelet anbefaler, at der fra starten af forløbet i fase III etableres et møde mellem de involverede parter, således at der kan ske en fælles faglig behovsvurdering med inddragelse af relevante fagpersoner med den rette neurofaglige viden. Der skal således ske en effektivisering af samarbejdet på forvaltningsniveau. Auditpanelet finder det ikke tilfredsstillende, at der går en måned med mailkorrespondance mellem forvaltningerne. Auditpanelet vurderer, at det ud fra en helhedsbetragtning ville have været omkostningseffektivt, hvis der fra start havde været fokus på borgerens komplekse problemstillinger og på hvilke tiltag, der skulle til for at understøtte borgerens rehabilitering. Her ses eksemplet på, at bureaukratiske søjler og tendens til silotænkning hæmmer rehabiliteringsforløbet og koster ressourcer på bundlinjen i form af mange sagsbehandlingstimer.

Panelet vurderer, at det kunne have gavnet forløbet og øget sandsynligheden for forbedring af borgerens funktionsevneniveau, hvis borgeren havde modtaget det intensive tilbud først og med den rette indsats. Bag denne betragtning ligger, at der er størst mulighed for spontan remission i den første tid efter hjerneskadens opståen. Herved kunne det ikke-specialiserede kommunale tilbud ifølge auditpanelet eventuelt have været af væsentligt kortere varighed. Panelet vurderer således, at forløbet er fragmenteret i alle retninger, og at det reelt koster ressourcer ikke at have en samlet plan.

4 Diskussion

4.1 Hvad er en specialiseret fase III indsats?

Paneldeltagerne finder den form for bredt sammensatte auditanalyse, der er anvendt i nærværende undersøgelse relevant i forhold til operationaliseringen af, hvad der kræves af en specialiseret hjerneskadeindsats i kommunerne. Flere kommunale paneldeltagere kommenterer, at de i kommunerne ville have vanskeligt ved at foretage audit på samme faglige niveau, som denne audit, da de ikke har fagpersoner nok til auditpanelet. Flere auditpaneldeltagerne har i undersøgelsesforløbet efterspurgt muligheden for at se resultaterne af auditeringen af egne sager for at bruge resultaterne til intern læring. Ønsket har dog ikke kunnet imødekommes på baggrund af undersøgelsens principper om at sætte fælles læring i centrum frem for at fokusere på eventuelle mangler i den enkelte kommune.

Analyserne af de 12 sagsforløb har vist, hvordan selve definitionen af specialiseret fase III rehabiliteringsindsats rummer udfordringer. Arbejdsgruppen konstaterer, at auditpanelerne i otte ud af de 12 fremsendte borgersager vurderer, at borgeren har behov for en specialiseret indsats i fase III. Det vil sige, at fire borgere bliver vurderet til ikke at høre ind under udvælgelseskriterierne. Fagpersonerne i de to paneler, der havde disse borgersager, mener, at en del af forklaringen på, hvorfor sagerne er fremsendt til audit, er, at det i kommunerne kan være en udfordring at vurdere, hvad der kræver en specialiseret indsats.

I seks ud af de otte sager, der vurderes at kræve en specialiseret indsats, vurderer panelerne på baggrund af dokumentationen, at der i første del af fase III indsatsen ikke har været tilstrækkelig neurofaglig viden og specialiseringsgrad. Af de seks borgersager, vurderes to borgere efter henholdsvis et halvt og et år at få en indsats på specialiseret niveau. Det vil sige, at ud af de otte sager, hvor borgeren vurderes at have behov for specialiseret indsats, finder auditpanelerne i fire tilfælde, at borgerne samlet set har fået tilbudt en fase III indsats på specialiseret niveau. Denne analyse skal tages med store forbehold, da den baserer sig på ganske få sager, og udvælgelsen af sagerne ikke er statistisk repræsentativ.⁵ Desuden baserer analysen sig kun på tilgængeligt skriftligt materiale, og der kan være faglige indsatser, som ikke fremgår af dokumentationen. Auditpanelerne finder dog borgersagerne repræsentative for den type af sager, de kender, og det er paneldeltagernes oplevelse, at kommu-

nerne har udfordringer med at definere, hvad der kræver en specialiseret indsats og hvad den skal bestå af. Arbejdsgruppen ønsker at sætte til diskussion, hvordan sådanne udfordringer imødekommes, men er samtidig opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen er i gang med et arbejde herom. Arbejdsgruppen peger endvidere på, at emnet kan være et opmærksomhedspunkt i Hjerneskadesamrådet i Region Midtjylland i lighed med de nationale drøftelser.

4.2 Neurofaglig viden i den specialiserede fase III indsats

Auditundersøgelsen viser, at det er en udfordring at definere kravet om neurofaglig viden på rette niveau og, at alle relevante parter, herunder egen læge, jobcenter og lægekonsulenter skal have adgang til neurofaglig viden på rette niveau. Arbejdsgruppen ønsker i den forbindelse at præcisere, at alle faggrupper involveret i forløbet kan bidrage med den neurofaglige viden om hjerneskadens omfang og skadens placering i hjernen samt, at neurofaglig vejledning og supervision skal stratificeres efter problemstillingerne.

Den specialiserede indsats betyder, at der arbejdes ud fra en gennemgående neuropædagogisk tankegang, således at der udover fokus på genoptræning af funktioner også arbejdes med borgerens egen erkendelse af sygdommen og at borgeren sættes i stand til at orientere sig i sin tilværelse. Arbejdsgruppen nævner blandt andet "Håndbog i neuropædagogik" som inspirationskilde til forståelsen af neuropædagogik som individuelle pædagogiske tiltag på baggrund af:

- En generel viden om hjernen og hjerneskader
- En specifik viden om den givne hjerneskade
- En specifik viden om den hjerneskadede borger og borgerens kontekst.⁶

Den nødvendige viden om hjerneskader findes i forskellige faglige regier, vurderer arbejdsgruppen, men spørger, hvordan det bedst sikres, at den neurofaglige viden og erfaring indgår i kommunernes specialiserede fase III indsats.

5 Se udvælgelseskriterier i kapitel 5

6 Hjerneskaderådgivningen, Odense Kommune og 8 øvrige fynske kommuner, 2012, se kapitel 1.

4.2.1 Inddragelse af eksperter fra VISO og Regionshospitalet Hammel Neurocenter

I en af de auditerede sager har den nationale specialrådgivningsorganisation VISO været involveret, hvilket betyder, at undersøgelsen ikke bibringer megen viden om, hvad ekspertinddragelse gennem VISO kan bidrage med i fase III indsatsen. Arbejdsgruppen vurderer, at det bør drøftes, hvorvidt VISO i tilstrækkelig grad udnyttes i forhold til de behov for rådgivning, der findes i kommunerne. Arbejdsgruppen peger desuden på, at det i fremtidige borgersager bliver interessant at se, hvorvidt det kan løfte den neuropædagogiske tilgang, at kommunerne får faglig understøttelse fra Regionshospitalet Hammel Neurocenter i de specialiserede hjerneskadesager i den midtjyske region. Projektet løber i perioden fra medio 2013 til ultimo 2014.

4.3 Dokumentation

4.3.1 Krav til dokumentation af den specialiserede fase III rehabiliteringsindsats

Arbejdsgruppen og auditpanelerne peger på, at den specialiserede fase III rehabiliteringsindsats fordrer en tydelig dokumentation. Af borgersagerne kan panelerne kun i få tilfælde se, at dokumentationen er tydelig nok til, at den kan understøtte teamarbejdet omkring borgeren. Panelerne efterspørger løbende dokumentation og mere tydeligt målsætningsarbejde og evaluering af indsatsen, når der er tale om et tilbud, der omtales som specialiseret. I de tilfælde, hvor en fagperson, f.eks. bostøtte-medarbejder efter serviceloven, fysioterapeut, hjerneskadekoordinator eller andre skriver uddybende om deres del af indsatsen, drøfter auditdeltagerne, hvordan det sikres, at de øvrige fagpersoner omkring borgeren får læst og brugt de relevante oplysninger.

Individuelt caseeksempel om auditpanelets vanskeligheder ved at vurdere, om en indsats er på specialiseret niveau

Auditpanelet har i denne sag svært ved at vurdere indsatsen i det mere intensive tilbud, som borgeren visiteres til efter nogle måneder i fase III. Auditpanelet har som udgangspunkt en positiv indstilling til specialisering, hvad angår de neurofaglige kompetencer på stedet på baggrund af deres egne erfaringer med tilbuddet, som de godt kender. Det er dog vigtigt at forholde sig til, at der tilbydes forskellige typer af forløb med forskellig specialiseringsgrad i dette tilbud, alt afhængig af taksten og eventuelle tillægsydelse. Auditpanelet kan ikke se, hvad borgeren tilbydes konkret og kan derfor dårligt vurdere specialiseringsgraden. Blandt andet fremgår det ikke af sagsmaterialet, om de neuropædagogiske strategier omsættes til synlige målbare parametre i daglig praksis.

En specialiseret indsats betyder ifølge auditpanelerne, at der arbejdes ud fra en gennemgående neuropædagogisk tankegang, således at der udover fokus på genoptræning af funktioner også arbejdes med neuropædagogiske strategier i forhold til at arbejde med borgerens nærmeste udviklingszone. Auditpanelerne efterspørger i flere tilfælde, at den neuropædagogiske strategi omsættes til konkrete mål og synlige dokumenterede handlinger i den daglige praksis, hvilket er nødvendigt for, at der kan være tale om et specialiseret tilbud.

Individuelt caseeksempel om behovet for dokumentation af den specialiserede indsats

I denne borgersag ser auditpanelet det som en mangel i dokumentationen fra det kommunale genoptræningscenter, at det ikke fremgår, at der arbejdes bevidst efter en neuropædagogisk strategi.

Vurdering

Panelet efterspørger, at det bør kunne ses, at personalet arbejder bevidst efter at afsøge borgerens ressourcer eller er nysgerrige på borgerens sanse- og perceptionsproblematik. Auditpanelet leder forgæves efter tegn på neurofaglig viden i sagsmaterialet fra det kommunale genoptræningstilbud. Auditpanelet vurderer, at denne borger kunne have profiteret af og eventuelt kunne have højnet sit funktionsniveau ved, at der havde været arbejdet målrettet med et struktureret dagsprogram med aktivitetsbaserede neuropædagogiske strategier, som lægges ind i hverdagen. Auditpanelet kan ikke se ud fra dokumentationen, at der arbejdes ud fra en neuropædagogisk tankegang i den tværfaglige indsats, eller at der opstilles fælles mål, der evalueres på.

4.3.2 Dokumentationsudfordring angående pårørendeindsats og supervision

Vejledning og supervision af fagpersoner udgør sammen med indsatsen over for pårørende områder, som det har været vanskeligt for paneldeltagerne at vurdere i gennemgangen af de 12 borgersager. Udfordringen er, at vejledning og supervision til fagpersoner og tilbud til den pårørende yderst sjældent dokumenteres på sagsniveau, om end de kan være ganske centrale for et borgerens forløb på specialiseret niveau. Arbejdsgruppen ønsker at pege på, at områderne er vanskelige at vurdere og kvalitetssikre. Det anbefales, at det undersøges nærmere, hvordan dokumentationsudfordringen i forhold til supervision og pårørendeindsats imødekommes, så disse områder kan omfattes af fremtidig kvalitetssikring.

4.4 Det matrikelløse specialiserede fase III tilbud

Auditpanelerne drøfter, at et specialiseret tilbud ikke skal sættes lig med et samlet rehabiliteringstilbud. Specialisering må ikke forveksles med "mursten", da et specialiseret tilbud kan sammenstykkles fra sag til sag, og gennem inddragelse af et fagligt kompetent team af medarbejdere, der etableres uafhængigt af, om borgeren opholder sig i eget hjem eller på et tilbud, som ikke er specialiseret.

Individuelt caseeksempel om auditpanelets overvejelser om specialiseret indsats

En ung borger får en svær hjerneskade efter et hjertestop. På baggrund af råd fra hospitalet om sværhedsgraden af borgerens hjerneskade og kravene til genoptræningen, beslutter borgerens hjemkommune at visitere borgeren til et døgn dækket, midlertidigt ophold efter servicelovens § 107 i en anden kommune. Senere visiteres borgeren til et længe-revarende botilbud, som også ligger uden for kommunen.

Vurdering

Paneldeltagerne drøfter, at nogle kommuner ville have valgt at beholde en tilsvarende borger i egen kommune og stykke fase III indsatsen sammen af en række tilbud. Det kunne betyde ophold på et plejecenter og træningstilbud fra flere instanser. Auditpanelet vurderer, at det at lade en borger som denne blive i hjemkommunen ikke nødvendigvis ville nedbringe omkostningerne i rehabiliteringsindsatsen, da der ville skulle opbygges og sikres koordinering af en neurofagligt funderet tværfaglighed, hvis den faglige kvalitet skulle opretholdes.

Auditpanelerne drøfter, hvordan det at lade borgeren blive i hjemkommunen kan give en øget grad af geografisk nærhed til vante rammer og pårørende. Løsningen vil skulle vurderes fra sag til sag, med afsæt i borgerens perspektiv og i samråd med pårørende. Ved en såkaldt "matrikelløs" løsning fremhæver panelerne, at det sætter særlige krav til det interdisciplinære teamsamarbejde, at det skal etableres fra gang til gang. Den neuropædagogiske strategi bør være tydelig i den enkelte borgers forløb.

4.5 Volumen og tilbud til unge

Det vurderes på tværs af auditpanelerne, at specialisering kræver volumen, og det ses som en udfordring for kommunerne at sikre den nødvendige grad af erfaring med det tætte interdisciplinære teamsamarbejde.

Hvad angår unge borgere med erhvervet hjerneskade, vil det nogle gange være centralt, at borgeren får et tilbud, hvor der er andre unge, mens nærhedsprincippet for andre vil vægte højere end at bo et sted med jævnaldrende. På området unge borgere med erhvervet hjerneskade peger auditpanelerne på behovet for, at det sikres, at et specialiseret tilbud tilgodeser unges eventuelle behov for at være sammen med andre unge, og at der på dette område kan være brug for botilbud.

Angående unge med behov for specialiseret indsats er det et opmærksomhedspunkt for alle auditpaneler, at kommunerne sikrer, at der er mulighed for botilbud til de unge ved, at kommunerne går sammen om at drifte sådanne tilbud med den rette specialviden eller anvender regionale eller andre tilbud med den rette volumen og specialiserede tilgang.

4.6 Førtdspensionsreform og koordinering i forhold til hjerneskaden

Auditundersøgelsen peger på en risiko for koordineringsmæssige problemer for borgere med erhvervet hjerneskade som følge af, at der med reformen vedrørende førtdspension og fleksjob oprettes en teamstruktur, der skaber risiko for, at samme borgers sag behandles i to forskellige regier. Arbejdsmarkedsområdets teamdannelser og individuelt tilrettelagte ressourceforløb var ikke en del af audit, da sagsforløbene, der blev auditeret, var fra før reformerne trådte i kraft i 2013. Flere borgere med erhvervet hjerneskade og behov for en specialiseret indsats vil komme til at være i målgruppen for en særligt koordinerende indsats i regi af arbejdsmarkedsområdet, og arbejdsgruppen finder det relevant at trække frem som et diskussionspunkt, hvordan koordineringen på hjerneskadeområdet bedst kommer til at spille sammen med koordineringen i forbindelse med erhvervsevneafklaringen.

5 Undersøgelsens proces og metode

5.1 Auditundersøgelsens arbejdsgruppe

CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling har udviklet og gennemført undersøgelsen i samarbejde med DASSOS-sekretariatet og en fagligt funderet arbejdsgruppe bestående af fagpersoner fra kommunerne og Region Midtjylland. Nedenstående fem arbejdsgruppemedlemmer har samarbejdet med CFK om gennemførelse af undersøgelsen, herunder stået for udarbejdelse af en foreløbig operationaliseret definition af specialiseret fase III indsats og udvælgelse af sager til audit, ligesom de selv har deltaget i auditpanelerne:

1. Helle Nybo Mørn, faglig konsulent, Aarhus Kommune
2. Charlotte Brøndum, faglig koordinator, Silkeborg Kommune
3. Marianne Halfdaner, hjerneskadekoordinator, Syddjurs Kommune
4. Lis Kleinstrup, ledende terapeut, Regionshospitalet Hammel Neurocenter, Region Midtjylland
5. Trine Blomgreen, fagkonsulent, specialområdet hjerneskade, Region Midtjylland

Nedenstående personer deltog i øvrigt i arbejdsgruppen i forbindelse med det indledningsvise undersøgelsesdesign. De udtrådte af arbejdsgruppen i slutningen af 2012.

6. Birgitte Randrup Krog, projektleder, Aarhus Kommune
7. Charlotte Glintborg, på daværende tidspunkt Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri
8. Heinz Jacob, daværende centerleder, Center for Voksensocial, Region Midtjylland

Karsten Binderup, Line Pedersen og Christina Lindgaard Ovesen fra Sekretariat for rammeaftaler har fungeret som formandsskab og sekretariat for arbejdsgruppen.

5.2 Auditundersøgelsens design⁷

5.2.1 Den anvendte auditmetode

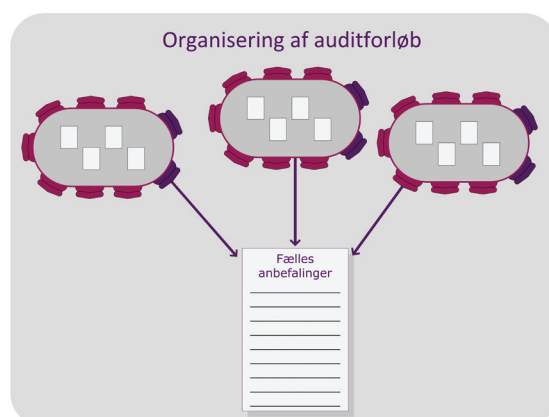
Auditmetoden, der har været anvendt i undersøgelsen, er en kvalitativ, casebaseret form for audit, hvor fagpersoners analyser af 12 borgersager har dannet afsæt for udvikling af anbefalinger af mere generel karakter. Som det er

illustreret i figur 2 nedenfor, er der gennemført tre auditmøder med tre forskellige paneler af fagpersoner. Hvert panel har bestået af syv erfarne videnspersoner fra området borgere med erhvervet hjerneskade.

Auditten er gennemført som en ekstern audit, idet ingen kommuner auditerede egne sager. Det forhold, at paneldeltagerne vurderer andres borgersager på baggrund af egen viden og erfaringer fra forskellige kommuner og fra regionen vurderes i denne type af audit at styrke auditresultaternes rækkevidde og den læring, der opnås på tværs af kommuner i den midtjyske region.

Efter hvert auditmøde er der udarbejdet et referat. Referaterne har gengivet panelernes vurderinger og drøftelser og anbefalinger ud fra de fire borgersager, som hver audit omhandlede. Referatet fra auditmøderne er gennemgået og godkendt af de enkelte auditpaneler. Herefter har CFK samlet anbefalingerne fra de tre audits og samarbejdet med arbejdsgruppen om denne samlede afrapportering.

Figur 2. Organisering af auditforløb



5.2.2 Operationaliseret definition af specialiseret rehabiliteringsindsats

Arbejdsgruppens definition af rehabilitering har fulgt Forløbsprogrammets og den forudgående MTV's henvisning til WHO's definition:

⁷ Opdraget for undersøgelsen fremgår af: Undersøgelsesdesign, Undersøgelse af kommunernes indsats over for borgere med erhvervet hjerneskade, godkendt den 14. november 2012 af DASSOS' forretningsudvalg. Revideret den 20. december 2012 på grund af ændringer i procesplanen, Sekretariat for Rammeaftaler.

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

Oversat af Sundhedsstyrelsen i 2010; se Sundhedsstyrelsen, Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade 2011, side 7 og Sundhedsstyrelsens, Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering 2011, s. 65

MTV'en henviser endvidere til definitionen i "Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet" fra MarselisborgCenteret:

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

Kilde: Rehabiliteringsforum Danmark og MarselisborgCentret, Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, Aarhus: MarselisborgCentret 2004; se Sundhedsstyrelsens, Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering 2011, s 65

Forud for auditforløbet fik arbejdsgruppen til opgave at udarbejde en operationaliseret definition af en specialiseret rehabiliteringsindsats på området voksne med erhvervet hjerneskade. Arbejdsgruppen tog afsæt i Forløbsprogrammets beskrivelse:

"Rehabiliteringsforløbet varetages af de specialiserede hjerneskadetilbud som samlede, helhedsorienterede og intensive forløb. Der er involveret faggrupper med specialiseret neurofaglig ekspertise (inden for alle relevante områder), som fungerer i tæt, interdisciplinært samarbejde. Faggrupperne modtager fast og hyppig supervision og deltager desuden ofte i udviklingsarbejde og forskning."

Kilde: Sundhedsstyrelsen, Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade 2011, side 45.

Arbejdsgruppen afgrænsede ovenstående til, at det skulle undersøges i hvor høj grad borgere med erhvervet hjerneskade modtager en rehabiliteringsindsats, der kan karakteriseres som et samlet, helhedsorienteret og intensivt forløb, jf. ovenstående definition fra Forløbsprogrammet. Operationaliseringen lød således:

"Rehabiliteringsforløbet varetages af de specialiserede hjerneskadetilbud som samlede, helhedsorienterede og intensive forløb."

Det har været arbejdsgruppens vurdering, at det ikke er muligt at opstille direkte målbare indikatorer på ovenstående definition. Der har således været tale om mere kvalitative indikatorer, som samlet set danner et billede af i hvor høj grad et rehabiliteringsforløb kan karakteriseres som samlet, helhedsorienteret og intensivt.

På baggrund af denne operationaliserede definition, udarbejdede CFK et vurderingsskema, som paneldeltagerne udfyldte forud for auditmødet. Vurderingsskemaet har haft følgende tematiske opdeling:

1. Overgang og timing
2. Koordination mellem fagområder/forskellig forvaltninger
3. Tilbuddets karakter og intensitet
4. Borgerinddragelse
5. Specialiseringsgrad i rehabiliteringsindsatsen
6. Udviklingsspørgsmål på baggrund af den aktuelle sag⁸

I auditvurderingsskemaet er der fem svarkategorier: "I høj grad tilfredsstillende", "I nogen grad tilfredsstillende", "I mindre grad tilfredsstillende", "Slet ikke tilfredsstillende" og "Stillingtagen ikke mulig på grund af manglende viden/dokumentation". De fire første svarkategorier skulle anvendes til at vurdere et spørgsmål på baggrund af foreliggende dokumentation og/eller viden. I de tilfælde, hvor et spørgsmål ikke kunne vurderes, blev deltagerne bedt om at sætte kryds i feltet "Stillingtagen ikke mulig på grund af manglende viden/dokumentation".

I et felt til begrundelse er auditpaneldeltagerne opfordret til at begrunde deres svar. Begrundelserne er en vigtig del af audit, da de giver mulighed for, at drøftelserne på auditmødet kan foldes ud ved at få nuancer og perspektiver vendt.

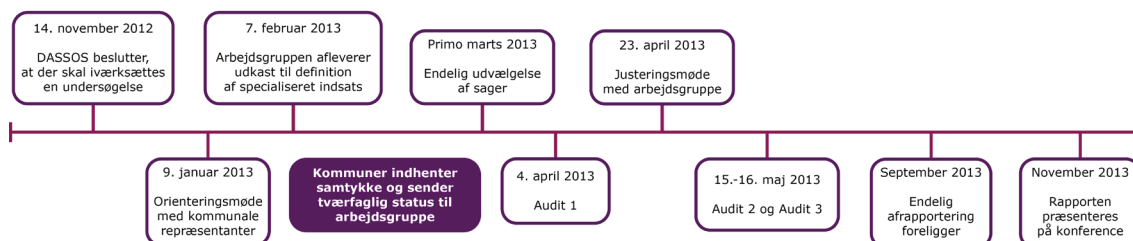
⁸ Se bilag 1 for de konkrete spørgsmål og tilhørende vejledning.

5.2.3 Undersøgelsens tidsplan

DASSOS besluttede som nævnt at iværksætte undersøgelsen i november 2012. Den 9. januar 2013 var der orienteringsmøde med kommunale repræsentanter, som blev introduceret til undersøgelsen og til auditmetoden. Mens arbejdet

med definition af 'specialiseret indsats' og udviklingen af vurderingsskemaet foregik, skete sagsudvælgelse og indhentning af samtykker i kommunerne. De tre auditmøder er gennemført i april – maj 2013.

Figur 2. Tidslinje



5.2.4 Udvalgelse af borgerforløb

Arbejdsgruppen udvalgte de 12 borgerforløb til auditering blandt en bruttoliste af borgerforløb, der blev tilvejebragt af regionens 19 kommuner. Hver kommune blev bedt om at indhente samtykke og fremsende anonymiserede tværfaglige statusbeskrivelser på to borgerforløb, hvor borgeren i løbet af 2011 var udskrevet fra hospitalsindlæggelse.

Hver kommune, for så vidt de havde borgere inden for kriterierne, fremsendte i foråret 2013 anonymiserede tværfaglige statusbeskrivelser på to borgerforløb. Det var kommunerne frit for at vælge borgersager, man vurderede var gået godt eller dårligt. Arbejdsgruppens betragtning var, at der ville være læring at hente i alle typer af sager. Kriterierne for valg af sager var:

Borgere i den erhvervsaktive alder (18-65 år) med komplekse problemstillinger i forhold til ICF, der kræver yderligere multidisciplinær indsats på specialiseret niveau i kommunerne efter udskrivelse i 2011 fra fase II-behandling.

I alt 27 sager blev fremsendt til bruttolisten. Arbejdsgruppens endelige udvælgelse af de 12 borgerforløb skete på baggrund af følgende kriterier:

- Repræsentativitet i forhold til små og store kommuner samt geografisk spredning
- Bredde i forhold til skadens kompleksitet. Der udvælges både forløb, hvor borgeren har været indlagt på højt specialiseret niveau på Hammel Neurocenter og forløb, hvor borgeren har været indlagt på regions-

funktionsniveau på Hammel Neurocenter eller hospitalsenhederne Skive, Lemvig eller Holstebro.

- Spredning i indsatsens omfang og tværfaglighed forstået på den måde, at der udvælges sager, hvor forskellige forvaltninger (i forskelligt omfang) er involveret.

De borgersager, der blev udvalgt, repræsenterede både mænd (6/12) og kvinder (6/12), de repræsenterede forskellige størrelser af kommuner og for 5 ud af 12 borgeres vedkommende, var der igangsat en eller anden form for erhvervsevneafklaring i fase III.

5.2.5 Sagsmateriale

Sagsmaterialet er i anonymiseret form fremsendt til paneldeltagerne. Sagsmaterialet har været ganske omfattende og bestået af alt tilgængeligt kommunalt journalmateriale vedrørende rehabilitering efter hjerneskaden, dvs. materiale fra socialafdelinger, sundhedsafdelinger, job og beskæftigelse. Den tværfaglige status, en genoptræningsplan og eventuelt øvrigt materiale fra fase II indsatsen har været vedlagt.

Det var i flere tilfælde udfordrende for deltagerne at få overblik over sagsforløbet på baggrund af sagsakterne. Faglige refleksioner og konkrete forhold har generelt været meget lidt dokumenteret. Auditpanelerne har til tider overvejet, om der på nogle borgeres sager har manglet sagsakter. Desuden har der været tendens til anonymisering i en grad, som har været meningsforstyrrende i forhold til fx beskrivelser af tilbud og personer i teamet omkring borgeren.

5.2.6 Deltagere i auditpanelerne

Auditpanelerne har været sammensat af i alt 20 fagpersoner, hovedsageligt fra de midtjyske kommuner. Der deltog to personer fra Region Midtjylland (fra specialområdet for hjerneskade og fra Hammel Neurocenter). En af disse personer var med i to paneler. Sammensætningen af de tre auditpaneler kan ses nedenfor.

Hovedparten af paneldeltagerne arbejder i koordinerende funktioner i kommunerne, hvilket har været fremmede for drøftelserne angående

ende koordinering og organisering i kommunerne. Panelerne har også repræsenteret erfaringer med og konkret viden om genoptræning, hvilket har styrket vurderingen af denne del af rehabiliteringsindsatsen i borgereksemplerne. Der har været enkelte ledere og repræsentanter fra myndighedsafdelingerne i kommunerne med i panelerne, hvilket anses for at have øget drøftelsernes kobling til den kommunale hverdag. Panelerne kunne have været styrket med deltagelse fra arbejdsmarkedsområdet, som i mange forløb spillede en central rolle.

Sammensætning af auditpanel 1

Navn	Funktion	Arbudssted	Øvrigt
Lotte Bendix Mikkelsen	Hjerneskadekoordinator	Favrskov Kommune	
Bente Kierk Jørgensen	Hjerneskadekoordinator	Horsens Kommune	
Charlotte Brøndum	Projektleder og faglig koordinator for hjerneskadeområdet	Silkeborg Kommune	Medlem af arbejdsgruppen
Linda Trier Hald	Hjerneskadekoordinator	Herning Kommune	
Villy Linde	Faglig konsulent og hjerneskadekoordinator	Viborg Kommune	
Alice Ervolder	Centerleder, Dag- og Døgncenter Lemvig	Lemvig Kommune	
Trine Blomgreen	Fagkonsulent, specialområdet hjerneskade	Region Midtjylland	Medlem af arbejdsgruppen

Sammensætning af auditpanel 2

Navn	Funktion	Arbudssted	Øvrigt
Hanne Sandgaard	Hjerneskadekoordinator	Skive Kommune	
Rikke Sodemann	Fysioterapeut	Norddjurs Kommune	
Marianne Halfdaner	Hjerneskadekoordinator	Syddjurs Kommune	Medlem af arbejdsgruppen
Lone Aagaard	Forløbskoordinator for senhjerneskadede	Randers Kommune	
Ane Katrine Beck	Projektleder og hjerneskadekoordinator	Skanderborg Kommune	
Birgit Madsen	Samarbejdskoordinator	Ringkjøbing-Skjern Kommune	
Lis Kleinstrup	Ledende terapeut, Regionshospitalet Hammel Neurocenter	Region Midtjylland	Medlem af arbejdsgruppen

Sammensætning af auditpanel 3

Navn	Funktion	Arbejdssted	Øvrigt
Lisbeth Jensen	Fysioterapeut	Hedensted Kommune	
Lisbeth R. Majgaard	Hjerneskadekoordinator, fysioterapeut	Struer Kommune	
Sølvi Mathiasen	Hjerneskadekoordinator, ergoterapeut	Samsø Kommune	
Helle Mørn	Faglig konsulent	Aarhus Kommune	Medlem af arbejdsgruppen
Bettina Møller	Visitor	Ikast-Brande Kommune	
Anne-Marie L. Kristensen	Hjerneskadekoordinator, visitor	Holstebro Kommune	
Trine Blomgreen	Fagkonsulent, special-området hjerneskade	Region Midtjylland	Medlem af arbejdsgruppen

Konsulenter fra CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland varetog funktionerne som mødeleder og referent.

5.3 Styrker og forbehold ved den anvendte auditmetode

Det har ikke været en forventning, at denne form for audit har kunnet belyse omfanget af kommunernes forskellige rehabiliteringsindsatser. Den anbefalede auditmetode har i stedet belyst forløb og indsats i de udvalgte borgerforløb og på denne baggrund er identificeret vanskeligheder, problemstillinger og forbedringspotentialer generelt set. Det er løbende af arbejdsgruppen blevet understreget, at det i undersøgelsesforløbet ikke har været interessant, hvordan bestemte kommuners rehabiliteringsindsats foregår. Fokus har været på den fælles læring, som kan udledes af audit af konkrete borgerforløb fra forskellige kommuner.

I det forudgående er præsenteret fokusområder, anbefalinger og diskussionspunkter, som har kunnet udledes fra de tre audits. De fokusområder, der er behandlet på baggrund af auditundersøgelsen er ikke udtømmende for de fokusområder, der kan knytte sig til kommunernes udvikling af fase III rehabiliteringsindsatsen.

Enkelte områder har enten ikke eller i meget lille grad optrådt i borgersagerne, og har derfor i mindre grad været genstand for auditpanelernes drøftelser, ligesom drøftelsernes fokus også formes af den viden og de interesser, der har været til stede i auditpanelerne. Et område, der eksempelvis kun sporadisk er behandlet i auditundersøgelsen, er taleundervisningens rolle i rehabiliteringsforløbet.

Det var forventet ved undersøgelsens start, at nye snitflader, der inden for de seneste år er vokset frem mellem regionens og kommunernes tilbud på hjerneskadområdet, har skullet synliggøres gennem auditten med henblik på udvikling af opmærksomhedspunkter for en fælles fremadrettet indsats på området.⁹ Dette resultat er ikke kommet ud af auditundersøgelsen, da der i de auditerede sager kun i mindre grad har optrådt rehabiliteringsforløb på tværs af regionale og kommunale specialiserede tilbud. Panelerne har dog på baggrund af auditeringen af enkeltsagerne konkluderet, at der er behov for en eller anden form for sikring af volumen for den nødvendige grad af erfaring med det tætte interdisciplinære teamsamarbejde.

⁹ Jævnfør undersøgelsesdesign fra DASSOS, note 6

Det skal bemærkes, at det for de auditerede borgersager gælder, at borgeren er udskrevet fra hospitalets fase II indsats i 2011, og sagsakterne fra kommunen kun dækker perioden frem til primo 2013. Dette betyder, at auditundersøgelsen ikke har omfattet ændringer i kommunerne efter denne tid. Her tænkes blandt andet på reformer på arbejdsmarkedsområdet vedrørende førtidspension og fleksjob samt indsatser i de midtjyske kommuner, der er sat i værk på baggrund af Sundhedsstyrelsens puljemidler til kompetenceudvikling og hjerneskadekoordinering. Disse og andre ændringer vil kunne få betydning for kommunernes hjerneskadeindsats, som kunne tænkes at afspejle sig i sagsforløb udtaget på et senere tidspunkt.

Auditten er gennemført på baggrund af journalmateriale fra kommunerne, og det har begrænset paneldeltagernes mulighed for at aflæse graden af involvering af neurofaglig ekspertise, hvorvidt de involverede faggrupper har fungeret i et tæt, interdisciplinært samarbejde, har modtaget fast og hyppig supervision samt ofte del-

taget i udviklingsarbejde og forskning. Det har hele tiden været arbejdsgruppens vurdering, at denne form for audit ikke har kunnet omfatte samtlige forhold i Forløbsprogrammets definition af en specialiseret rehabiliteringsindsats, men at det ville forudsætte en udvidelse af undersøgelsen med andre metoder end den valgte, fx feltobservationer og interviews på tilbud for borgere med erhvervet hjerneskade. Det var således forventet, at det ville være vanskeligt for auditpanelerne at få indblik i disse områder på baggrund af de metodemæssige begrænsninger, der ligger i, at undersøgelsen udelukkende er foretaget på baggrund af sagsakter. Til trods for begrænsningerne ved kun at have skriftlige kilder om den enkelte borgers forløb har paneldeltagerne i flere tilfælde dog alligevel foretaget vurderinger af det tværfaglige samarbejdes form samt af, hvilke faggrupper der har været involveret i borgersagerne. Auditpaneldeltagernes viden og erfaringer har dannet afsæt for drøftelser af, hvad der ville fungere godt i de enkelte borgersager på disse områder.

Bilag 1 Vurderingsspørgsmål

1. Vurder hvorvidt borgeren på rette tidspunkt modtager det første tilbud fra kommunen efter overgang fra fase II behandling i sygehusregi til fase III rehabilitering (se instruktion til spørgsmålet)
2. Vurder inddragelsen af relevante fagområder/forvaltninger (se instruktion til spørgsmålet)
3. Vurder hvorvidt borgeren modtager tilbud, der er relevant og dækkende i forhold til borgerens problemstillinger (se instruktion til spørgsmålet)
4. Vurder borgerinddragelsen i fase III rehabiliteringsforløbet (se instruktion til spørgsmålet)
5. Vurder graden af specialiseret rehabiliteringsindsats i denne borgers forløb (se instruktion til spørgsmålet)
6. Hvilke forslag har du til, hvad der kan bruges fremadrettet i lignende forløb eller omvendt, hvad der bør gøres anderledes i lignende forløb - under hensyntagen til LEON-princippet (lavest effektive omkostningsniveau).

Instruktion til spørgsmålene

Spørgsmål 1 handler om det første, der sker hos kommunen, når borgeren udskrives. Du bedes vurdere, hvorvidt formelle krav vedr. genoptræning overholdes, herunder om "patienten kontaktes senest 3 hverdage efter at genoptræningsplanen er modtaget..." jf. sundhedsaftalerne for 2011-2014. Det somatiske område, Lommehåndbog s. 49 (se i vedlagte baggrundsmateriale). Desuden bedes du vurdere, om borgeren modtager det første tilbud på rette tidspunkt ud fra din faglige vurdering af borgerens øvrige behov på daværende tidspunkt.

Din vurdering af **spørgsmål 2** skal omfatte såvel om de relevante fagområder/forvaltninger inddrages som hvorvidt det sker på det rigtige tidspunkt. Du bedes i dette spørgsmål vurdere, hvorvidt organiseringen af rehabiliteringsforløbet har været tilfredsstillende, jf. KL's udspil vedrørende en styrket rehabilitering af borgere med hjerneskade, anbefaling 4 (se i vedlagte baggrundsmateriale)

Når du besvarer **spørgsmål 3** bedes du i din vurdering inddrage, at der med relevant og dækkende tænkes på:

- Hvorvidt tilbuddene har den rette karakter/det rette indhold
- Hvorvidt tilbuddene har den rette timing og det rette tidsperspektiv

Eksempler på tilbud fremgår af nedenstående liste:

- Fysisk træning i forskellige rammer
- Kognitiv træning ved computer eller i dagligdagsaktiviteter
- Træning af sociale kompetencer
- Træning i daglige færdigheder (at stå op om morgenen, kropsspleje, spise og drikke osv.)
- Træning af bo-færdigheder på fastlagte hjemmedage (rengøring, indkøb, madlavning, kontakt til læge, tandlæge, frisør osv.)
- Psyko-education (undervisning i hjernen/skaden, samtalegrupper, livsstilsgrupper o. lign.)
- Tilbud til pårørende (samtaler/undervisning)
- Støtte til borgeren til mestring af vedkommendes sociale liv
- Udredning af arbejdssevne og indsats i forhold til arbejdsidentitet

Spørgsmål 4 vedrører inddragelse af såvel borgeren med en hjerneskade som dennes pårørende (under hensyntagen til afgivet samtykke).

I **spørgsmål 5** bedes du vurdere, hvorvidt denne borger har fået tilstrækkeligt specialiserede tilbud set i lyset af de niveauer for indhold og målgruppe i de graduerede rehabiliteringstilbud, der fremgår af forløbsprogrammet for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade, 2011, tabel 2 s. 46-47 (se vedlagte baggrundsmateriale).

Spørgsmål 6 handler om, hvad der kan læres af dette borgerforløb. Hvad er godt og bør udbredes og hvad bør ændres i lignende forløb - under hensyntagen til LEON-princippet (lavest effektive omkostningsniveau). Spørgsmålet lægger op til en generel vurdering og drøftelse af centrale kvalitetsområder for denne type af rehabiliteringsforløb.

Det gælder blandt andet graden af:

- neurofaglig ekspertise,
- tværfagligt samarbejde,
- supervision og
- deltagelse i udviklingsarbejde og forskning

Bilag 2 Forløbsprogrammet og sundhedsaftalen om almen praksis' rolle i fase III

Forløbsprogrammet om almen praksis' rolle

Almen praksis' rolle i sundhedsvæsenet er at være generalist, tovholder for den lægelige behandling, og gatekeeper til det øvrige sundhedsvæsen. Almen praksis' opgaver i forhold til personer med erhvervet hjerneskade er:

- Henvisning til sygehusbehandling, herunder til ambulant udredning (både i den akutte fase og på et senere tidspunkt i forløbet)
- Kontrol og behandling af følgetilstande og komorbiditet efter udskrivelsen, eventuelt i samarbejde med sygehuset, herunder opfølgning på patientrettet forebyggelse til personer med apopleksi/TCI
- Opfølgning på psykosociale forhold, herunder støtte, udredning og behandling af krisereaktioner hos pårørende (inklusive mindreårige børn)
- Legale forhold, herunder vurdering af køreevne
- Samarbejde med og eventuelt rådgivning til kommunen og sygehuset i forhold til konkrete personer med erhvervet hjerneskade, herunder eventuelt deltage i udskrivningssamtale

Kilde: Sundhedsstyrelsen, Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade 2011, side 40-41

Sundhedsaftalen om almen praksis' rolle

I forbindelse med udskrivningen fra hospitalet anbefales at, at den praktiserende læge gør følgende [moderat til svært hjerneskadede borgere, red]:

Den udskrivende afdeling bestiller tid sammen med borgeren til en konsultation hos den praktiserende læge ca. 4 uger efter udskrivelsen. Hvis borgeren udskrives til en institution, kan den udskrivende afdeling kontakte den praktiserende læge og aftale nærmere ang. 1. kontrol.

Udskrivningskort og genoptræningsplan forventes at foreligge hos den praktiserende læge før konsultationen.

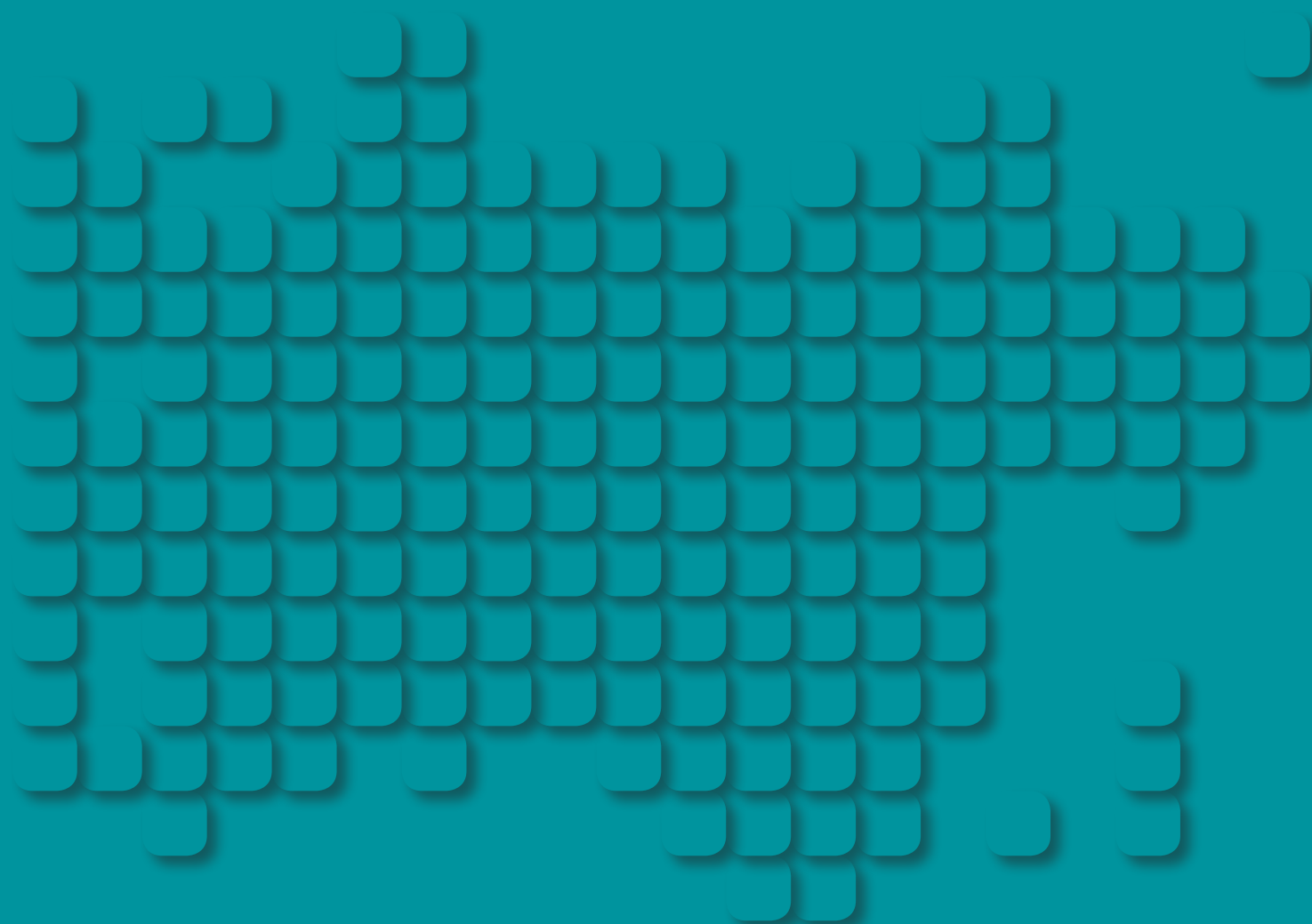
Den 1. konsultation tilpasses de aktuelle problemstillinger for borgeren og vil typisk indeholde følgende elementer som evt. fordeles over flere konsultationer:

- Den aktuelle fysiske og psykiske tilstand sat i relation til udskrivelsesstatus
- Socialmedicinske problemstillinger
- Vurdering af igangværende behandling inkl. medicin og neurorehabilitering/ genoptræning
- Der lægges plan for supplerende undersøgelser og kontroller inkl. vedrørende eventuelle kroniske lidelser
- Kontakt til hjerneskadekoordinator eller anden neurorehabilitering alt efter behov

Senere i forløbet kan det blive relevant med en opfølgende vurdering angående:

- Habilitet vedrørende bilkørsel. Attester vedr. eventuel arbejdsskade, ulykke og kritisk sygdom. Mulighedsattest til arbejdsgiver og socialmedicinske attester udfærdiges efter behov
- Der overvejes henvisning til praktiserende speciallæge eller specialafdeling ved progression af specifikke neurologiske symptomer
- Årskontrol planlægges

Kilde: Sundhedsaftale om voksne med erhvervet hjerneskade side 18, Region Midtjylland (sundhedsfaglig sundhedsaftale), tillægsaftale til den generelle sundhedsaftale for perioden 2011-2014, udateret



De 19 kommuner i regionen
og Region Midtjylland

