

Voksne med erhvervet hjerneskade

Sociale indsatser, der virker

Aktuel viden til udvikling og planlægning af
den kommunale indsats

Publikationen er udgivet af

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

Forfattere: Mette Lund Møller, Camilla Højgaard Nielsen og Stine Kjær, Socialstyrelsen.
Redaktion: Signe Skovgaard Schmidt og Mette Lund Møller, Socialstyrelsen.

1. udgave, 1. oplag, 2014.

Download notatet på <http://shop.socialstyrelsen.dk/>

Der kan frit citeres fra vidensnotatet med angivelse af kilde.

Digital ISBN: 978-87-93052-83-3

Indholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| Viden til gavn | 4 |
| Indledning | 5 |
| Voksne med erhvervet hjerneskade | 6 |
| Definition af erhvervet hjerneskade | 6 |
| Beskrivelse af målgruppen | 8 |
| Den aktuelle udvikling blandt voksne med erhvervet hjerneskade | 11 |
| Sociale indsatser, der virker | 12 |
| Effekten af indsatserne | 13 |
| Dokumentation på hjerneskadeområdet | 19 |
| Implementering af sociale indsatser | 21 |
| Implementeringsstrategier | 26 |
| Økonomi | 27 |
| Udgifter for hjerneskadebehandling og rehabilitering .. | 27 |
| Cost-effectiveness-analyser | 28 |
| Cost-benefit-analyser | 28 |
| Initiativer på hjerneskadeområdet | 30 |
| Projekter igangsat af Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold | 30 |
| Projekter igangsat af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse | 31 |
| Referenceliste | 35 |

Viden til gavn

I 2010 var der ca. 18.000 voksne med erhvervet hjerneskade, som i forskellig grad havde behov for rehabilitering i kommunalt regi. Erhvervet hjerneskade kan være forårsaget af apopleksi, dvs. blodpropper og hjerneblødninger, eller af en anden erhvervet hjerneskade, såsom traumatiske skader i forbindelse med trafikuheld.

Fælles for indsatserne i et rehabiliteringsforløb er, at de har som mål, at personen får et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade er oftest kendetegnet ved at være både tværfaglig og tværsektoriel. Koordination og timing af indsatser er afgørende for at opnå de ønskede resultater. De sociale indsatser udgør ofte kun en del af det samlede rehabiliteringsforløb, da forløbet også kan omfatte undervisnings-, beskæftigelses- og sundhedsindsatser.

Som samfund bruger vi mange penge på sociale indsatser for borgere med erhvervet hjerneskade. Det kræver solid viden om, hvad der virker, hvorfor det virker, og hvordan det virker. Desværre er viden om effektive indsatser begrænset og til tider svær tilgængelig, og derfor kan det være vanskeligt for kommunerne at prioritere de rette indsatser.

I 2011 udarbejdede Sundhedsstyrelsen *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*, som samler og vurderer den viden, der er på området. Desuden har Sundhedsstyrelsen udarbejdet *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade*, som beskriver en samlet tværfaglig, tværsektoriel og koordineret indsats fra hjerneskaden opstår, til rehabiliteringsforløbet er afsluttet.

Socialstyrelsens vidensnotat *Voksne med erhvervet hjerneskade. Sociale indsatser, der virker* giver en kort oversigt over den aktuelle viden om sociale indsatser til voksne med erhvervet hjerneskade, der kan fremme borgerens mulighed for at klare sig selv, lette dagligdagen og forbedre livskvaliteten. Voksne med erhvervet hjerneskade er en gruppe med forskellige behov, og de har ofte komplekse problemer. I Danmark har vi gode erfaringer med en kommunal koordinatorfunktion i de sager, hvor et menneske med erhvervet hjerneskade har en kompleks problematik. Internationalt er der evidens for, at forskellige sociale indsatser kan styrke funktionsevnen og inklusionen af mennesker med erhvervet hjerneskade. I vidensnotatet bliver udvalgte indsatser præsenteret.

Vidensnotatet indgår i en række af vidensnotater fra Socialstyrelsen om målgrupperne for den kommunale sociale indsats. Ledere, mellemledere, fagkoordinatorer og andre centralt placerede medarbejdere fra seks kommuner har testet de første vidensnotater og bidraget med kommentarer, kritik og konkrete ændringsforslag. En stor tak til Aalborg, Aarhus, Gladsaxe, Rødovre, Svendborg og Viborg Kommune for værdifulde bidrag.

Det er mit håb, at vidensnotatet vil give kommunerne mulighed for at træffe beslutninger om indsatser over for voksne med erhvervet hjerneskade på et informeret og velkvalificeret grundlag

God læselyst!

Knud Aarup
Direktør for Socialstyrelsen, 2014

Indledning

Socialstyrelsen fokuserer på viden, der besvarer centrale spørgsmål inden for det sociale område. Det kan være spørgsmål om en målgruppe, sociale metoder/indsatser, deres effekt og økonomi, og om hvordan man implementerer dem. I dette vidensnotat beskrives den aktuelle viden om sociale indsatser; indsatser, der virker i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade. Vidensnotatet retter sig især mod kommunale mellemledere, fagkoordinatorer og udviklingskonsulenter, der arbejder med at planlægge og udvikle den sociale indsats over for målgruppen. Vidensnotatet er opdelt i en række afsnit:

- *Voksne med erhvervet hjerneskade*
Her præsenteres viden om målgruppens omfang og kendetegn.
- *Sociale indsatser, der virker*
Her præsenteres nyere dansk og international forskningsbaseret viden om indsatser med dokumenteret effekt, og også hvordan indsatserne kan dokumenteres.
- *Implementering af sociale indsatser*
Her beskrives de væsentligste forhold, som, ifølge forskningen, påvirker implementeringen af nye indsatser på det sociale område.
- *Økonomi*
Her præsenteres viden om økonomiske udgifter og omkostninger på området.
- *Initiativer på hjerneskadeområdet*
Her findes en oversigt over igangværende initiativer i Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- *Referenceliste*
Noter i vidensnotatets tekst henviser til listen over anvendt litteratur. Listen gør det muligt at opsøge yderligere viden. Bemærk, at tallene udelukkende henviser til litteratur og ikke til uddybende forklaringer.

Om vidensnotatet

I vidensnotatet præsenteres et udvalg af den aktuelt tilgængelige og forskningsbaserede viden om voksne med erhvervet hjerneskade samt indsatser, der kan understøtte udviklingen af den enkeltes funktionsevne. Vidensnotatet bygger på eksisterende forskningsoversigter og undersøgelser, men er ikke en egentlig systematisk forskningsoversigt.

Blandt den tilgængelige viden er der udvalgt viden med den bedst mulige effekt i forhold til den målgruppe og de indsatser, som bliver undersøgt. På hjerneskadeområdet har Sundhedsstyrelsen udarbejdet *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering* samt *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade*. Begge udgivelser bidrager til dette vidensnotat med evidensbaseret viden om en række specifikke indsatser samt med anbefalinger til den faglige og organisatoriske indsats på det sociale område. Vidensnotatet er kvalitetssikret af en uafhængig forsker.

Vidensnotatet opdateres hvert tredje år.

Voksne med erhvervet hjerneskade

Definition af erhvervet hjerneskade

En erhvervet hjerneskade er defineret som en akut skade, der er opstået tidligst 28 dage efter fødslen, enten pga. sygdom eller en ulykke. Ofte deles erhvervet hjerneskade op i to grupper¹:

- *Apopleksi*, som er en fællesbetegnelse for de kliniske symptomer, der opstår pga. blodprop i hjernen eller hjerneblødning.
- *Anden erhvervet hjerneskade*, som er en fællesbetegnelse for hjerneskade, som er forårsaget af traume, tumor, infektion, subarachnoidalblødning (hjernehindeblødning) eller encephalopati (diffus hjerneskade pga. iltmangel, giftstoffer eller anden skadelig påvirkning).

Hjernen indgår i al menneskelig aktivitet, og skader på hjernen kan derfor give forskellige grader af fysiske, psykiske og sociale funktionsnedsættelser. Skaderne kan være både synlige og usynlige. De synlige funktionsnedsættelser er lettere for andre at se end de usynlige. De usynlige funktionsnedsættelser kan være ændrede kognitive funktioner som for eksempel nedsat hukommelse, koncentration, dømmekraft med videre, samt ændringer af social adfærd og personlighed. Typisk har mennesker med erhvervet hjerneskade flere funktionsnedsættelser som for eksempel fysisk funktionsnedsættelse, sproglige vanskeligheder og ændret adfærd. Følgerne af en erhvervet hjerneskade kan have store konsekvenser for den enkeltes familie, hverdag og beskæftigelsesmuligheder².

Mennesker med erhvervet hjerneskade i tal³

- Udviklingen i antallet af nytildfælde med apopleksi viser en nedgang på 25 pct. I 2000 var der 14.173 nye tilfælde, hvor der i 2010 var 10.731. I samme periode steg antallet af nye tilfælde med anden erhvervet hjerneskade med 35 pct. I 2000 var der 6.504 nye tilfælde og i 2010 8.812.
- Overlevelsesanalyser viser, at der i Danmark per 1. januar 2011 levede 74.643 mennesker med diagnosticeret apopleksi og 47.670 mennesker med anden erhvervet hjerneskade. Tallene inkluderer ikke mennesker med erhvervet hjerneskade opstået før 1994. Det faktiske antal formodes derfor at være højere.
- Det skønnes, at der i 2010 var ca. 18.000 mennesker, der havde behov for rehabilitering i kommunalt regi pga. en erhvervet hjerneskade. Det svarer til, at der i en kommune af medianstørrelse (ca. 43.300 indbyggere) var 146 mennesker med erhvervet hjerneskade, som havde behov for en kommunal rehabiliteringsindsats. Det er væsentligt at understrege, at det anslåede antal på 18.000 er behæftet med stor usikkerhed.

Antallet af mennesker med behov for rehabilitering i kommunalt regi kan anslås ud fra antallet af dage, den enkelte er indlagt på hospitalet:

- Med apopleksi: Indlæggelse i tre dage eller derover kan medføre behov for rehabilitering efter udskrivelse.
- Med anden erhvervet hjerneskade: Indlæggelse i fire dage eller derover kan medføre behov for rehabilitering efter udskrivelse.

Bemærk, at antallet af indlæggelsesdage er et usikkert parameter for rehabiliteringsbehov. Indlæggelsesdage kan derfor kun anvendes som et skøn over rehabiliteringsbehovet⁴.

For nogle mennesker vil specifikke funktionsnedsættelser, der er forårsaget af en hjerneskade, først vise sig senere (også kaldet *senfølger*). Årsagen er, at senfølgerne først kommer til udtryk, når forventningerne og kravene til den enkelte bliver mere komplekse som for eksempel når den unge flytter hjemmefra og selv skal strukturere hverdagen. For andre kan senfølgerne komme til udtryk i form af 'skjulte' funktionsnedsættelser og først blive opdaget senere. En persons behov for rehabilitering kan derfor ikke altid anslås ud fra antallet af indlæggelsesdage. For denne gruppe er det særlig vigtigt, at senfølgerne opspores, og den rette rehabilitering bliver sat i værk⁵.

Beskrivelse af målgruppen

Voksne med en erhvervet hjerneskade er en gruppe med forskellige behov. Den enkeltes funktionsnedsættelser og ressourcer kan variere meget, alt afhængig af skadens omfang, og hvornår i livet skaden opstår.

- WHO's internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (ICF) beskriver funktionsevnen ud fra biologiske, psykologiske og sociale forhold⁶. Nogle af følgerne efter en erhvervet hjerneskade er listet op, med reference til ICF, i afsnittet herunder.

Personlige faktorer

En række personlige faktorer, så som alder, køn, livskvalitet m.fl. knytter sig til gruppen af voksne med erhvervet hjerneskade:

- *Køn*⁷
Mænd under 65 år udgør 62 pct. af alle tilfælde af apopleksi herhjemme, mens kønsfordelingen er ligelig i aldersgruppen over 65 år. Samlet for gruppen udgør mænd 53 pct. af alle dem, som bliver ramt af apopleksi.

Ved anden erhvervet hjerneskade er der en betydelig overrepræsentation af mænd i aldersgruppen under 75 år. Overrepræsentationen er mest udtalt i aldersgruppen 18-24 år. Det skyldes, at mænd er overrepræsenteret inden for grupperne traumatisk hjerneskade (typisk efter vold og trafikulykker), diffus hjerneskade pga. iltmangel, giftstoffer eller anden skadelig påvirkning (encefalopati), og genoplivning efter hjertestop.

- *Alder*⁸
Apopleksi forekommer hyppigst blandt ældre. Antallet af indlæggelsesforløb stiger eksponentielt med alderen. Ca. 70 pct. af dem, som rammes af apopleksi, er over 65 år.

58 pct. af personer, der indlægges pga. anden erhvervet hjerneskade, er under 65 år. 23 pct. er under 45 år.

- *Livskvalitet*⁹
For mennesker med apopleksi er oplevelsen af livskvalitet afhængig af de følger, mennesker med apopleksi har efter hjerneskaden. Jo mindre komplekse følger, desto bedre opleves livskvaliteten. Sammenlignet med normalbefolkningen har mennesker med apopleksi dobbelt så stor risiko for at begå selvmord inden for de første fem år efter skaden. Risikoen er større hos yngre personer og også større hos mænd sammenlignet med kvinder.

For mennesker med traumatisk hjerneskade ses det, at 46 pct. oplever livet som helhed som "acceptabelt", hvorimod 6 pct. oplever deres liv som "vanskeligt".

- *Dødelighed*¹⁰
13-14 pct. af mennesker med apopleksi eller anden erhvervet hjerneskade dør inden for de første 30 dage. Gennem de sidste 10 år har dødeligheden været stabil. Sammenlignet med

normalbefolkningen har mennesker med apopleksi en væsentlig større risiko for at dø. Det første år er risikoen fem- til tidoblet, mens den i årene derefter er fordoblet. Død som følge af en ny apopleksi udgør en særlig risiko; sandsynligheden er forhøjet med 8-10 gange i forhold til normalbefolkningen.

Kroppens funktioner

En erhvervet hjerneskade kan medføre ændringer, både fysisk og mentalt. Nogle af følgerne, der ses hos voksne med erhvervet hjerneskade, er:

- *Depression og angst*¹¹

Ca. 40 pct. af de personer, som får apopleksi, oplever mild til moderat depression inden for det første år. Ca. 25 pct. oplever angst. Depression og angst følges oftest ad.

Mennesker med traumatisk hjerneskade har desuden en øget tendens til depression.

- *Træthed*¹²

30 pct. af mennesker med apopleksi føler sig trætte. Særligt personer med fysiske følger af apopleksien oplever træthed. Depression og træthed følges ofte ad, men er uafhængige af hinanden.

- *Tab af sprog – afasi*¹³

Afasi vil sige, at dele af sproget er gået tabt eller ”forstyrret” som følge af en erhvervet hjerneskade. Ca. en tredjedel af personer med apopleksi har afasi, når de bliver indlagt. Inden for det første halve år har 25-50 pct. af dem genvundet sproget.

- *Kognition*¹⁴

Mennesker med både apopleksi og traumatisk hjerneskade kan have særlige problemer i forhold til opmærksomhed, koncentration og hukommelse.

Mennesker med traumatisk hjerneskade kan desuden have sværere ved at kontrollere deres følelser efter skaden.

- *Spasticitet og smerter*¹⁵

Mellem 17 og 36 pct. af personer med apopleksi udvikler spasticitet og spasmer med nedsat bevægelighed, vanskelighed med at udføre daglige opgaver og smerter som følge. Hos 30-40 pct. af de personer, som har udviklet spasticitet, opstår der skuldersmerter i den spastiske side.

Aktivitet og deltagelse

Efter en erhvervet hjerneskade kan den enkelte have svært ved at deltage i visse aktiviteter og involvere sig i hverdagen. Nogle af de begrænsninger, den enkelte kan opleve, er:

- *Sociale relationer*¹⁶

Mennesker med apopleksi oplever, at deres sociale relationer ændrer sig efter skaden. 5 år efter skaden oplever 17 pct. deres relationer som ”meget ændret”, og 25 pct. oplever dem som ”noget ændret”. 10 og 15 år efter ses en udvikling i retning af, at færre oplever relationerne som ”meget eller noget ændret”.

25 pct. af mennesker med traumatisk hjerneskade oplever, at de ser deres familie og venner "mindre" end før skaden. 12 pct. oplever, at de ser dem "meget mindre".

- *Fritidsliv*¹⁷

5 år efter en apopleksi føler mere end 60 pct. sig "begrænset eller meget begrænset" i forhold til fritidsaktiviteter, hvorimod mindre end 50 pct. føler det efter 10 og 15 år. Generelt oplever de, at deres liv er mere centreret omkring hjemmet.

For mennesker med traumatisk hjerneskade føler 31 pct., at skaden har haft "nogen begrænsende effekt" på deres fritidsliv, og 20 pct. føler, at den har haft en "markant ødelæggende" indflydelse.

- *Familie/parforhold*¹⁸

5 år efter skaden oplever 59 pct. af mennesker med apopleksi, at deres forhold til den nærmeste familie er "meget ændret" eller "noget ændret" i forhold til tidligere. 10 og 15 år efter skaden er der lidt færre, som oplever deres forhold til den nærmeste familie som "meget eller noget ændret".

Der ses en tendens til, at mænd, der er nære pårørende til kvinder med apopleksi, oplever en større psykisk belastning end kvinder, der er nære pårørende til mænd med apopleksi. Ofte er det de mentale følger af apopleksien, mere end de fysiske følger, som kan belaste forholdet.

Mennesker med traumatisk hjerneskade oplever, at deres kærlighedsforhold ændrer sig efter skaden. 24 pct. oplever, at relationen til deres samlever er "noget ændret" efter skaden, mens 24 pct. oplever, at relationen er blevet "meget anderledes".

- *Beskæftigelse/uddannelse*¹⁹

I undersøgelser, der definerer det at vende tilbage til arbejde som *tilbagevenden til ens tidligere erhverv på samme betingelser som før skaden*, ses en lavere beskæftigelsesgrad end i de undersøgelser, hvor erhvervsarbejde er defineret langt bredere, og som inkluderer tilbagevenden til uddannelsesprogrammer, husarbejde og frivilligt arbejde. Lang uddannelse, funktionær/kontorarbejde og en alder på 65 år eller yngre har en positiv indflydelse på tilbagevenden til arbejde – skadens sværhedsgrad har en negativ indflydelse.

Omgivelsesfaktorer

De fysiske, sociale og holdningsmæssige faktorer i de omgivelser, som den enkelte bor og lever i, kan have positiv og negativ indflydelse på personens funktionsevne. En af faktorerne er:

- *Pension*²⁰

En undersøgelse fra 2002 viser, at omkring halvdelen af 50- til 59-årige med apopleksi modtog førtidspension, hvorimod andelen var betydeligt lavere for personer, der var under 50 år og over 59 år.

Gældende for alle aldersgrupper var, at de, der fik førtidspension, i gennemsnit havde været tre gange længere tid i sygehusbehandling, end personer, som ikke fik førtidspension. I gruppen af personer i alderen 40-59 år, som havde været i sygehusbehandling i over 90 dage, fik over 80 pct. tilkendt førtidspension.

Den aktuelle udvikling blandt voksne med erhvervet hjerneskade

Udviklingen i antallet af voksne med erhvervet hjerneskade i perioden 2000-2010 viser²¹:

- Et fald på 25 pct. for mennesker med apopleksi.
- En stigning på 35 pct. for mennesker med anden erhvervet hjerneskade.

Årsagen til udviklingen er ikke klarlagt. Faldet i antal mennesker med apopleksi kan skyldes bedre forebyggelse af risikofaktorer. Det øgede antal mennesker med anden erhvervet hjerneskade hænger formentlig sammen med bedre diagnostiske muligheder og større sandsynlighed for at overleve pga. en hurtig og livreddende hjælp på stedet²².

Sociale indsatser, der virker

Mennesker med erhvervet hjerneskade kan have forskellige behov for sociale indsatser, og i nogle tilfælde er de problemstillinger, der knytter sig til at yde en kompenserende og rehabiliterende social indsats, komplekse eller meget komplekse.

Hovedformålet med den sociale indsats er at tilgodese behov, som opstår pga. nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Indsatsen sker med henblik på at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv, lette dagligdagen og/eller forbedre livskvaliteten. Den kan for eksempel bestå af²³:

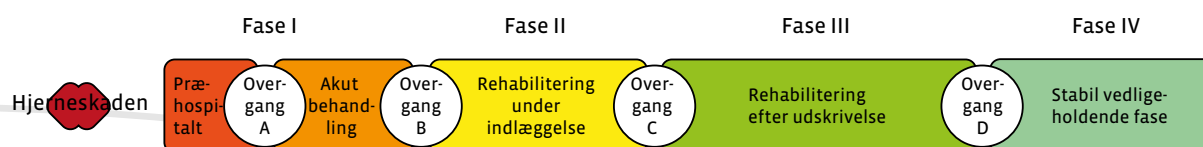
- En bredere social indsats rettet mod personens sociale, arbejdsrelaterede og økonomiske situation.
- En social og/eller sundhedsfaglig indsats rettet mod pårørende.
- En sundhedsfaglig indsats rettet mod genoptræning af det fysiske og kognitive funktionsniveau eller kompensation for den nedsatte funktionsevne.

Rehabilitering på hjerneskadeområdet omfatter en række indsatser, der er rettet mod at udvikle personens funktionsevne. De sociale indsatser bidrager her til det samlede rehabiliteringsforløb, som også kan bestå af indsatser fra undervisnings-, beskæftigelses- og sundhedsområdet. Fælles for indsatserne er, at de har som mål, at personen opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv²⁴.

Rehabiliteringen efter udskrivelse fra sygehus er et kommunalt ansvar. Da følgerne efter en erhvervet hjerneskade kan variere i sværhedsgrad og kompleksitet, kan behovene for indsatser efter udskrivelsen være forskellige.

Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade* foreslår en skelnen mellem, om indsatsen er på basalt, avanceret eller specialiseret niveau, men betegnelserne er ikke etablerede betegnelser. Det er en generel forudsætning, at indsatserne tager udgangspunkt i en individuel, konkret udredning af personens behov, og at alle indsatser bliver tilrettelagt og målrettet den enkelte person²⁵. I dette vidensnotat bliver der ikke taget stilling til, hvilke kompetencer og hvilket niveau indsatserne kan tilbydes på, men i praksis er det vigtigt, at de relevante kompetencer er til stede

I *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade* beskrives rehabiliteringsforløbet i fire faser:



Figur 1. Faseinddeling af hjerneskaderehabilitering²⁶

Kommunen har opgaver i alle fire faser, dog i varierende grad. Under indlæggelse (fase I og II), er kommunens hovedopgave at afhjælpe akutte problemer af social karakter – det kan være familiemæssige, arbejdsmæssige og økonomiske indsatser – samt at indgå i samarbejde med sygehuset om at planlægge rehabilitering efter udskrivelsen – indsatser rettet mod de akutte problemer. Efter udskrivelse (fase III og IV) iværksætter kommunen indsatser af genoptrænende, kompenserende og støttende karakter. Forskellige sektorer yder indsatserne via en række forskellige lovgivninger. Indsatser bevilget efter serviceloven udgør ofte kun en del af det samlede rehabiliteringsforløb. Foruden serviceloven kan der for eksempel være bevillinger på baggrund af sundhedsloven, lov om specialundervisning for voksne, lov om ungdomsuddannelse for unge med særlige behov samt beskæftigelseslovgivningen.

Det mangfoldige lovgrundlag afspejler hjerneskadeområdets kompleksitet – og dermed også behovet for koordinering. Kommunerne kan imødekomme behovet for koordinering ved at etablere en hjerneskadekoordineringsfunktion. Hjerneskadekoordinatoren kan varetage opgaver i forhold til den enkelte person, men også i forhold til intern og ekstern koordinering²⁷.

Vidensnotatet omhandler sociale indsatser, der retter sig mod fase III og IV.

Lovgivning

Sundhedsloven

Som regel indledes den kommunale rehabilitering med, at patienten udskrives til genoptræning i kommunen efter sundhedslovens § 140.

Serviceloven

Den kommunale rehabiliteringsindsats bliver tilrettelagt på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger – og i samarbejde med den enkelte. Der er ikke særlige bestemmelser i serviceloven, som udelukkende er rettet mod mennesker med erhvervet hjerneskade.

Effekten af indsatserne

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2011 *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering* (MTV). Her fremgår det, at indsatser efter udskrivelsen i større omfang er erfaringsbaserede og ikke har været genstand for videnskabelig evidensbasering i samme grad, som indsatser i forbindelse med indlæggelse²⁸.

Mange indsatser på det sociale område er endnu ikke undersøgt, og derfor kan der være indsatser, der har lige så god eller bedre effekt end dem, som nævnes her. De er bare ikke beskrevet og dokumenteret endnu.

Samtidig virker sociale indsatser oftest forskelligt i forskellige sammenhænge. Det kan betyde, at en indsats, der har effekt i ét land, ikke nødvendigvis har samme effekt i Danmark. I fremtiden kan det derfor være relevant at undersøge udvalgte indsatser og metoder i en dansk kontekst.

Sociale indsatser på hjerneskadeområdet

På det sociale område bevilges indsatser på baggrund af en udredning og en faglig vurdering. Efter bevillingen af en eller flere sociale indsatser videregives ansvaret til dem, der er ansvarlige for at udføre indsatserne. De påbegynder indsatserne i samarbejde med den enkelte²⁹.

En social indsats er defineret som en indsats, der almindeligvis har til hensigt enten at forebygge, rehabilitere eller kompensere borgeren for funktionsevnenedsættelsen. En social indsats kan være rettet mod den enkelte persons kropslige funktionsevne og personens aktivitet og deltagelse. Men indsatsen kan også være rettet mod det omgivende miljø, som danner rammer for personens liv og tilværelse. Sociale indsatser er derfor indsatser, som kan medvirke til at støtte op om og udvikle den enkelte persons livsarenaer³⁰.

Nedenfor ses en række eksempler på tilgange og sociale indsatser, som i internationale undersøgelser har vist fra begrænset til stærk effekt i forhold til udvikling af funktionsevnen hos mennesker med erhvervet hjerneskade. Når der i vidensnotatet bliver skrevet om evidensniveauet, refererer det til de pågældende studier. Det er vigtigt at gøre opmærksom på, at de valgte indsatser er et udpluk af, hvad der findes på området. *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering* repræsenterer en langt mere omfattende præsentation af den viden, der findes på både det sundhedsfaglige og sociale område.

Indsatserne er hovedsageligt inden for det sociale område. En del er dog integrerede indsatser, som indeholder sociale såvel som sundhedsfaglige elementer. I de tilfælde, hvor indsatserne kræver sundhedsfagligt autoriserede fagpersoner, nævnes dette. Det er også væsentligt at nævne, at det kræver specialistkompetencer at udføre og benytte visse af indsatserne. Med specialistkompetencer menes, at man, ud over sin grunduddannelse, har opnået neurofaglig viden gennem efter-/videreuddannelse eller har erhvervet sig specialistgodkendelse.

Indsatser rettet mod mentale funktioner

Mentale funktioner omfatter bl.a. bevidsthed, orienteringsevne, temperament, energi, tænkning, følelser m.m. Udredning og tolkning af mentale funktioner kan være vanskelig, og ofte er flere funktioner påvirket samtidigt. I praksis viser nogle af vanskelighederne sig først efter et stykke tid. Indsatsen vil ofte bestå af specifikke indsatser i forhold til de konkrete funktionsnedsættelser, men for personer med moderate til svære hjerneskader vil der ofte være behov for helhedsorienterede neuropsykologiske programmer³¹.

- *Kognitiv adfærdsterapi*³²

Metoden er en terapiform til at nedsætte depression og angst. Formålet med kognitiv adfærdsterapi på hjerneskadeområdet er at øge hensigtsmæssig adfærd, nedsætte stress, forebygge tilbagefald og lære at håndtere følelsen af tab i forbindelse med nedsat funktionsevne. Behandlingen er individuel og tager udgangspunkt i den enkelte persons behov. Den gennemløber tre faser, hvor den første fase handler om at identificere problemerne og sætte mål for behandlingen. Den anden fase omhandler den aktive behandling med fokus på at styrke den enkeltes færdigheder og minimere stress. Tredje fase fokuserer på måder at forhindre tilbagefald.

Varighed: individuel. En psykolog med neuropsykologisk viden står for behandlingen. Kognitiv adfærdsterapi har nogen effekt på behandling af en akut stressreaktion hos mennesker med mild traumatisk hjerneskade. For mennesker med mild til moderat traumatisk hjerneskade har kognitiv adfærdsterapi, kombineret med neurorehabilitering, nogen effekt på angstsymptomer. Metoden har også vist sig at være effektiv i behandlingen af depression hos mennesker med erhvervet hjerneskade.

- *Yoga og mindfulness*³³

Yoga er en metode, hvor øvelserne retter sig mod at styrke vilje, disciplin og selvkontrol og hermed styrke, at tanke og krop arbejder sammen.

Mindfulness er en kognitiv proces, som har til formål at frembringe nye tankemønstre, bl.a. at være åben over for ny information og opmærksom på mere end ét perspektiv. Generelt for deltagerne er, at det mindst er et halvt år siden, de fik hjerneskaden.

Varighed: 8-10 uger. Der ses positive resultater på områder som forbedret kognition og sindsstemning og reduktion af stress. Ligeledes ses en signifikant forbedring af den enkeltes balance.

- *Comprehensive-holistic Approach*³⁴

Metoden har til formål at udvikle alternative eller kompensatoriske handlinger hos mennesker, der som følge af mild til svær hjerneskade har adfærdsmæssige og psykosociale forstyrrelser.

Metoden er baseret på neuropsykologiske og psykologiske elementer. Metoden, som retter sig mod personens kognitive, følelsesmæssige, adfærdsmæssige og funktionelle færdigheder, er integreret i et terapeutisk miljø, hvor der er fokus på feedback og selvevaluering. Metoden har som mål, at personen lærer at tilpasse sig den nuværende situation, så der er færrest mulige begrænsninger.

Varighed: ca. 4-6 måneder med individuelle sessioner og gruppesessioner et par gange om ugen à ca. 1½-2 timers varighed. Metoden varetages af et tværfagligt team af terapeuter og neuropsykologer. Der er tilstrækkelig evidens for, at metoden styrker den enkeltes deltagelse i fællesskaber eller øger troen på egen formåen samt giver en bedre livskvalitet. Den positive udvikling ses også 6 måneder efter endt forløb.

- *Metacognitive Strategy Instruction*³⁵

Metoden består af træning i problemløsning. Et fælles kendetegn for de forskellige måder at arbejde på ud fra denne metode er, at de indeholder en "trin for trin-procedure". Dvs. at den enkelte udformer en målsætning, overvåger og registrerer sin egen udførelse af aktiviteten, udvælger strategi for udførelse af aktiviteten og tilpasser sin plan ud fra sin egen og fagpersoners oplevelse af, hvordan aktiviteten blev udført. Generelt begynder indsatsen nogen tid efter den akutte fase.

Varighed: gennemsnitligt 12 timer individuelt, i gruppe eller i en kombination af begge. Der er ikke nævnt, hvilke faggrupper der varetager indsatsen, men det må forventes, at de fagprofessionelle har specialiseret viden om erhvervet hjerneskade.

Metoden er afprøvet på yngre og midaldrende mennesker med mild til meget svær traumatisk hjerneskade. Den viser tilstrækkelig evidens i forhold til at styrke den enkelte persons problemløsning i hverdagssituationer. Der er ikke tilstrækkelig evidens for, at metoden har en langtidseffekt – ligesom det er usikkert, om de strategier, som den enkelte har lært, kan anvendes i ukendte situationer.

Indsatser rettet mod aktivitet og deltagelse

Aktivitet handler om, at man som person kan udføre hverdagens opgaver. Deltagelse handler om, at man kan involvere sig i dagliglivet. Eksempler på aktivitet og deltagelse kan være husførelse, omsorg for sig selv, bevægelse og færden, uddannelse, arbejde og beskæftigelse med flere. Mennesker med erhvervet hjerneskade kan opleve begrænsninger i forhold til at kunne deltage i hverdagens aktiviteter. Indsatser rettet mod aktivitet og deltagelse handler om træning af mistede færdigheder som for eksempel tale, hukommelse, bevægelse m.m. Det vil ofte være relevant at understøtte udførelsen med hjælpemidler³⁶.

- *Terapibaseret rehabilitering*³⁷

Indsatsen består af forskellige former for aktiviteter, der skal styrke den enkeltes deltagelse i hverdagsaktiviteter. Indsatsen begynder i eget hjem efter udskrivelse fra hospitalet.

Varighed: 3-6 måneder. Der er i studierne stor forskel på, hvor intensiv træningen er, men gennemsnitligt bliver der trænet mere end to gange om ugen à 60 minutter. Indsatsen varetages af ergo- og fysioterapeuter eller et tværfagligt team, bestående af talepædagog, psykolog, pædagog, ergo- og fysioterapeut. Der er moderat evidens for, at terapibaseret rehabilitering til mennesker med apopleksi forbedrer oplevelsen af selv at kunne udføre daglige og personlige aktiviteter. Terapibaseret rehabilitering er en anvendt indsats i den kommunale genoptræning i Danmark.

- *Case Coordination Model*³⁸

Metoden retter sig mod mennesker med traumatisk hjerneskade og refererer til en *holistisk tilgang*. Det betyder, at den erhvervsrettede indsats er en del af personens samlede rehabiliteringsforløb. Den erhvervsrettede indsats varetages af en *case coordinator*, som på baggrund af en vurdering af den enkeltes behov henviser til relevante indsatser inden for jobområdet. Det særlige ved metoden er, at personens udvikling løbende registreres af en *case coordinator*, og at den erhvervsrettede indsats er en del af det samlede rehabiliteringsforløb. Metoden er kendetegnet ved tidlig og sammenhængende indsatser.

Varighed: individuel. Der er moderat evidens for, at metoden øger muligheden for, at den enkelte vender tilbage til arbejde i en eller anden form. Mange er stadig i arbejde efter et år, enten under særlige vilkår eller på almindelig vis.

- *Supported Employment Model*³⁹

Metoden sigter mod, at mennesker med traumatisk hjerneskade kommer hurtigt tilbage på arbejde ud fra en vurdering af forudsætninger, begrænsninger, interesser og arbejdsmiljø. Der er ikke fokus på at træne færdigheder før tilbagevenden til arbejde. Færdigheder trænes, mens man er på arbejde i samarbejde med en job-coach.

Støtten fra en job-coach er ikke tidsafgrænset, men er baseret på den enkeltes behov. Det særlige ved metoden er, at selve indsatsen sker på arbejdspladsen, og at indsatsen er langvarig og ikke fastsat og begrænset. For nogle varer ansættelsen op til flere år.

Varighed: individuel. Der er svag evidens for, at *Supported Employment* medvirker til, at personer med traumatisk hjerneskade vender tilbage til arbejde. Metoden anvendes i flere kommuner i Danmark på psykiatriområdet, og der foretages aktuelt randomiserede, kontrollerede forsøg med metoden i Danmark.

Indsatser rettet mod omgivelserne

Det er ikke kun det enkelte menneske med en erhvervet hjerneskade, som bliver ramt. De pårørende og andre nære relationer i omgivelserne kan også opleve en følelse af tab. Fælles for dem er, at de i forskellig grad kan føle en til tider meget stor belastning. Indsatser rettet mod de pårørende handler om at tilbyde information, rådgivning og undervisning, men også om at inddrage dem mest muligt i forløbet⁴⁰.

- *Uddannelsesprogram for pårørende*⁴¹

Metoden retter sig mod pårørende til mennesker med apopleksi. Uddannelsesprogrammet omhandler viden om erhvervet hjerneskade, identificering og definerende af problemer, afklaring af behov, valg af løsninger samt evaluering af, om problemet er løst. Møderne begynder efter udskrivelse, enten individuelt eller i gruppe.

Varighed: gennemsnitligt 6-10 møder à ca. 2 timer over 6-12 uger. Der er indikation for, at uddannelsesprogrammet har effekt i forhold til, at pårørende får det bedre psykisk.

- *Kommunikativ partnertræning*⁴²

Metoden henvender sig til pårørende og fagpersoner, der er i familie med eller tæt på en person med mild til svær afasi. Metoden sigter mod at give målgruppen strategier til at bedre kommunikationen med den, der har afasi. Sessionerne kan være individuelle eller i grupper. Typisk starter indsatsen tidligst 6 måneder efter, at personen har erhvervet hjerneskaden, men den kan også begynde op til flere år efter skaden.

Varighed: sessioner à 1 til 2 timer op til 4 gange om ugen i ca. 20 uger. Det er ikke nævnt, hvilken faggruppe der står for interventionen, men det må formodes at være en logopæd med neurofaglig viden.

Der er evidens for, at partnertræning forbedrer de pårørende og fagpersoners evne til at kommunikere med personen med afasi, og partnertræningen forbedrer formentlig også den afasiramtes evne til at kommunikere, når vedkommende kommunikerer med en trænet pårørende eller fagperson. Der er nogen evidens for, at effekten fortsætter over tid. I Danmark anvendes særligt metoden *Supporting People with Aphasia (SCA)* som et eksempel på kommunikativ partnertræning.

- *Åben dialog*⁴³

Åben dialog er en netværksbaseret, tværsektoriel tilgang, der er baseret på syv principper for hurtig og samtidig indsats i forhold til personen og dennes netværk. Omdrejningspunktet er, at personens sociale netværk er en ressource, der kan bruges i forløbet.

Varighed: individuel. Tilgangen er under afprøvning enkelte steder i Danmark, og derfor er der endnu ingen samlede erfaringer med tilgangen på hjerneskadeområdet. Til gengæld er der erfaringer fra flere kommuner på psykiatriområdet. På hjerneskadeområdet afprøves metoden i forbindelse med overgangen fra sygehus til kommune.

Principper, der understøtter indsatsen på hjerneskadeområdet

Ud fra forskning og anbefalinger kan der udledes principper, som retter sig mod formen og måden at organisere og tilrettelægge indsatserne på. Principperne kan understøtte anvendelsen af metoderne i praksis.

- *Dedikeret samarbejde med borgeren*⁴⁴

Borgerorienterede tilgange skal forstås som tilgange, der sætter den enkelte person i centrum for indsatsen og understøtter samarbejdet mellem den enkelte person og fagpersoner. I forbindelse med tværfaglige indsætter har det vist sig, at der er moderat evidens for, at et godt samarbejde mellem den enkelte og det tværfaglige team efter den akutte fase har en positiv effekt i form af:

- Bedre funktionsevne ved udskrivelse
- Hyppigere tilbagevenden til arbejde eller uddannelse
- Mindre familieuenighed og færre depressive symptomer.

- Inddragelse af personen kan desuden fremme indsatsens udbytte, da den enkelte kan opleve større motivation, engagement og følelse af mestring.

- *Hjerneskadekoordineringsfunktion*⁴⁵

Mennesker med erhvervet hjerneskade og deres pårørende har ofte kontakt til flere forskellige fagpersoner i kommunen. Når kommunens rehabiliteringsindsats tilrettelægges og koordineres af en hjerneskadekoordineringsfunktion, imødekommer det behovet for koordinering. De nuværende erfaringer med en koordineringsfunktion i de sager, hvor borgeren har en mere kompleks problematik, er gode.

- *Tværfagligt teamsamarbejde*⁴⁶

Tværfagligt teamsamarbejde fremmer effekten af rehabilitering på en lang række områder, såsom bedre funktionsevne, mindre afhængighed af hjælp og hurtigere tilbagevenden til arbejde. Det tværfaglige team kan for eksempel bestå af talepædagog, psykolog, pædagog, ergo- og fysioterapeut. Det er ikke enkelt at pege på, hvilke former for tværfagligt teamsamarbejde der har den bedste effekt, men der er nogle karakteristika, som er fælles for alle typer af tværfagligt samarbejde. Karakteristika, der har vist en effekt på rehabiliteringen, er:

- Borgeren er i centrum/individuel tilpasset indsats
- Alle relevante parter er involveret
- Fælles målsætning og fælles effektvurdering
- Jævnlig kontakt mellem alle implicerede
- Høj faglig standard.

Det er ikke alle med erhvervet hjerneskade, der nødvendigvis har behov for en tværfaglig teamorganisering gennem hele rehabiliteringsforløbet. Det vil være graden og karakteren af funktionsnedsættelsen, der er afgørende for, hvornår det er relevant. Ofte vil intensiteten i det tværfaglige teamsamarbejde være høj i begyndelsen af forløbet og ændre karakter over tid.

- *Målsætning*⁴⁷

Standardiserede skemaer og/eller processer til målsætning af rehabiliteringsforløbet viser begrænset evidens for, at fastlagte, specifikke og udfordrende mål forbedrer den enkeltes overholdelse af træningen under forløbet. Derudover ses stærk evidens for, at mål resulterer i en direkte forbedring i udførelsen af motoriske og kognitive aktiviteter.

- *Betydningsfulde faktorer*⁴⁸

For personer med erhvervet hjerneskade er følgende faktorer betydningsfulde i forhold til at kunne tilpasse sig den ændrede livssituation:

- Personlige karakteristika
- Praktiske og mentale strategier
- Sociale relationer
- Omgivelsernes tilgængelighed
- Sundheds- og velfærdsindsatser
- Information og arbejde.

Det kan være væsentligt, at de sociale indsatser understøtter disse faktorer, når personer med erhvervet hjerneskade skal komme sig.

- *Intensitet*⁴⁹

Der er stærk evidens for, at intensive rehabiliteringsforløb medvirker til, at færdigheder bliver generhvervet hurtigere. Studierne fremkommer ikke med evidens for, hvor intensiv indsatsen skal være for at have den bedste effekt.

Varighed: fra 30 minutter til 5 timer om dagen, 5 dage om ugen i op til 6 måneder. For at genskabe funktionsevnen så hurtigt som muligt er det derfor vigtigt at tilbyde intensiv træning, så snart vedkommende er klar til at deltage i det.

Dokumentation på hjerneskadeområdet

Hovedformålet med den sociale indsats på hjerneskadeområdet er at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv, lette dagligdagen og forbedre livskvaliteten. De centrale indikatorer for, om indsatsen virker, kan derfor være udviklingen i den enkeltes mulighed for aktivitet og deltagelse i hverdags- og samfundslivet.

WHO's internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (ICF) bygger på et standardiseret sprog og klassifikation til beskrivelse af en persons funktionsevne inden for områder som kroppens funktioner og anatomi, aktivitet og deltagelse, omgivelsesfaktorer samt personlige faktorer.

ICF kan anvendes som værktøj til at vurdere den enkeltes behov og til at måle effekten af indsatsen⁵⁰. Inden for traumatisk hjerneskade er der udarbejdet *Brief Core Sets*, hvor relevante kategorier for målgruppen er udvalgt. For området *aktivitet og deltagelse* bliver følgende kategorier anvendt som indikatorer for effekten af indsatsen⁵¹:

- Udførelse af daglige rutiner
- Mulighed for samtale
- Gangfunktion
- Mulighed for at indgå i komplekst interpersonelt samspil
- Jobsituation
- Mulighed for at drage omsorg for sig selv
- Mulighed for deltagelse i rekreative aktiviteter og fritidsaktiviteter samt skabe familiære relationer.

Voksenudredningsmetoden (VUM) er et redskab til brug i det kommunale sagsbehandlingsarbejde på det sociale område. VUM kan afdække, hvordan personens omgivelser og fysiske, psykiske og evt. sociale funktionsnedsættelse påvirker vedkommendes mulighed for at deltage aktivt i hverdagen og samfundet. Udredningen kan give sagsbehandleren en struktureret viden om borgerens problemer, ressourcer og ønsker og dermed skabe et grundlag for at træffe afgørelser om at iværksætte hjælp. Desuden er det muligt for sagsbehandleren at følge op på indsats og resultater⁵².

De Sociale Indikatorprogrammer (SIP) er en metode til at dokumentere de indsatser, der bliver sat i gang på sociale botilbud, om og hvordan indsatsen virker. Der er udarbejdet SIP for personer med erhvervet hjerneskade i midlertidige botilbud efter servicelovens § 107. Indikatorerne omfatter faglig og personoplevet kvalitet. Der indsamles oplysninger om skadens art, omfang og skadesforløb og om personens situation før skadesforløbet. Desuden bliver der indsamlet oplysninger om de rehabiliteringsindsatser, som personen modtager, og deres resultater. Resultatet vurderes ud fra udviklingen i personens funktionsevne, baseret på ICF, og ses både ud fra et fagligt og brugeroplevet perspektiv⁵³.

Siden medio 2013 har alle kommuner løbende skullet indberette en række elektroniske data på voksenhandicapområdet til Danmarks Statistik. Data indberettes på cpr-nummerniveau, og der skal anvendes et fælles begrebsapparat.

Mennesker med hjerneskade vil blive registreret i kategorien *psykisk funktionsnedsættelse – intellektuel/kognitiv forstyrrelse*. Det vil være frivilligt, om kommunerne indberetter målgruppen i underkategorien *erhvervet hjerneskade*. De indsatser, som ydes inden for hjerneskadeområdet, vil for eksempel kunne indberettes som *socialpædagogisk støtte, beskyttet beskæftigelse, ophold, træning og støtteredskab*.

Som en del af aftalen om dataindberetning får kommunerne adgang til benchmarking og ledelsesinformation på både aktivitets- og udgiftsdata på handicapområdet i FLIS (Fælleskommunal ledelsesinformation). I fremtiden vil den elektroniske indberetning af data muliggøre en mere præcis national opgørelse af data om målgruppen og kommunale indsatser⁵⁴. For at få præcise data om gruppen af mennesker med erhvervet hjerneskade forudsættes det dog, at kommunerne indberetter gruppen i underkategorien *erhvervet hjerneskade*.

Centrale kilder til viden på hjerneskadeområdet

Sundhedsvæsenet registrerer data i nedenstående databaser ⁵⁵:

- Det nationale Landspatientregister (LPR)⁵⁶
Alle kontakter til sygehusvæsenet registreres i LPR. Til registrering af diagnoser anvendes ICD-10. Derud over registreres bl.a. procedurer for behandling og genoptræning.
- ICPC-2 (den internationale klassifikation for den primære sundhedstjeneste)
Omfatter bl.a. procesdiagnoser, symptomdiagnoser, skader og forskellige sygdomsdiagnoser.

Implementering af sociale indsatser

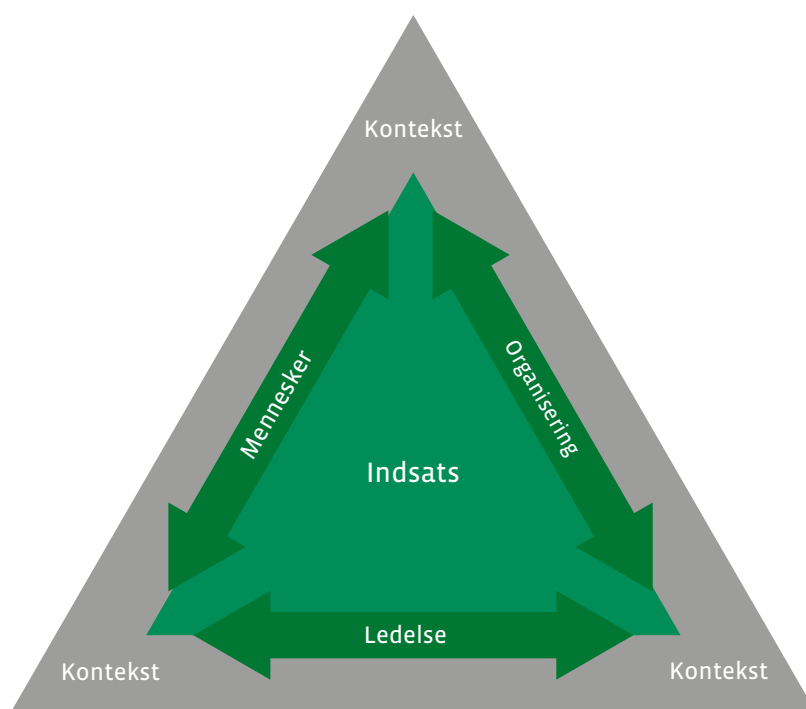
De senere år har der været øget fokus på, at indsatser skal have en dokumenteret effekt for borgerne. For at indsatserne skal få den ønskede effekt, kræver det, at de er implementeret ordentligt, da borgeren selvsagt ikke kan få effekt af en indsats, der ikke bliver modtaget.



Når en ny metode bliver implementeret, er det derfor vigtigt at understøtte implementeringsprocessen, så borgerne får gavn af de indsatser, kommunen sætter i værk.

Drivkræfter for implementering af indsatser i en kommunal kontekst⁵⁷

Implementering af en indsats sker lokalt og fremmes gennem de tre centrale drivkræfter: ledelse, mennesker og organisering⁵⁸. De tre drivkræfter er gensidigt afhængige og skal understøtte hinanden. Samtidig er de kompensatoriske. Det betyder for eksempel, at kommunen kan kompensere for manglende kompetencer hos medarbejderne ved, at ledelsen har ekstra fokus på, at indsatsen bliver leveret efter hensigten.



Figur 2. Drivkræfter for implementering af indsatser i en kommunal kontekst

Drivkræfter og hæmmere for implementering er ”hinandens spejlbilleder”⁵⁹. For eksempel er stærk ledelsesopbakning en væsentlig drivkraft for implementering, mens mangel på ledelsesopbakning er en væsentlig hæmmer. Det samme gælder for de øvrige drivkræfter for implementering. Hvis man arbejder målrettet og struktureret med dem, fremmer det implementeringen. Hvis man undlader at gøre det, vil det hæmme den.

Faktorer, der spiller ind på indsatsers implementering

En række faktorer påvirker, hvor nemt eller svært det er at implementere en ny indsats. Helt overordnet er det vigtigt at være opmærksom på, at alle indsatsen består af en ’hardware’- og en ’software’-del. Hardwaredelen er som regel ikke svær at implementere (for eksempel at der installeres loftlifte, at der installeres et nyt IT-system etc.). Indsatsens softwaredel består af organisering, arbejdsgange, menneskeopfattelser og kultur – og det vil oftest være den mest udfordrende. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, hvordan hardwaren påvirker softwaren i organisationen. Indsatsen, der understøtter implementeringen⁶⁰, er desuden kendetegnet ved en række faktorer som for eksempel at:

- *De relative fordele er tydelige.* Dvs., at de fagpersoner, der arbejder med indsatsen umiddelbart oplever, at den nye indsats er bedre end den gamle.
- *Indsatsen passer til den organisation, herunder også organisationskulturen, som den skal implementeres i.* Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, om implementering af en ny indsats betyder, at medarbejderne skal arbejde eller tænke på en helt anden måde, end de plejer.
- *Lav kompleksitet.* Hvis en metode er meget kompleks, kan det være en hjælp, at indsats og implementering er klart beskrevet, så det er tydeligt for medarbejderne, hvad indsatsen går ud på. Samtidig skal det være beskrevet, hvilke kompetencer der skal til for, at indsatsen kan fungere i driften.
- *Mulighed for at afprøve indsatsen.* I en række tilfælde vil det næppe være muligt, men i nogle tilfælde kan indsatsen blive testet i mindre skala, inden kommunen implementerer bredt.
- *Synlighed.* Dvs., at andre kan se, at man anvender indsatsen, for eksempel ved logoer eller anvendelse af bestemte redskaber eller andet, som tydeligt kan ses af andre.
- *Mulighed for tilpasning.* Hvis det er muligt at tilpasse indsatsen til kommunens organisation – og stadig bevare den centrale kerne i metoden – vil der være større chance for, at indsatsen bliver godt implementeret.

Der vil være forskel på, hvor lette/vanskelige de sociale indsats og principper, som er nævnt i dette vidensnotat, vil være at implementere. Indsatsen *Case Coordination Model* går for eksempel ud på, at den erhvervsrettede indsats er en del af personens samlede rehabiliteringsforløb. Den ”silo-tænkning”, der kan være mellem den arbejdsrettede, sundhedsfaglige og sociale indsats, vil derfor blive udfordret. Metoden passer ikke direkte ind i kommunernes organisationskultur, og det kan vanskeliggøre implementeringsprocessen. Til gengæld kan indsatsen *Uddannelsesprogrammer for pårørende* være nemmere at implementere. Metoden kan tilpasses i en lokal kontekst og afprøves i mindre skala, inden den bredes ud til hele målgruppen.

Ledelse som drivkraft

Ledelse er en vigtig forudsætning for en succesfuld implementering af indsatser. Sætter ledelsen ikke gang i implementeringsprocessen, understøtter den løbende, udvælger de rigtige medarbejdere, kommunikerer målsætningerne og så videre, er chancerne for en succesfuld implementering små.

1. Ledelsesopgaven har to aspekter: den mere konkrete og den mere tekniske som for eksempel at understøtte rammerne omkring implementeringsopgaven.
2. Forandringsledelse, hvor ledelsens opgave er at drive implementeringsprocessen fremad og holde medarbejderne til ilden gennem opfølgning og vedvarende fokus på fremdriften.

Som et eksempel på ledelsens rolle i forhold til implementering kan nævnes en kommune, som vægtede en tydelig ledelsesmæssig fokus og opbakning i implementeringen af tværgående arbejdsredskaber, visitationsudvalg og arbejdsgangsbeskrivelser. Erfaringen er, at det har været en afgørende faktor for den endelige forankring af de nye tiltag.

En anden afgørende faktor for forankring af nye tiltag er, at lederen tager medansvar for, at medarbejdernes nye kompetencer og færdigheder bliver anvendt i praksis. Erfaringen fra en kommune er, at overlades dette ansvar alene til medarbejderen, er kompetenceudviklingsindsatsen af ringe værdi.

Mennesker som drivkraft

Modsætningen mellem at vide, hvad man skal gøre og at gøre det i praksis, er en central udfordring for implementering af nye indsatser. En vigtig drivkraft for implementering er derfor at udvælge fagpersoner og sikre løbende kompetenceudvikling. Typisk skal fagpersonerne have lige så megen fokus på at aflære gamle rutiner og vaner som på at tillære den nye praksis⁶¹.

Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på, hvad der kendetegner de borgere, som skal have gavn af indsatsen, og hvordan fagpersonerne kan bidrage til, at indsatsen kommer borgeren til gavn. I implementeringen af indsatser er det centralt at være opmærksom på, hvem borgermålgruppen er og oftest ligeså vigtigt, hvem borgermålgruppen ikke er. Indsatsen kan ikke forventes at have en effekt, hvis den anvendes på en anden målgruppe end den beskrevne.

Målgruppen er også vigtig for selve implementeringsprocessen, da borgeren indgår i relation med fagpersonerne. Disse relationer kan påvirke indsatsens resultater.

Er der tale om målgrupper med helt specielle behov som for eksempel mennesker med svær erhvervet hjerneskade, stiller det krav til særlige faglige kompetencer og indsatser. Indsatserne skal typisk løftes i et samarbejde med andre kommuner, regioner og private udbydere. Nogle kommuner kan nemlig have meget få borgere inden for målgruppen, og det er vigtigt at være opmærksom på, når kommunen implementerer nye indsatser.

Hvad kompetenceudvikling angår, diskvalificerer forskningen entydigt 'send-på-kursus-og-kryds-fingre'-tilgangen⁶². Det er ikke nok blot at kompetenceudvikle fagpersonerne. De skal også have mulighed for at omsætte viden til praksis gennem løbende støtte, coaching og supervision. Som nævnt under ledelse kan en måde, hvorpå man sikrer den efterfølgende støtte, være, at lederen følger op på kompetenceudviklingen.

Det er afgørende for implementeringen af sociale indsatser, at det er klart, hvilke kompetencer indsatsen kræver – og at man sikrer, at medarbejderne har disse kompetencer. Den specialiserede rehabiliteringsindsats på hjerneskadeområdet kræver en række tværfaglige og monofaglige kompetencer. På nuværende tidspunkt er der ikke en generel beskrivelse af, hvilke indsatser på hjerneskadeområdet der kræver hvilke faglige kompetencer⁶³.

Erfaringer fra et par kommuner viser, at når man ønsker at styrke vidensniveauet og det tværfaglige samarbejde, så har kompetenceudvikling på tværs af faggrupper og funktioner en positiv effekt. Man kan efterfølgende etablere et forum, hvor medarbejderne mødes jævnligt for at vedligeholde og udbygge både de faglige kompetencer og det tværfaglige samarbejde.

I implementeringslitteraturen bliver forandringsagenter og superbrugere ofte fremhævet som helt centrale for at sikre fremdriften i implementeringsprocessen⁶⁴. Superbrugere er medarbejdere, der uddannes og trænes særligt, så den øvrige medarbejderstab kan læne sig op ad dem i implementeringsprocessen.

I en kommune har man gode erfaringer med etablering af en netværksgruppe, som mødes hvert halve år. Her udvikler man praksis og deler viden på tværs af kommunens afdelinger.

Organisering som drivkraft

Den tredje drivkraft for implementering handler om at skabe en sammenhængende og koordineret organisering af indsatsen og understøtte implementeringen med tilpasninger af arbejdsgange og organisering. Det handler også om databaseret opfølgning, som gør det muligt at følge med i og understøtte implementeringsprocessen – og løbende vurdere, om man efterlever faglige standarder og opnår de tilsigtede resultater for deltagerne⁶⁵.

Forløbsprogrammet for voksne med erhvervet hjerneskade anbefaler en koordineret tværfaglig og tværsektoriel indsats. Indsatsen skal ske, lige fra hjerneskaden opstår, til rehabiliteringsforløbet afsluttes, og personen har nået det bedst mulige funktionsniveau. De nuværende erfaringer med en kommunal hjerneskadekoordineringsfunktion viser gode resultater blandt de personer, der har en mere kompleks problematik. Rollen som hjerneskadekoordinator viser sig dog ofte vanskelig, fordi den går på tværs af forvaltninger og afdelinger med hver sine ansvarsområder og mål⁶⁶.

Sandsynligheden for, at indsatsen bliver implementeret ordentligt, er betydeligt større, hvis medarbejderne har et skriftligt referencepunkt at forholde sig til i implementeringsprocessen. Det kan for eksempel være i form af protokoller. Jo tydeligere indsatsens kernekomponenter er beskrevet, desto lettere er det at implementere dem. Det gælder derfor også om at få nedskrevet tavse og intuitive handlinger, som nye medarbejdere ikke nødvendigvis kender til. Det kan for eksempel være en bestemt tilgang til borgerne eller en uskreven ansvars- og opgavefordeling mellem medarbejderne.

I nogle kommuner har man arbejdet med at udvikle forskellige former for beskrivelse af praksis. I en kommune har man udformet en arbejdsgangsanalyse på tværs af afdelinger i kommunen og beskrevet den tværgående arbejdsgang for hjerneskadekoordinering. Den tværgående arbejdsgang er iværksat og godkendt af alle involverede afdelingschefer.

I andre kommuner har man etableret et fast team af myndighedsmedarbejdere, der har fokus på at gøre det interne samarbejde på tværs af områder mere effektivt. Teamet har bl.a. lavet en beskrivelse af procedure for tidlig identifikation af borgere med erhvervet hjerneskade, kortlagt interne tilbud og udarbejdet en skabelon for en fælles plan til borgeren.

Det er vigtigt løbende at følge med i implementeringsprocessen⁶⁷. Det gør man ved at indsamle de data, som giver det mest anvendelige billede af udviklingen, og som samtidig sikrer, at dokumentationsindsatsen er enkel og håndterbar i hverdagen. Det er også vigtigt, at data bliver anvendt aktivt på teammøder og lignende. På den måde kan data bruges til at identificere og håndtere forskellige implementeringsudfordringer.

I en kommune har man haft fokus på at udvikle en hjerneskadedatabase med henblik på at følge udviklingen på området. Databasen skal indsamle viden om målgruppen på parametre som køn, alder ved skadedebut, tidligere registreret hjerneskade, andre sygdomme, misbrug m.v., samt viden om forhold før erhvervelse af hjerneskade, såsom civil status, uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, boligforhold med videre. Ligeledes indsamler databasen viden om effekten af indsatsen, hvor der registreres oplysninger om visiterede hjemmeplejeydelser og tilknytning til arbejdsmarkedet ved skadestidspunkt samt et og to år efter. De indsamlede data skal bruges til at målrette indsatsen på området.

Den kommunale kontekst, hvor implementeringen foregår

Ingen indsatser implementeres i et tomrum. De vil altid skulle implementeres i en bestemt kontekst, der enten vil kunne hæmme eller fremme implementeringsprocessen. De drivkræfter i konteksten, der typisk skal tages højde for, er dels de paradigmer og dagsordener, som indsatsen er en del af, og dels de interesser, som 'omgiver' indsatsen.

Er der politisk fokus på den indsats, der skal implementeres, vil det altid have stor indflydelse. Den type indsatser vil have større behov for positive resultater – og dermed ofte også have behov for at understøtte implementeringen bedst muligt.

Det politiske fokus hænger ofte sammen med den finansiering, der følger med indsatsen. I projektperioden påvirker finansieringen, hvor ambitiøs man kan være med implementeringsunderstøttelsen. I en senere fase vil den fortsatte drift af indsatsen også være understøttet, hvis kommunerne prioriterer det med en varig finansiering.

De kommunale erfaringer med implementering på hjerneskadeområdet skal ses i relation til, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i 2011 udmøntede en pulje på 150 mio. kr. til at styrke den kommunale indsats til rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade. Puljen har som formål at støtte projekter, der i særlig grad:

”Fremmer sammenhængende og effektive rehabiliteringsforløb, fremmer neurofaglige kompetencer hos kommunale fagpersoner og fremmer tværfagligt samarbejde blandt kommuner⁶⁸”.

Denne sammenhæng styrker tilskyndelsen til at afprøve, udvikle og implementere indsatser på hjerneskadeområdet.

Implementeringsstrategier

Det er en vigtig beslutning at vælge en implementeringsstrategi, når kommunen skal implementere nye indsatser. Man kan implementere indsatsen i hele organisationen eller kun i enkelte dele af den; og man kan implementere hele indsatsen med det samme eller i flere faser⁶⁹. Det giver fire forskellige implementeringsstrategier:

- *Big Bang*
Her implementerer hele organisationen hele ændringen med det samme. Fordelen ved strategien er, at perioden med forandringer holdes forholdsvis kort. Det minimerer sandsynligheden for, at medarbejderne falder tilbage til gamle vaner. Ulempen ved Big Bang-strategien er, at der er tale om store forandringer for medarbejderne.
- *Domino*
Her implementerer en del af organisationen hele indsatsen med det samme. Fordelen ved strategien er, at kommunen får mulighed for at afprøve og implementere indsatsen i en begrænset del af organisationen. Det gør, at man kan høste en række erfaringer, der kan tages med, når indsatsen skal spredes ud til resten af organisationen. Ulempen er, at denne implementeringsstrategi er mere tidskrævende.
- *Kaskade*
Her implementerer hele organisationen indsatsen i flere faser. Fordelen her er, at implementeringen bliver brudt ned i mindre og mere overskuelige dele, samtidig med at man høster fordelene ved, at hele organisationen implementerer indsatsen. Ulemperne er, at det er en tidskrævende proces – man risikerer, at der opstår 'forandringstræthed' i organisationen.
- *Små skridt*
Her implementerer en del af organisationen indsatsen i flere faser. Fordelen ved denne strategi er, at medarbejderne får tid til at vænne sig til den nye indsats. Ulemperne er, at implementeringsprocessen er meget tidskrævende, og at der er risiko for, at medarbejderne blot fortsætter, som de plejer.

Det gælder generelt for implementering, at der ikke er en løsning, det altid vil være bedst at bruge. I stedet bør kommunen være bevidst om de forskellige fordele og ulemper, der følger af de forskellige strategier, og forsøge at tage højde for dem.

Udgifter for hjerneskadebehandling og rehabilitering

I 2008 var de samlede sundhedsomkostninger 110.000 kr. per person for året, hvor skaden sker, og det efterfølgende år. Sundhedsomkostningerne omfatter behandling i hospitalsvæsenet, speciallæge og praktiserende læge.

De kommunale omkostninger, som omfatter kommunal rehabilitering, hjemmepleje, hjemmesygeplejerske, omkostninger for personen og dennes familie m.m., er skønnet til 60.000 kr. per person inden for de første to år. Det svarer til, at det kommunale område bærer ca. 35 pct. af de offentlige økonomiske udgifter. På nuværende tidspunkt er det ikke muligt at værdisætte rehabiliteringsindsatsen i kommunalt regi ved hjælp af registre. Beregningerne er derfor baseret på et skøn på baggrund af tilgængelig information.

Formodningen er, at for personer i den erhvervsaktive alder vil der være et produktivitetstab på 50.000 kr. per person om året. Produktivitetstab omhandler de udgifter, der er forbundet med, at personen med erhvervet hjerneskade modtager indkomsterstøttende ydelser. De samlede omkostninger ved hjerneskadebehandling og rehabilitering de to første år er således 270.000 kr. per person med erhvervet hjerneskade (prisniveau 2008). Ingen af disse tal dækker samtlige omkostninger, men de antyder, at der er høje og vedvarende høje omkostninger forbundet med hjerneskadebehandling og efterfølgende rehabilitering⁷⁰.

Kommunale udgifter på hjerneskadeområdet

I Egedal Kommune har man i en årrække gennemført en tværgående økonomisk analyse af det specialiserede socialområde for at følge den økonomiske udvikling i sagerne på hjerneskadeområdet fra før 2007. Egedal Kommune har et indbyggertal på 41.822 indbyggere, hvilket er tæt på medianstørrelsen på 43.300 indbyggere. De økonomiske analyser kan stå som ét eksempel på de kommunale udgifter på hjerneskadeområdet.

I Egedal Kommune er antallet af borgere i den erhvervsaktive alder, som har skadesdebut i perioden 2007-2012, 47 personer med apopleksi og 29 personer med anden erhvervet hjerneskade.

Den totale kommunale udgift i 2012 (i form af kommunal medfinansiering, behandling, varige ydelser og forsørgelse), udgør for *borgere med skadesdebut i perioden 2007-2012* (heriblandt personer med apopleksi), 11.147.567 kr., og for personer med anden erhvervet hjerneskade 6.577.927 kr.

Den totale regionsudgift i 2012 (i form af sygehusbehandling for personer med apopleksi i Egedal Kommune), er 1.660.825 kr., og for personer med anden erhvervet hjerneskade 1.183.567 kr. Alle udgifter er angivet i prisniveau 2012.

Cost-effectiveness-analyser

I cost-effectiveness-analyser bliver driftsudgiften ved en indsats (typisk medarbejderressourcer), sammenholdt med indsatsens effekt på kortere eller længere sigt (effektivitet i forhold til omkostningerne). Cost-effectiveness-analyser giver også mulighed for at sammenligne forskellige indsatser.

Der er ikke identificeret studier, som anslår cost-effectiveness ved et samlet hjerneskaderehabiliteringsforløb. De studier, som er identificeret, analyserer kun delelementer af et rehabiliteringsforløb⁷¹.

Forskning viser, at metoden *Supported Employment* (se beskrivelse af metoden i afsnittet Sociale indsatser på hjerneskadeområdet), er cost-effective for mennesker med erhvervet hjerneskade. Resultaterne viser, at gennemsnitslønnen for den ansatte langt overstiger udgifterne i forbindelse med *Supported Employment*. Udgifterne bliver tilmed lavere i forbindelse med *Supported Employment*, særligt for de mennesker, der beholder deres job i mere end to år. Der tages dog forbehold for, at de økonomiske beregninger ikke indeholder alle udgifter, der er forbundet med en rehabiliteringsindsats, såsom hjælpemidler, medicinudgifter, andre faglige indsatser, etablering af *Supported Employment* med videre⁷².

Cost-benefit-analyser

I cost-benefit-analyser sammenlignes udgifterne ved en given indsats med indsatsens økonomiske effekter på kortere og længere sigt. Dvs., at effekterne omregnes til en økonomisk værdi i kroner.

En forsigtig vurdering er, at der er store omkostninger forbundet med hjerneskaderehabilitering, og at en stor del af omkostningerne påhviler kommunerne.

Ligeledes er en forsigtig vurdering, at der kan hentes en positiv økonomisk gevinst ved bl.a. en tidlig indsats samt ved programmer, der er målrettet tilbagevenden på arbejdsmarkedet.

Hvis en tidlig og faglig velfunderet indsats har en positiv effekt på den enkeltes funktionsevne, kan det have konsekvenser i form af potentielle besparelser. Det er dog uvist, hvorvidt besparelserne kan ses i praksis, da de er baseret på usikre antagelser⁷³:

- *Besparelse ved undgået plejehjem*

Hvis behovet for plejehjemsophold nedsættes, må man tage i betragtning, at mennesker med erhvervet hjerneskade, som bor i eget hjem, ofte har behov for hjemmehjælp i et vist omfang. Koster en plejehjemsplads ca. 40.000 kr. per måned og hjemmehjælp (praktisk hjælp) ca. 400 kr. per time (alt inklusiv), vil nettobesparelsen ved 10 timers hjemmehjælp ugentligt i stedet for plejehjemsophold være ca. 272.000 kr. per år. De nævnte takster er forbundet med en vis usikkerhed, da der ikke findes centralt aftalte takster for det kommunale område. Den potentielle besparelse falder alene i kommunalt regi.

- *Besparelse ved mindsket omfang af hjemmehjælp*

En tidlig indsats for mennesker med erhvervet hjerneskade kan reducere funktionsnedsættelse og dermed behovet for hjemmehjælp. Hvis hjemmehjælp koster 400 kr. per time, kan kommunen indhente en besparelse på 20.800 kr. per år for hver sparet hjemmehjælpstime om ugen.

- *Arbejdsmarkedskonsekvenser*

Vender et menneske med erhvervet hjerneskade efter et rehabiliteringsforløb tilbage til sit oprindelige arbejde på halvtid frem for at modtage pension, vil det betyde en produktionsgevinst for samfundet, svarende til ca. 200.000 kr. per år. Vender vedkommende tilbage på fuld tid, svarer det til en produktionsgevinst på ca. 400.000 kr. per år. Det er dog væsentligt at tage i betragtning, at en forholdsvis stor del af personer med erhvervet hjerneskade modtog overførselsindkomster året før, hjerneskaden opstod, hvilket nedsætter den forventede produktionsgevinst.

Satspuljeprojektet fra 2006, *Rehabilitering i hjemmet*, viser, at: "intensiv, specifikt fokuseret og individuelt tilrettelagt hjemmerehabilitering" giver en nettogevinst på ca. 60.000 kr. (2005-kroner), per person.

Det er vigtigt at understrege, at det drejer sig om et mindre ikke-randomiseret forsøg, hvorfor resultaterne mere skal forstås som en indikation af muligheder, end som bevis på en besparelse⁷⁴.

Initiativer på hjerneskadeområdet

I følgende afsnit præsenteres et udsnit af de igangværende initiativer, der knytter sig til rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. Nogle projekter er igangsat af Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold, andre af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse⁷⁵.

Projekter igangsat af Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold

Arbejdsrehabiliteringsklubber skal hjælpe voksne med erhvervet hjerneskade (2010 – 2014)

| | |
|-----------------------------|---|
| <i>Målgruppe</i> | Voksne mellem 18-65 år med nylig erhvervet hjerneskade, som har mistet eller står i fare for at miste deres job pga. skaden. |
| <i>Formål</i> | Støtte mennesker med erhvervet hjerneskade til et aktivt liv med meningsfuld beskæftigelse. |
| <i>Effekt/dokumentation</i> | Måler løbende på det enkelte medlems udvikling. Der måles på outcome som medlemmets selvværd, fritidsliv, sociale netværk, tilknytning til arbejdsmarkedet og anden form for meningsfuld beskæftigelse. |
| <i>Kontakt</i> | Kontoret for kognitive handicap og hjerneskade, Socialstyrelsen. Arbejdsrehabiliteringsklubber er etableret i Hjørring, Lolland, Odense, Slagelse og Aalborg Kommune. |

Netværksmøder på hjerneskadeområdet

| | |
|-----------------------------|--|
| <i>Målgruppe</i> | Kommunale koordinatore, projektledere og kontaktpersoner på hjerneskadeområdet. |
| <i>Formål</i> | Socialstyrelsen kan bidrage til, at hjerneskadekoordinatore, projektledere og kontaktpersoner kan levere en vidensbaseret indsats til borgere med erhvervet hjerneskade. Hjerneskadekoordinatore, projektledere og kontaktpersoner kan bidrage til, at Socialstyrelsen bliver vidende om problematikker, dilemmaer, udviklingsinitiativer m.m. i praksis. |
| <i>Effekt/dokumentation</i> | Netværksmøderne evalueres efter hvert møde med henblik på viden om, hvorvidt deltagerne oplever, at møderne bidrager til formidling af aktuelt bedste viden, som er anvendelig i praksis. |
| <i>Kontakt</i> | Kontoret for kognitive handicap og hjerneskade, Socialstyrelsen. |

IT-frivillige støtter afasiramte i vedligeholdelse af social- og samfundsmæssig tilknytning (2012 – 2014)

| | |
|-----------------------------|---|
| <i>Målgruppe</i> | Mennesker, som pga. erhvervet hjerneskade har afasi (tab af kommunikative færdigheder). Frivillige, som er interesserede i IT, og som har lyst til at hjælpe mennesker med afasi med at anvende elektronisk billedkommunikation. De frivillige kan være ramt af afasi i mild grad. |
| <i>Formål</i> | Skabe et netværk af frivillige, som støtter mennesker med afasi i at vedligeholde sociale netværk gennem brugen af IT. Bryde mennesker med afasis følelse af isolation gennem en opøgende og forebyggende frivillig indsats. |
| <i>Effekt/dokumentation</i> | Effekten måles på følgende indikatorer: målgruppens brug af IT, oplevelse af isolation samt mestring af elektronisk kommunikation med omverden. Hertil kommer erfaringsopsamling fra projektets frivillige. |
| <i>Kontakt</i> | Hjernesagen og Kommunikationscentret Hillerød. |

Ud over de ovennævnte projekter har ministeriet igangsat et ph.d.-projekt på hjerneskadeområdet.

Projekter igangsat af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Værksted om optimering af kommunale indsatser (2011-2014)

| | |
|-----------------------------|---|
| <i>Målgruppe</i> | Mennesker med erhvervet hjerneskade i alderen 18-64 år og med en vægtning af indsatserne i forhold til de avancerede forløb. |
| <i>Formål</i> | Forbedre koordineringen af rehabiliteringsindsatsen i de medvirkende kommuner samt med øvrige aktører på området. Kompetenceudvikling blandt de kommunale medarbejdere, som er ansvarlige for rehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade. |
| <i>Effekt/dokumentation</i> | Borgere og pårørende oplever sammenhæng i forløbet, minimal ventetid samt informering om næste skridt. Kommunale medarbejdere er opkvalificeret, så de føler sig trygge ved at løfte opgaven. |
| <i>Kontakt</i> | Fredensborg, Gribskov, Helsingør og Hørsholm Kommune. |

Tværkommunal rehabiliteringsindsats for borgere med en erhvervet hjerneskade, der har brug for en sammenhængende og tværfaglig indsats for at opnå samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne (2011-2014)

| | |
|-----------------------------|---|
| <i>Målgruppe</i> | Børn, unge og voksne med et rehabiliteringsbehov, grundet en akut eller tidligere opstået hjerneskade, samt deres pårørende. Medarbejdere, der arbejder med børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade. |
| <i>Formål</i> | Kompetenceudvikling af medarbejdere. Udvikling af avancerede rehabiliteringstilbud, som skal fremme en sammenhængende og effektiv rehabilitering for personer med erhvervet hjerneskade. |
| <i>Effekt/dokumentation</i> | Børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade oplever et godt rehabiliteringsforløb samt en forbedret livskvalitet. Børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade oplever, at rehabiliteringsforløbet har en høj faglig kvalitet, og at sammenhængen mellem fase II og III er gnidningsfrit. Koordinering mellem leverandørside og myndighedsside er optimeret og formaliseret. Flere af de eksisterende rehabiliteringstilbud inden for det femkommunale samarbejde er udviklet til avanceret niveau. |
| <i>Kontakt</i> | Næstved, Fakse, Lolland, Vordingborg og Guldborgsund Kommune. |

Styrket genoptræning og rehabilitering for personer med erhvervet hjerneskade (2011-2014)

| | |
|-----------------------------|---|
| <i>Målgruppe</i> | Social- og sundhedsassistenter, pædagoger, fysio- og ergoterapeuter, socialrådgivere, sygeplejersker samt medarbejdere med koordinerende funktioner. |
| <i>Formål</i> | Kompetenceudvikling af medarbejdere på akademi- og diplomniveau Understøttelse af specialiserede sager fra specialiserede rådgivende team. |
| <i>Effekt/dokumentation</i> | Der gennemføres før- og eftermålinger af det aktuelle vidensniveau ved både akademi- og diplomuddannelserne. Evaluering af ordningen med specialiserede rådgivende team, og hvordan ordningen eventuelt kan sikres fremadrettet. |
| <i>Kontakt</i> | Alle 19 kommuner i Region Midt. |

Tværkommunalt samarbejde om udvikling af interdisciplinært videns- og udviklingsforum (2011-2014)

| | |
|-----------------------------|---|
| <i>Målgruppe</i> | Kommunale medarbejdere på hjerneskadeområdet. |
| <i>Formål</i> | Udvikle og implementere et tværkommunalt, interdisciplinært videns- og udviklingsforum, der sætter kommunen i stand til at tilbyde rehabiliteringsindsatser på avanceret niveau. |
| <i>Effekt/dokumentation</i> | Læringsmodel, der kan understøtte en vedvarende vidensudvikling og kompetencefastholdelse på tværs af kommune- og sektorskel. Tværkommunal arbejdsmodel, der understøtter anvendelse af konkrete kompetencer på tværs af kommunerne. Arbejdsmodel, der understøtter vedvarende indhentning og anvendelse af relevant specialistviden. |
| <i>Kontakt</i> | Odsherred, Kalundborg, Holbæk, Slagelse, Sorø og Ringsted Kommune. |

Hjernen på sporet (2011-2014)

| | |
|-----------------------------|---|
| <i>Målgruppe</i> | Alle borgere med erhvervet hjerneskade. Udvalgte medarbejdere i forvaltningerne (job/arbejdsmarked, social og sundhed). |
| <i>Formål</i> | Sikre en sammenhængende og koordineret indsats for alle borgere med erhvervet hjerneskade. Sikre en intensiv, neuro- og tværfaglig funderet genoptræning og rehabilitering af borgere med erhvervet hjerneskade. Etablere et eller flere rehabiliteringstilbud på avanceret niveau, samt at Hjerneskadecentret BOMI, i samarbejde med kommunerne, etablerer en satellitfunktion i en af kommunerne i projektperioden. |
| <i>Effekt/dokumentation</i> | Effekten måles på borgere og medarbejders oplevelser og erfaringer med indsatsen, på kliniske effektmål og på organisatoriske og økonomiske målsætninger. |
| <i>Kontakt</i> | Stevns, Køge, Greve og Solrød Kommune. |

Et tværkommunalt samarbejde (2011-2014)

| | |
|-----------------------------|---|
| <i>Målgruppe</i> | Borgere med erhvervet hjerneskade i alderen 18-65 år. |
| <i>Formål</i> | På tværs af de tre kommuner igangsættes kompetenceudvikling. På tværs af de tre kommuner iværksættes konkrete tiltag med forbedring af eksisterende tilbud og overvejelser om eventuelt udvikling af nye tilbud. |
| <i>Effekt/dokumentation</i> | Evaluering ud fra sundheds- og socialfaglige aspekter. |
| <i>Kontakt</i> | Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Gentofte Kommune. |

Projekt Sammenhæng på tværs – accelererede rehabiliteringsforløb (2011-2014)

| | |
|-----------------------------|--|
| <i>Målgruppe</i> | Borgere med erhvervet hjerneskade i den erhvervsaktive alder, hvor der er behov for afklaring af arbejdsevne og forsørgelsesgrundlag. Det drejer sig om ca. 30 borgere om året. |
| <i>Formål</i> | Optimere indsatsen over for målgruppen af borgere med erhvervet hjerneskade. Implementere og afprøve en tværgående koordinatorfunktion. Opbygge en tværfaglig og tværsektoriel organisationsstruktur, hvor den tværgående koordinatorfunktion og det allerede eksisterende Hjerneskadesamråd indgår i en logisk rollefordeling. Udvikle systematisk dokumentation i form af en generisk rehabiliteringsplan. Systematisere brugen af den specialiserede viden på hjerneskadeområdet. Løbende opkvalificering af de medarbejdere, der arbejder på området. |
| <i>Effekt/dokumentation</i> | Fremlæggelse af relevante referater, samarbejdsaftaler, spørgeskemaer til borgere og før- og eftermålinger. Endvidere fremlægges den generiske (gældende for hele gruppen) rehabiliteringsplan. |
| <i>Kontakt</i> | Hillerød Kommune. |

KL har lavet en oversigt over alle projekterne, hvor det er muligt at få indblik og overblik over de igangværende projekter i kommunerne⁷⁶.

Der foreligger en samlet midtvejsevaluering af projekterne på Sundhedsstyrelsens hjemmeside⁷⁷.

Referenceliste

- 1 Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCl), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*
Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCl), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*
- 2 Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*
- 3 Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCl), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*
- 4 Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCl), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*
- 5 Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade*
- 6 Dahl T, Schiøler G (2003): *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*
- 7 Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCl), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*
- 8 Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCl), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*
- 9 Teasdale TW, Engberg A (2005): "Psychosocial consequences of stroke: a long-term population-based follow-up". *Brain Injury*, 19,1049-1058
Teasdale TW, Engberg A (2001): "Suicide after a stroke: a population study". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(12),863-866
Engberg AW, Teasdale TW (2004): "Psychosocial outcome following traumatic brain injury in adults: a long-term population-based follow-up". *Brain Injury*, 18(6),533-545
- 10 Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCl), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*
Andersen MN et al. (2005): "Sex differences in stroke survival: 10 years follow-up of Copenhagen stroke study cohort". *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 14,5
Olsen TS, Andersen KK (2012): Prognose og tidsforløb. I: Andersen G et al. (red.): *Apopleksi, sygdom, behandling og organisation*
- 11 Pallesen H (2011): *Fem år efter apopleksi – fra sygdom til handicap*. Ph.d.-afhandling Syddansk Universitet
Andersen G (2012): Komplikationer til apopleksi. I: Andersen G et al. (red.): *Apopleksi, sygdom, behandling*
Teasdale TW, Engberg A (2005): "Subjective well-being and quality of life following traumatic brain injury in adults: a long-term population-based follow-up". *Brain Injury*, 19(12),1041-1048
- 12 Andersen G (2012): Komplikationer til apopleksi. I: Andersen G et al. (red.): *Apopleksi, sygdom, behandling*
- 13 Damgaard D, Christensen H (2012): Symptomer ved apopleksi. I: Andersen G et al. (red.): *Apopleksi, sygdom, behandling og organisation*
Olsen TS, Andersen KK (2012): Prognose og tidsforløb. I: Andersen G et al. (red.): *Apopleksi, sygdom, behandling og organisation*

- 14 Teasdale TW, Engberg A (2005): "Subjective well-being and quality of life following traumatic brain injury in adults: a long-term population-based follow-up". *Brain Injury*, 19(12),1041-1048
- Teasdale TW, Engberg A (2005): "Psychosocial consequences of stroke: a long-term population-based follow-up". *Brain Injury*, 19,1049-1058
- Engberg AW, Teasdale TW (2004): "Psychosocial outcome following traumatic brain injury in adults: a long-term population-based follow-up". *Brain Injury*, 18(6),533-545
- 15 Andersen G (2012): Komplikationer til apopleksi. I: Andersen G et al. (red.): *Apopleksi, sygdom, behandling*
- 16 Teasdale TW, Engberg A (2005): "Psychosocial consequences of stroke: a long-term population-based follow-up". *Brain Injury*, 19,1049-1058
- Pallesen H (2013): "Body, coping and self-identity. A qualitative 5-year follow-up study of stroke". *Disability and Rehabilitation*, DOI:10.3109/09638288.2013.788217
- Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*
- Jørgensen HS et al. (1999): "What determines good recovery in patients with the most severe strokes? The Copenhagen stroke study". *Stroke*, 30(10),2008-12
- Teasdale TW, Engberg A (2005): "Subjective well-being and quality of life following traumatic brain injury in adults: a long-term population-based follow-up". *Brain Injury*, 19(12),1041-1048
- Engberg AW, Teasdale TW (2004): "Psychosocial outcome following traumatic brain injury in adults: a long-term population-based follow-up". *Brain Injury*, 18(6),533-545
- 17 Engberg AW, Teasdale TW (2004): "Psychosocial outcome following traumatic brain injury in adults: a long-term population-based follow-up". *Brain Injury*, 18(6),533-545
- Teasdale TW, Engberg A (2005): "Psychosocial consequences of stroke: a long-term population-based follow-up". *Brain Injury*, 19,1049-1058
- Pallesen H (2013): "Body, coping and self-identity. A qualitative 5-year follow-up study of stroke". *Disability and Rehabilitation*, DOI:10.3109/09638288.2013.788217
- Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*
- 18 Carnes SL, Quinn WH (2005): "Family adaptation to brain injury: coping and psychological distress". *Families, Systems and Health*, 23(2),186-203
- Teasdale TW, Engberg A (2005): "Psychosocial consequences of stroke: a long-term population-based follow-up". *Brain Injury*, 19,1049-1058
- Rigby H et al. (2009): A systematic review of caregiver burden following stroke. *International Journal of Stroke*, 4,285-92
- Teasdale WT (2012): Sociale konsekvenser. I: Andersen G et al. (red.): *Apopleksi, sygdom, behandling og organisation*
- Pallesen H (2011): *Fem år efter apopleksi – fra sygdom til handicap*. Ph.d.-afhandling Syddansk Universitet
- Teasdale TW, Engberg A (2005): "Subjective well-being and quality of life following traumatic brain injury in adults: a long-term population-based follow-up". *Brain Injury*, 19(12),1041-1048
- Engberg AW, Teasdale TW (2004): "Psychosocial outcome following traumatic brain injury in adults: a long-term population-based follow-up". *Brain Injury*, 18(6),533-545
- 19 Treger I et al. (2007): "Return to work in stroke patients". *Disability and rehabilitation*, 29,17,1397-1403
- Teasdale WT (2012): Sociale konsekvenser. I: Andersen G et al. (red.): *Apopleksi, sygdom, behandling og organisation*
- Teasdale TW, Engberg A (2005): "Subjective well-being and quality of life following traumatic brain injury in adults: a long-term population-based follow-up". *Brain Injury*, 19(12),1041-1048
- Engberg AW, Teasdale TW (2004): "Psychosocial outcome following traumatic brain injury in adults: a long-term population-based follow-up". *Brain Injury*, 18(6),533-545
- 20 Teasdale TW, Engberg AW (2002): "Disability pensions in relation to stroke: a population study". *Brain Injury*, 16,997-1009
- Teasdale WT (2012): Sociale konsekvenser. I: Andersen G et al. (red.): *Apopleksi, sygdom, behandling og organisation*

- 21 Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCl), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*
- 22 Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCl), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*
- 23 www.socialebegreber.dk
Social-, Børne- og integrationsministeriet. LBK nr. 1093 af 05/09/2013 - Bekendtgørelse af lov om social service
- 24 Rehabiliteringsforum Danmark (2004): *Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabilitering*
Gutenbrunner et al. (2007): "White book on physical rehabilitation medicine in Europe". *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45
- 25 Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCl), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*
- 26 Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCl), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*
- 27 Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCl), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*
- 28 Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*
- 29 Social- og integrationsministeriet og KL (2012): *Voksenudredningsmetoden – en håndbog*
Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011): *Vejledning om kommunal rehabilitering*
- 30 www.socialebegreber.dk
Schiøler G, Dahl Tóra (2003): *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*
- 31 Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCl), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*
Schiøler G, Dahl Tóra (2003): *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*
- 32 Soo C, Tate RL (2012): "Psychological treatment for anxiety in people with traumatic brain injury (review)". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art.No.: CD005239. DOI: 10.1002/14651858.CD005239.pub2
Stalder-Lüthy et al. (2013): "Effect of psychological interventions on depressive symptoms in long-term rehabilitation after ABI: a systematic review and meta-analysis". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94,1386-97
Tiersky LA et al. (2005): "A trial of neuropsychological rehabilitation in mild-spectrum traumatic brain injury". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, (86),1565-1574
- 33 Lazaridou A et al. (2013): "Yoga and mindfulness as therapeutic interventions for stroke rehabilitation: a systematic review". *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 1-9
- 34 Cattalani R et al. (2010): "Rehabilitation treatments for adults with behavioral and psychosocial disorders following acquired brain injury: a systematic review". *Neuropsychology Review*, 20,52-85
Cicrone KD et al. (2008): "A randomized controlled trial of holistic neuropsychologic rehabilitation after traumatic brain injury". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84,2239-2249
Chung CSY et al. (2013): "Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in adults with stroke or other adult with non-progressive acquired brain damage (review)". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD008391. DOI: 10.1002/14651858.CD008391.pub2 Collaboration
Cicerone et al. (2011): "Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92,519-529
- 35 Kennedy MRT et al. (2008): "Intervention for executive functions after traumatic brain injury: a systematic review, meta-analysis and clinical recommendations". *Neuropsychological Rehabilitation*, 18,3,275-299
Cicerone et al. (2011): "Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92,519-529

- 36 Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*
Schiøler G, Dahl Tóra (2003): *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*
- 37 Outpatient Service Trialist (2009): "Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home (review)". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art.No.: CD002925. DOI: 10.1002/14651858.CD002925
- 38 Fadyl JK, Pherson KM (2009): "Approaches to vocational rehabilitation after traumatic brain injury: a review of the evidence". *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 24,3,195-212
- 39 Fadyl JK, Pherson KM (2009): "Approaches to vocational rehabilitation after traumatic brain injury: a review of the evidence". *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 24,3,195-212
- Wehman P et al. (2003): "Supported employment for persons with traumatic brain injury: a preliminary investigation of long-term follow-up costs and program efficiency". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, (84),192-196
- Socialstyrelsen (2013): *Mennesker med psykiske vanskeligheder*
- Christensen T et al. (2011): *Review om effekter af beskæftigelsesindsatser til personer med svær psykisk sygdom*.
- 40 Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*
Schiøler G, Dahl Tóra (2003): *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*
- 41 Lee J et al. (2007): "A meta-analysis of interventions for informal stroke caregivers". *Western Journal of Nursing Research*, 29,344
- Smith J et al. (2008): "Information provision for stroke patients and their caregivers". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art.No.: CD001919. DOI: 10.1002/14651858.CD001919.pub2
- 42 Simmons-Mackie N et al. (2010): "Communication partner training in aphasia: a systematic review". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, (91),1814-1837
- 43 Jaakko S (2007): *Åpne samtaler*
Jaakko S (2008): *Åben dialog og netværksarbejde*
<http://socialstyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/metoder-og-tilgange/aben-dialog>
- 44 Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*
- 45 KL (2012): *En styrket rehabilitering af borgere med hjerneskade*
Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*
<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/puljer-og-projekter/oevrige-puljer/pulje-til-kommunernes-styrkede-indsats-til-personer-med-erhvervet-hjerneskade>
- 46 Turner-Stokes L et al. (2011): "Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3 Art.No.: CD004170. DOI: 10.1002/14651858.CD004170.pub2
- Momsen AM et al. (2012): "Multidisciplinary team care in rehabilitation: an overview of reviews". *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44,901-912
- Powell J et al.: (2002): "Community based rehabilitation after severe traumatic brain injury: a randomised controlled trial". *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 72,193-202
- Kim H, Colantonie A (2010): "Effectiveness of rehabilitation in enhancing community integration after traumatic brain injury: a systematic review". *The American Journal of Occupational Therapy*, 64,5,709-719
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011): *God praksis i den tværgående rehabilitering. Et idékatalog*
Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*
- 47 Levack WMM et al. (2006): "Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review". *Clinical Rehabilitation*, 20,739-755

- 48 Sarre S et al. (2013): "A systematic review of qualitative studies on adjusting after stroke: lessons for the study of resilience". *Disability and Rehabilitation*, 1-11
- 49 Torben Larsen (2006): *Sundhedsøkonomisk evaluering af hjemmehabilitering af yngre patienter i Frederiksborg Amt med pludselig opstået hjerneskade*. Syddansk Universitet
Thønnings SF, Kabel S (2006): *Rehabilitering i hjemmet – når livet skal leves på ændrede vilkår*
Turner-Stokes L et al. (2011): "Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3 Art.No.: CD004170. DOI: 10.1002/14651858.CD004170pub2
- 50 Dahl T, Schiøler G (2003): *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*
- 51 Brief ICF core set for traumatic brain injury
- 52 Social- og integrationsministeriet og KL (2012): *Voksenudredningsmetoden – en håndbog*
Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011): *Vejledning om kommunal rehabilitering*
- 53 www.socialkvalitetsmodel.dk
Center for kvalitetsudvikling (2009): *Det sociale indikatorprogram for botilbud til voksne erhvervet hjerneskade (SIP-hjerneskade). Programteori - beskrivelse af design, formål og udviklingsproces*
- 54 <http://www.sm.dk/Temaer/velfaerdsudv/dokumentation/handicap/Documents/Aftale%20om%20handicapdokumentation.pdf>
- 55 Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*
- 56 www.ssi.dk
- 57 Socialstyrelsens model for implementering er en tilpasning af Active Implementation Framework, <http://nirn.fpg.unc.edu/learn-implementation/implementation-drivers>
- 58 Fixsen D et al. (2005): *Implementation research: a synthesis of the literature*
- 59 Ogden T (2012): *Evidensbasert praksis i arbejdet med barn og unge*
- 60 Greenhalgh, Trisha et al. (2004): "Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendation". I: *The Milbank Quarterly*, vol. 82, no. 4
- 61 Greenhalgh, Trisha et al. (2004): "Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendation". I: *The Milbank Quarterly*, vol. 82, no. 4
Hamm MS et al. (1989): "The conditions of effective implementation – a guide to accomplishing rehabilitative objectives in corrections". *Criminal Justice and Behavior*, 16(2)
- 62 Fixsen D et al. (2005): *Implementation research: a synthesis of the literature*
Gearing R et al. (2011): "Major ingredients of fidelity: A review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation". *Clinical Psychology Review*, 31
- 63 KL: *En styrket rehabilitering af borgere med hjerneskade*
- 64 Guldbrandsson K (2008): "From news to everyday use – the difficult art of implementation". *Statens Folkhälsoinstitut*
Kotter J (2000): *Hvorfor forandringer mislykkes*
Fixsen D et al. (2005): *Implementation research: a synthesis of the literature*
- 65 Durlak J, DuPre E (2008): *Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and factors affecting implementation. American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350
Fixsen D et al. (2005): *Implementation research: a synthesis of the literature*
Dusenbury L et al. (2003): "A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings". *Health Education Research*, 18(2)

- 66 Sundhedsstyrelsen (2011): *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCl), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*
KL (2012): *En styrket rehabilitering af borgere med hjerneskade*
<http://www.kl.dk/Fagomrader/Sundhed/Traning/Hjerneskade/initiativer/?n=1>
Fælleskommunalt sekretariat for det specialiserede socialområde (2012): *Barrierer og muligheder for at sikre velkoordinerede og målrettede indsatser for voksne med erhvervet hjerneskade*
- 67 Dusenbury L et al. (2003): "A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings". *Health Education Research*, 18(2).
- 68 http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Puljer/2011/Juni/~~/media/Filer%20-%20dokumenter/ansoegninger_indkaldelse_hjerneskadepulje/Indkaldelse.ashx
- 69 Kræmmer M et al. (2009): *Change and effect*
- 70 Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*
- 71 Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*
- 72 Wehman P et al. (2003): "Supported employment for persons with traumatic brain injury: a preliminary investigation of long-term follow-up costs and program efficiency". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84,192-196
- 73 Sundhedsstyrelsen (2011): *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*
- 74 T. Larsen (2006): *Sundhedsøkonomisk evaluering af hjemmehabilitering af yngre patienter i Frederiksborg Amt med pludselig opstået hjerneskade*
- 75 <http://www.kl.dk/Fagomrader/Sundhed/Traning/Hjerneskade/initiativer/?n=1>
- 76 <http://kl.dk/Fagomrader/Sundhed/Traning/Hjerneskade/initiativer/?n=1>
- 77 <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/puljer-og-projekter/oevrige-puljer/pulje-til-kommunernes-styrkede-indsats-til-personer-med-erhvervet-hjerneskade>



Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00
www.socialstyrelsen.dk

