



Socialstyrelsen

Børn, unge og voksne med erhvervet hjerne-skade

Målgruppebeskrivelse i forbindelse med spor 2 i evalueringen af det specialiserede socialområde

december 2020

Viden til gavn

Indhold

Indledning	2
Om beskrivelse af specialiseringsniveauer	3
Del 1: Voksne med erhvervet hjerneskade	7
1. Generelt om målgruppen	7
1.1 Afgrænsning af målgruppen	7
1.2 Overordnet karakteristik af målgruppen	7
1.3 Snitflader til andre sektorer	8
2. Målgruppekompleksitet (parameter 1)	9
2.1 Generelt om målgruppens funktionsevne	10
2.2 Målgruppens funktionsevne inddelt på specialiseringsniveauer	10
3. Målgruppens størrelse (parameter 2)	16
4. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3)	18
4.1 Generelt om målgruppens behov for indsatser	18
4.1.1 Udredning/supplerende udredning/revurdering	19
4.1.2 Indsatser på socialområdet	20
4.1.3 Indsatser på tilstødende sektorområder	20
4.2 Målgruppens behov for indsatser inddelt på specialiseringsniveauer	22
4.2.1 Indsatser, der retter sig mod funktionsevne	22
4.2.2 Indsatser til pårørende	26
4.2.3 Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer	28
4.2.4 Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde	29
4. Fagligt indhold (parameter 4)	32
4.1 Kompetencer	33
4.2 Metoder	36
4.3 Hjælpemidler og teknologi	37
Del 2: Børn og unge med erhvervet hjerneskade	40
1. Generelt om målgruppen	40
1.1 Afgrænsning af målgruppen	40
1.2 Overordnet karakteristik af målgruppen	40
1.3 Snitflader til andre sektorer	41

2.	Målgruppekompleksitet (parameter 1).....	42
2.1	Generelt om målgruppens funktionsevne.....	42
2.2	Målgruppens funktionsevne inddelt på specialiseringsniveauer	43
3.	Målgruppens størrelse (parameter 2).....	46
4.	Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3).....	47
4.1	Generelt om målgruppens behov for indsatser	48
4.1.1	Udredning/supplerende udredning/revurdering	49
4.1.2	Indsatser på socialområdet.....	50
4.1.3	Indsatser på tilstødende sektorområder	51
4.2	Målgruppens behov for indsatser inddelt på specialiseringsniveauer.....	52
4.2.1	Indsatser der retter sig imod funktionsevnenedsættelser	52
4.2.2	Indsatser til pårørende	54
4.2.3	Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer	55
4.3	Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde	55
5.	Fagligt indhold (parameter 4)	57
5.1	Kompetencer	57
5.2	Metoder.....	59
5.3	Hjælpe midler og teknologi	60
	Referencer.....	62
	Bilag 1: Specialistgruppen og øvrig faglig kvalitetssikring	64

Indledning

I forbindelse med Evalueringen af det specialiserede socialområde, som gennemføres af Social- og Indenrigsministeriet i 2020 og 2021, udvikler og afprøver Socialstyrelsen, som led i spor 2¹, en generel model for, hvordan man kan beskrive specialiseringsniveauer på let, moderat og højt niveau for målgrupper, indsatser og leverandører² på det specialiserede socialområde.³ Modellen skal danne grundlag for specialeplanlægning på det specialiserede socialområde ved at skabe overblik over målgruppers forskellige behov og det landskab af leverandører af sociale indsatser, der skal kunne imødekomme disse behov.

Modellen skal kunne udbredes til at gælde alle målgrupper på det specialiserede socialområde, såfremt dette besluttet politisk, men den afprøves i projektperioden på tre målgrupper udvalgt af social- og indenrigsministeren på baggrund af en række kriterier. Målgrupperne er børn, unge og voksne med hhv. erhvervet hjerneskade, autisme og synshandicap.

Afprøvningen af modellen på disse målgrupper indebærer bl.a. udarbejdelse af målgruppebeskrivelser med inddragelse af relevante interessenter og faglig ekspertise på målgruppeområdet. Afprøvningen indebærer desuden indplacering af leverandører på forskellige specialiseringsniveauer bl.a. på baggrund af målgruppebeskrivelserne.

Målgruppebeskrivelserne indeholder beskrivelser af variationen og kompleksiteten i målgruppens problemstillinger og funktionsevne, herunder fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og sociale problemer, med det formål at kunne fastlægge, hvilke specialiseringsniveauer de samlede indsatser skal være på. Der er tale om idealtypiske beskrivelser af målgruppen. Konkrete personers problemstillinger og funktionsevne ændrer sig typisk over tid, på samme måde som deres behov for indsatser på forskellige specialiseringsniveauer kan ændre sig over tid. Målgruppebeskrivelserne skal blandt andet anvendes i forbindelse med indplaceringen af leverandører af sociale indsatser på specialiseringsniveauer, som varetages af socialtilsynet i forbindelse med afprøvningen. Herudover kan målgruppebeskrivelserne give information til bl.a. sagsbehandlere i deres arbejde med målgrupperne. Målgruppebeskrivelserne er i deres nuværende form dog ikke tænkt som et redskab til visitationen.

Det har været et afgørende element i udarbejdelsen af målgruppebeskrivelserne at inddrage vidensmiljøer, fagpersoner og interessenter med ekspertise inden for de målgrupper på det specialiserede socialområde, som modellen afprøves på. Vidensgrundlaget for målgruppebeskrivelserne består derfor dels af en foranalyse, hvor viden fra Socialstyrelsens udgivelser om målgruppen samt relevante udgivelser fra Sundhedsstyrelsen er beskrevet og struktureret, og dels af viden fra faglige eksperter i bl.a. specialistgrupper nedsat i forbindelse med arbejdet. De faglige specialistgrupper har bidraget til at beskrive målgruppen og tilhørende indsatser.

¹ I spor 2 af evalueringen af det specialiserede socialområde udvikles og afprøves en model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.

² Leverandører forstås som sociale tilbud og andre leverandører af sociale indsatser. På Tilbudsportalen samler og formidler Social- og Indenrigsministeriet oplysninger om kommunale, regionale og private tilbud. Det drejer sig primært om tilbud, der er omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-4, og om kommunale, regionale og private tilbud efter servicelovens §§ 32, 36, 103 og 104. Det bemærkes, at der derudover er leverandører, som leverer ydelser og foranstaltninger på det specialiserede socialområde, men som ikke er registreret på Tilbudsportalen, herunder eksempelvis leverandører af støtte efter servicelovens § 85.

³ Læs mere om evalueringen på Social- og Indenrigsministeriets hjemmeside: <https://sim.dk/arbejdsomraader/handicap/evaluering-af-det-specialiserede-socialomraade/>

Arbejdet i specialistgruppen vedrørende erhvervet hjerneskade er foregået dels via to arbejds-møder, og dels via en skriftlig høring imellem de to møder, hvor deltagerne i gruppen har leveret skriftlige bidrag til målgruppebeskrivelserne.

I den forbindelse vil Socialstyrelsen gerne rette en tak til alle de personer og organisationer, der har bidraget til denne målgruppebeskrivelse enten via specialistgruppen eller som led i den øvrige faglige kvalitetssikring. Det fremgår af bilag 1, hvem der har medvirket i processen.

Socialstyrelsen har i forbindelse med udarbejdelsen af målgruppebeskrivelsen rådført sig med Det Rådgivende Udvalg for spor 2, hvis rolle og sammensætning er nærmere beskrevet i Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.

I teksten optræder tal angivet i parentes, hvilke henviser til referencer sidst i målgruppe-beskrivelserne. Endvidere henvises til en generel model for specialiseringsniveauer, som er beskrevet i et selvstændigt notat.

Om beskrivelse af specialiseringsniveauer

Specialisering opstår, når en bestemt indsats eller funktion bliver etableret med det formål at opfylde et særligt behov. Det betyder, at specialisering på socialområdet bliver til i et samspil mellem en målgruppes særlige behov, den specialiserede indsats, der kan imødekomme dette behov, og de parametre, der skal være opfyldt hos en leverandør for, at specialiseringen kan udvikles og opretholdes.

Modellen for beskrivelse af specialiseringsniveauer rejser derfor tre spørgsmål, som skal besvares som led i afprøvning af modellen:

1. Hvad kendetegner målgruppen og dens særlige problemstillinger og behov?
2. Hvad kendetegner den sociale indsats, der kan imødekomme dette behov?
3. Hvad skal være til stede hos de leverandører, der skal yde indsatsen?

I målgruppebeskrivelserne besvares de to første spørgsmål. Det tredje spørgsmål besvares gennem udarbejdelse af målgruppespecifikke vejledninger til indplacering af leverandører på specialiseringsniveauer. Målgruppebeskrivelserne indeholder idealtypiske beskrivelser af variationen i målgruppens funktionsevne eller problemstillinger samt en beskrivelse af, hvilke indsatser børn, unge og voksne med specialiserede behov har brug for.

Den generelle model for specialiseringsniveauer opstiller følgende fire parametre, som er afgørende for niveauet af specialisering i sociale indsatser:

1. Målgruppekompleksitet
2. Målgruppens størrelse
3. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger
4. Fagligt indhold.

Parameter 1: Målgruppekompleksitet

Målgruppekompleksitet (parameter 1) dækker over de tilstande, som skaber behov for en specialiseret social indsats. Kompleksitet kan både forstås i dybden, som en særlig sværhedsgrad i den enkelte funktionsnedsættelse eller sociale problemstilling, eller som kompleksitet i bredden, forstået som en flerhed af funktionsnedsættelser eller sociale problemstillinger. I afsnittet om målgruppekompleksitet beskrives kompleksiteten i målgruppens problemstillinger og den samlede påvirkning af funktionsevnen hos målgruppen på de tre specialiseringsniveauer; let, moderat og højt, ud fra de oplistede kriterier i figur 1 nedenfor. Få eller lettere funktionsnedsættelser kan således godt have stor betydning for funktionsevne, udvikling og trivsel, og kan dermed indgå i beskrivelsen af målgruppens behov for indsatser på alle tre niveauer.

Parameter 2: Størrelse

Målgruppens størrelse (parameter 2) har betydning for, hvorvidt der er et tilstrækkeligt underlag for at udvikle og opretholde de indsatser, målgruppen har behov for. Jo mere sjældent en problemstilling forekommer, desto højere specialiseringsniveau vil der derfor typisk være tale om i indsatsen.

Vurderingen af målgruppens behov for henholdsvis let, moderat og højt specialiserede indsatser kan derfor også baseres på viden om målgruppens størrelse på landsplan. Denne viden anvendes i en vurdering af, hvorvidt kommunerne hver for sig eller kun i kraft af samarbejde med hinanden og/eller andre aktører har det fornødne underlag for at udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering hos de kommunale, regionale eller private leverandører, der leverer indsatser til målgruppen. Vurderingen på dette parameter skal ses med forbehold for, at datagrundlaget kan være meget forskelligt for de konkrete målgrupper, og at målgruppens størrelse ikke i sig selv er udslagsgivende for vurdering af specialiseringsniveauet i indsatsen.

Figur 1: Kriterier for specialiseringsniveauer for parametrene 1) målgruppekompleksitet og 2) Målgruppens størrelse

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
1. Målgruppe - kompleksitet	Målgruppen har få og afgrænsede fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i mindre grad.	Målgruppen har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i moderat grad.	Målgruppen har en særlig svær fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, psykiske vanskeligheder eller socialt problem eller en særlig sammensætning af ovennævnte, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i høj grad.
2. Målgruppens størrelse	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at de fleste kommuner i landet kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde indsatser til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at en større del af landets kommuner kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så sjældent, at kun en mindre del af kommunerne kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.

Parameter 3 :Sammensætning af ydelser og foranstaltninger

En social indsats forstås som de tiltag, der sættes i værk for at støtte personen til at opnå de mål og den udvikling, der stemmer overens med vedkommendes ønsker og håb for fremtiden, funktionsevne og behov for hjælp og støtte.⁴ Indsatsen er sammensat af en eller flere ydelser eller foranstaltninger (parameter 3) leveret efter serviceloven. En helhedsorienteret social indsats forudsætter blandt andet, at personens perspektiv, ressourcer og behov er styrende for tilrettelæggelsen af de forskellige ydelser og foranstaltninger. Det forudsætter også en koordinering mellem den sociale indsats og tilstødende indsatser efter anden lovgivning.

Beskrivelsen af indsatser på let specialiseret niveau indebærer en afgrænsning til almenområdet⁵. Hvor det almene område dækker over de generelle velfærdsydelser og indsatser, som de fleste personer kommer i berøring med i løbet af livet, er indsatser på det specialiserede socialområde rettet mod børn, unge og voksne med fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer. I målgruppebeskrivelserne er der således primært fokus på behov for indsatser på det sociale område (serviceloven). Herudover beskrives relevante snitflader til andre sektorer.

Parameter 4: Fagligt indhold i indsatsen

De samme typer af indsatser kan forekomme på flere specialiseringsniveauer, og forskelle i specialiseringsniveau er dermed ikke kun relateret til indsatstype, men i lige så høj grad til behovet for koordination og det faglige indhold i indsatsen (parameter 4). I indsatser på alle specialiseringsniveauer er der behov for både generelle og målgruppespecifikke kompetencer og metoder samt eventuelt for hjælpemidler og teknologi. På det moderat og højt specialiserede niveau øges behovet for en særlig tilpasning af indsatsen til målgruppens mere specialiserede behov, og der stilles mere specifikke krav til eksempelvis kompetencer.

Figur 2: Kriterier for indplacering på specialiseringsniveauer for parametrene 3) sammensætning af ydelser og foranstaltninger og 4) fagligt indhold

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
3: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger	Den sociale indsats består typisk af en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger, som kan gennemføres selvstændigt.	Den sociale indsats består typisk af en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en vis grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.	Den sociale indsats består typisk af en særligt tilrettelagt sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en høj grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.
4: Fagligt indhold	Den sociale indsats indebærer typisk behov for generelle og målgruppespecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for mere målgruppespecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for meget målgruppespecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.

Kvalitet

⁴ Kilde: Fælles faglige begreber (KL).

⁵ Det almene område dækker kun i meget begrænset omfang over ydelser, der er tildelt efter lov om social service, som fx forebyggende hjemmebesøg hos ældre.

Inddelingen af indsatser på specialiseringsniveauer er ikke udtryk for, at der er varierende behov for kvalitet i indsatsen. Det forudsættes således, at der er den fornødne kvalitet i indsatser på alle niveauer. Kvalitet på det specialiserede socialområde handler overordnet om at sikre den rette indsats til den enkelte person, og dermed fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig og for at klare sig selv, eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten. Dette er gældende for indsatser på alle niveauer.

Om denne målgruppebeskrivelse

Målgruppeområdet vedrørende børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade adskiller sig fra de to øvrige målgruppeområder i afprøvningen af modellen for beskrivelse af specialiseringsniveauer, ved at Sundhedsstyrelsen, med henblik på at skabe sammenhæng og kvalitet på hjerneskadeområdet, har udarbejdet forløbsprogrammer og visitationsretningslinjer og herunder beskrevet specialiseringsniveauer for tværsektorielle forløb til målgruppen. 96 kommuner har siden 2011 arbejdet på at implementere anbefalinger fra Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer i den kommunale praksis. Det betyder, at den terminologi og de specialiseringsniveauer, der indgår i bl.a. forløbsprogrammerne, i stor udstrækning anvendes i kommunerne på tværs af de sektorer og forvaltninger, der leverer indsatser til målgruppen. Af samme grund er der i arbejdet med denne målgruppebeskrivelse – trods væsentlige forskelle mellem social- og sundhedsområdet - lagt vægt på at anvende den samme terminologi, som i øvrigt anvendes på sundhedsområdet, ligesom målgruppebeskrivelsen forholder sig til de allerede eksisterende specialiseringsniveauer på området.

Inddeling af målgruppen

Da børn/unge med erhvervet hjerneskade på flere måder adskiller sig væsentligt fra den samlede målgruppe af mennesker med erhvervet hjerneskade, beskrives børn og unge uddybende som delmålgruppe på moderat og højt specialiseringsniveau. Målgruppebeskrivelsen er derfor inddelt i to dele, der omhandler hhv. voksne med erhvervet hjerneskade og børn og unge med erhvervet hjerneskade. Hvis man kun er interesseret i at læse om voksne, skal man således kun læse Del 1, og ønsker man at læse om børn og unge, skal man læse Del 2.

Børn og unge med erhvervet hjerneskade adskiller sig fra resten af målgruppen, bl.a. ved at de befinder sig i en periode af deres liv, hvor de er i fuld gang med at udvikle sig og lære, og at hjerneskaden kan påvirke fundamentet herfor, så deres udviklings- og læringsmuligheder forringes. At sikre bedst mulig understøttelse af børnenes/de unges almindelige udvikling samtidig med at nedsatte eller tabte funktioner genoptrænes og vedligeholdes, eller der skal arbejdes med kompenserende strategier, er i sig selv en kompleks opgave, som betyder, at børnene/de unge har andre behov end den resterende del af målgruppen. Hertil kommer, at børnene/de unge får en skade på en umoden hjerne, hvilket betyder, at der i takt med hjernens udvikling kan vise sig nye følger af hjerneskaden.

På baggrund af tydelig faglig vejledning fra specialistgruppen, der har været involveret i udarbejdelsen af målgruppebeskrivelsen, beskrives børn og unge med erhvervet hjerneskade således *skematisk* kun på moderat og højt specialiseret niveau. Børn og unge med erhvervet hjerneskade kan eventuelt også have behov for let specialiserede indsatser, hvilket adresseres i *teksten* på side 47. Baggrunden for dette er nærmere beskrevet i Del 2.

Del 1: Voksne med erhvervet hjerneskade

1. Generelt om målgruppen

1.1 Afgrænsning af målgruppen

Voksne⁶ med erhvervet hjerneskade er en heterogen gruppe. Det skyldes, at de kan have alle typer af funktionsforstyrrelser, idet hjernen er involveret i alle former for menneskelig aktivitet (Sundhedsstyrelsen, 2011). Dertil kan komme identitets- og følelsesmæssige følger, der ikke er organisk betinget, og som kan føre til angst og depression. Erhvervet hjerneskade defineres som en hjerneskade, der er opstået 28 dage efter fødslen eller senere. 13 primære diagnosegrupper tegner sig inden for gruppen af de knap 230.000 mennesker (Sundhedsdatastyrelsen, 2020), der lever med en mulig erhvervet hjerneskade som følge efter apopleksi⁷, TCI⁸, hovedtraume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning⁹ eller encephalopati^{10 11} (Sundhedsdatastyrelsen, 2020). Der er stor variation i sværhedsgraden af erhvervet hjerneskade, ligesom målgruppen kan være påvirket af andre sygdomme (komorbiditet), som kan komplicere rehabiliteringen og have indvirkning på personens funktionsevne og trivsel.

1.2 Overordnet karakteristik af målgruppen

Følgevirkningerne og omfanget af hjerneskade afhænger af, hvordan hjernen er ramt, og kan være af både fysisk, kognitiv, psykisk, sproglig og kommunikativ karakter (Sundhedsdatastyrelsen, 2020). Det er karakteristisk for hjerneskader, at de kan føre til både synlige og skjulte funktionsforstyrrelser, som udvikler sig i tiden efter skaden. De skjulte funktionsforstyrrelser kan være vanskelige at identificere særligt i de tidlige faser af sygdomsforløbet. Ændringer af social adfærd og personlighed forekommer hyppigt efter hjerneskade og udvikler sig over tid. Endvidere er det karakteristisk, at voksne med erhvervet hjerneskade ofte har flere symptomer samtidig, fx både fysiske funktionsnedsættelser, sproglige vanskeligheder og identitets- og følelsesmæssige udfordringer (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Nærværende målgruppebeskrivelse dækker hele målgruppen af voksne med erhvervet hjerneskade, hvorfor beskrivelse af målgruppens kompleksitet og behov omhandler både rehabilitering efter udskrivelse (fase 3) og de faglige indsatser, som målgruppen modtager i det livslange forløb (ofte kaldet den stabile vedligeholdende fase eller fase 4).

I tidligere publikationer på hjerneskadeområdet er rehabiliteringsforløbet beskrevet i fire faser:

- Fase 1 er den akutte behandling på sygehuset

⁶ Dvs. personer på 18 år eller ældre.

⁷ Apopleksi er en fællesbetegnelse for blodprop eller blødning i hjernen.

⁸ Transitorisk Cerebral Iskæmi.

⁹ Hjernehindeblødning.

¹⁰ Encephalopati er en diffus hjerneskade på grund af iltmangel, giftstoffer eller anden skadelig påvirkning.

¹¹ Følgende er ikke omfattet: Sygdomme af progressiv karakter (fx sklerose mm.), metastaser til hjernen fra kræft i andre dele af kroppen samt commotio cerebri (hjernerystelse) og postcommotionelt syndrom (langvarige følgevirksomheder efter hjernerystelse).

- Fase 2 er rehabilitering under indlæggelse
- Fase 3 er rehabilitering efter udskrivelse fra sygehus
- Fase 4 er den fortsat udviklende fase (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Denne faseopbygning er ikke længere så anvendt på hjerneskadeområdet, da såvel sygehusvæsenet, almen praksis som kommuner har opgaver i alle faser, dog i varierende grad. Således kan man overordnet sige, at sygehuset har flest opgaver i fase 1 og 2, mens kommunen og almen praksis har flest opgaver i fase 3 og 4. Voksne med erhvervet hjerneskade gennemgår ikke nødvendigvis faserne i kronologisk rækkefølge. Således vil nogle blive udskrevet direkte fra den akutte behandling på sygehuset til efterfølgende rehabilitering i kommunalt regi, mens andre – efter udskrivelse fra sygehuset – vil have behov for genindlæggelse til yderligere udredning og rehabilitering (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Rehabilitering¹² er en ramme for de tilbud og indsatser, som voksne med erhvervet hjerneskade modtager. Et genoptræning- og rehabiliteringsforløb¹³ omfatter, ud over indsatserne, også udredning, målsætning og evaluering. Jf. Hvidbogens¹⁴ definition af rehabilitering anses også de faglige indsatser, som voksne med erhvervet hjerneskade kan have behov for i det livslange forløb (fase 4), som indsatser af rehabiliterende karakter. Når der i det følgende skrives om rehabiliteringsforløb for målgruppen, inkluderer dette således både faglige indsatser i tiden lige efter udskrivelse (fase 3) og faglige indsatser i det livslange forløb (fase 4).

I det følgende afsnit beskrives relevante snitflader til andre sektorer, som har betydning for den efterfølgende beskrivelse af målgruppen og målgruppens behov for indsatser på det sociale område.

1.3 Snitflader til andre sektorer

Ved hjerneskaderehabilitering er der et væsentligt overlap mellem indsatser på social- og sundhedsområdet. På begge områder skelnes mellem tre forskellige specialiseringsniveauer i indsatser og tilbud. Afgrænsningen af specialiseringsniveauerne er imidlertid ikke ens inden for de to områder; der anvendes ikke samme terminologi, ligesom de har hjemmel i hver sin lovgivning (Sundhedsstyrelsen, 2020). I nærværende model – som er en generel model for alle målgrupper på socialområdet – skelnes der således mellem **let, moderat og højt specialiseringsniveau**, mens der på sundhedsområdet i forhold til den specifikke målgruppe skelnes mellem **basalt, avanceret og specialiseret niveau**.

Selv om niveauerne på hhv. social- og sundhedsområdet er beskrevet forskelligt, er der gennemgående store ligheder mellem specialiseringsniveauerne.

Voksne med erhvervet hjerneskade har ofte behov for indsatser, der imødekommer en flerhed af problematikker. Det stiller samtidig krav til tilrettelæggelse og sammenhæng i indsatsen med henblik på at fremme den voksne med hjerneskades deltagelse, funktionsevne og livskvalitet. Der vil ofte være behov for indsatser på tværs af sundheds-, social-, undervisnings- og beskæf-

¹² Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv (Rehabiliteringsforum Danmark; MarselisborgCentret, 2004).

¹³ Rehabilitering er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne (Rehabiliteringsforum Danmark; MarselisborgCentret, 2004).

¹⁴ Hvidbogen er p.t. under revidering og nyt materiale kan forventes ultimo 2021.

tigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale (hvor flere kommuner sammen etablerer et tilbud), regionale og private tilbud. Dette kræver en særlig koordinering af indsatsen (Sundhedsstyrelsen, 2020).

Ud over indsatser på det sociale område, kan der i et forløb for voksne med erhvervet hjerneskade eksempelvis være behov for følgende indsatser (Sundhedsstyrelsen, 2011):

Sundhedsområdet:

- Genoptræning
- Lægelig behandling
- Forebyggelse og sundhedsfremme
- Hjemmesygepleje
- Vederlagsfri fysioterapi
- Kommunal alkoholbehandling og lægelig behandling for stofmisbrug
- Hjælpe midler og behandlingsredskaber.

Beskæftigelsesområdet:

- Arbejdsfastholdelse af sygemeldte personer
- Indsats for at sikre personer med nedsat funktionsevne en tilknytning til arbejdsmarkedet, herunder en tværfaglig indsats (beskæftigelses- samt social- og sundhedsområdet) efter indstilling fra kommunens rehabiliteringsteam
- Arbejdsredskaber/hjælpe midler og personlig assistance
- Revalidering
- Sygedagpenge, ressourceforløbsydelse, flekslønstilskud, kontanthjælp og førtidspension.

Uddannelses/undervisningsområdet:

- Udredning af behov for kompenserende undervisning og specialpædagogisk bistand, herunder specialpædagogisk støtte og kompenserende hjælpe midler
- Kompenserende undervisning
- Vejledning om uddannelse og erhverv.

2. Målgruppekompleksitet (parameter 1)

Målgruppekompleksitet (parameter 1) dækker over de tilstande, som skaber behov for en specialiseret social indsats. I afsnittet beskrives kompleksiteten i målgruppens problemstillinger (fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og sociale problemer) og den samlede påvirkning af funktionsevnen på de tre specialiseringsniveauer; let, moderat og højt jf. kriterierne i nedenstående udsnit fra figur 1. Det centrale fokus i dette afsnit er derfor målgruppens funktionsevne.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 1, målgruppekompleksitet (udsnit fra figur 1)

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
1. Målgruppekompleksitet	Målgruppen har få og afgrænsede fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i mindre grad.	Målgruppen har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i moderat grad.	Målgruppen har en særlig svær fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, psykiske vanskeligheder eller socialt problem eller en særlig sammensætning af ovennævnte, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i høj grad.

2.1 Generelt om målgruppens funktionsevne

Voksne med erhvervet hjerneskade kan være ramt på deres funktionsevne¹⁵ i såvel dybden som i bredden. Der kan således både være tale om en enkeltstående eller få funktionsnedsættelser¹⁶, som er så svære, at de kræver en særlig indsats eller flere samtidigt forekommende funktionsnedsættelser, som betyder, at der er behov for en indsats, der imødekommer en flersidig problematik. Det betyder, at en person med erhvervet hjerneskade med flere funktionsnedsættelser af lettere eller moderat sværhedsgrad kan have behov for indsatser på højt niveau, eftersom kompleksiteten stiger og personens funktionsevne samlet set kan være påvirket i høj grad. Ydermere vil der være behov for langt større koordinering af indsatserne.

Voksne med erhvervet hjerneskade har ofte fysiske og mentale funktionsnedsættelser. I et rehabiliteringsforløb er de mentale funktionsnedsættelser ofte en større udfordring, end de funktionsnedsættelser som relaterer sig til bevægelse og praktiske gøremål i hverdagen (aktivitetsbegrænsninger¹⁷). De mentale funktionsnedsættelser, herunder de kognitive funktionsnedsættelser, er en af de væsentligste årsager til, at personer med erhvervet hjerneskade har svært ved fx at fungere i hverdagslivet, vende tilbage til arbejde, deltage i fritidsaktiviteter m.m. Der kan fx være tale om problemer med orientering, opmærksomhed, indlæring, hukommelse, eksekutive og emotionelle funktioner mm. (Sundhedstilsynet, 2020). Voksne med erhvervet hjerneskade kan udvikle psykiatriske problemstillinger, hvor symptomerne kan vise sig i form af angst, depression, hallucinationer, agitation og vrangforestillinger (Sundhedsstyrelsen, 2011), ligesom de kan have følelsesmæssige reaktioner, som følge af traumatiske begivenheder, der påvirker deres livsomstændigheder.

2.2 Målgruppens funktionsevne inddelt på specialiseringsniveauer

I dette afsnit om parameter 1 beskrives målgruppens problemstillinger og funktionsevne på de tre specialiseringsniveauer i to skemaer om 1) målgruppens funktionsevne og 2) kontekstuelle faktorer med betydning for funktionsevnen.

¹⁵ Funktionsevne betegner samspillet mellem et individ, individets helbredstilstand og de sammenhænge individet indgår i. Det er afgørende at bemærke, at funktionsevne ikke er en objektiv tilstand, men derimod er relativ til de kontekstuelle faktorer - både de personlige og omgivelsesmæssige faktorer. Ordet funktionsevnenedsættelse bruges her, da vi ser på såvel den konkrete funktionsnedsættelse, som på de aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger, der følger deraf (funktionsnedsættelse + aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger = funktionsevnenedsættelse).

¹⁶ Funktionsnedsættelse defineres som et problem i kroppens fysiologiske funktioner eller anatomi (Schiøler & Dahl, 2003).

¹⁷ Aktivitetsbegrænsninger defineres som de vanskeligheder, som en person kan have ved udførelsen af aktiviteter (Schiøler & Dahl, 2003).

En erhvervet hjerneskade kan, som ovenfor beskrevet, medføre en række funktionsnedsættelser samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger. Når man afdækker og beskriver følgerne af en erhvervet hjerneskade, anvender man almindeligvis på sundhedsområdet og på det sociale område WHO's Internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse¹⁸ og helbredstilstand – også kaldet ICF (Schjøler & Dahl, 2003). ICF er dels en klassifikation og dels en interaktionsmodel, der forsøger at illustrere kompleksiteten af funktionsevne og funktionsevnenedsættelsen og gengive det komplekse og dynamiske samspil, som finder sted mellem helbredstilstand, funktionsevne og kontekstuelle faktorer, hvor ændring i én komponent kan skabe ændringer inden for flere komponenter (Marselisborgcentret, 2011). Af denne grund beskrives også kontekstuelle faktorer med betydning for funktionsevnen.

Nedenstående er eksempler på målgruppens kompleksitet fordelt på specialiseringsniveauer:

- Målgruppen på **let specialiseret niveau** kan fx være voksne, som har lettere svækket arbejdshukommelsen, har god indsigt i egne vanskeligheder, er motiveret og kan stå for egen træning f.eks. under ugentlig coaching fra en terapeut.
- Målgruppen på **moderat specialiseret niveau** kan fx være voksne, der har lette kognitive vanskeligheder, som viser sig ved problemer med fx at kunne deltage i aktiviteter i længere tid ad gangen, at orientere sig i omgivelserne, huske beskeder og holde opmærksomheden på stillede opgaver. Disse voksne kan med de rette strategier, i vid udstrækning, imødekomme mange af de krav, som de møder i hverdagen.
- Målgruppen på **højt specialiseret niveau** kan fx være voksne, som har betydelige funktionsnedsættelser, som i kombination med fx ADHD, skrøbelig familiesituation eller kritisk sygdom øger kompleksiteten. Der kan ligeledes være tale om personer med komplicerede og omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kommunikation, hvor al social kontakt undgås med isolation til følge, og hvor personen dermed påvirkes på flere livsområder. Begge grupper er kendetegnet ved, at der er behov for højt specialiserede indsatser for at sikre, at den voksne hverdag er særligt tilrettelagt med udgangspunkt i specialiseret viden og kompetencer om rehabilitering af erhvervet hjerneskade.

Helbredstilstand og komorbiditet

Den samlede funktionsevne kan også påvirkes af helbredsforhold. Voksne med erhvervet hjerneskade kan forinden den aktuelle skade have haft omfattende funktionsevnenedsættelser og/eller komorbiditet, hvor det vurderes, at indsatser på let specialiseret niveau er tilstrækkeligt til at opnå en forventet forbedring af funktionsevnen (Sundhedstilsynet, 2020). Omvendt kan der være tale om, at personen forinden den aktuelle skade ingen problemer havde af betydning ift. helbred og komorbiditet, eller at evt. komorbiditet er velmediceret og dermed ikke påvirker personens hjerneskade (fx diabetes). Komorbiditet¹⁹ kan dække over en lang række af vanskeligheder og kroniske lidelser, ligesom graden af påvirkning er forskellig. Det er således afgørende, at personens samlede forhold, herunder helbredsforhold og komorbide tilstande, tages med i betragtning og indgår som en del af den individuelle konkrete vurdering af personens behov. Der kan i den forbindelse være behov for opmærksomhed på forebyggende indsatser sideløbende med de indsatser, som målgruppen modtager som en del af deres genoptræning/rehabiliteringsforløb.

¹⁸ Funktionsevnenedsættelse er en overordnet term for funktionsnedsættelse, aktivitetsbegrænsninger og deltagelsesindskrænkninger (Schjøler & Dahl, 2003).

¹⁹ Fx psykiske vanskeligheder, angst, depression, epilepsi, ADHD, misbrug og andre somatiske lidelser.

Kontekstuelle faktorer²⁰

Kontekstuelle faktorer, herunder faktorer i omgivelserne og personlige faktorer, kan have stor betydning for funktionsevnen hos voksne med erhvervet hjerneskade.

Eksempler²¹ på kontekstuelle faktorer, som kan fremme rehabiliteringsprocessen er bl.a.:

- støttende og fleksible pårørende/netværk og arbejdsgiver samt tilbagevenden til arbejde og fritidsaktiviteter
- personlige kompetencer, høj uddannelse, generel god sundhed, højt tilpasningsevne samt bevaret indlæringspotentiale

Eksempler på faktorer, der kan hæmme rehabiliteringsprocessen er bl.a.:

- ventelister, begrænset socialt netværk, problemer/konflikter i familien, at bo alene, økonomiske udfordringer mv.
- Stress, negativt livssyn, misbrug, ung alder ved skadestidspunkt, uhensigtsmæssige håndteringsstrategier, emotionelle vanskeligheder mv.

Dertil kommer, at de fremmende og hæmmende faktorer påvirker folk forskelligt og i forskellig grad. Fx behøver det at bo alene ikke være et problem, hvis personen i øvrigt er udadvendt og socialt anlagt, har gode relationer og er meget motiveret for at kæmpe sig tilbage.

Nedenstående eksempler på funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger på de tre specialiseringsniveauer tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen tabel over målgrupper, men er tilpasset og justeret til det sociale område i samarbejde med praksis²². Dette af hensyn til kommunernes samtidige brug af Sundhedsstyrelsens publikation "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade" (Sundhedsstyrelsen, 2020). Der er tale om en idealtypisk beskrivelse af målgruppens problemstillinger og funktionsevne på de tre specialiseringsniveauer. Konkrete personers problemstillinger og funktionsevne ændrer sig typisk over tid. Ligeledes kan den enkelte voksne med erhvervet hjerneskade have funktionsnedsættelser inden for forskellige funktionsområder (som fx kognition og sensomotoriske funktioner) af forskellig sværhedsgrad, der derfor fordeler sig forskelligt i beskrivelserne på de tre niveauer i skemaet.

Skemaet skal læses sådan, at målgruppen på hvert af de tre niveauer vil være karakteriseret ved en eller flere af de beskrevne karakteristika under det enkelte niveau. Flere lettere eller moderate funktionsnedsættelser, kan tilsammen give stor kompleksitet og dermed moderat eller høj påvirkning af funktionsevnen.

²⁰ Kontekstuelle faktorer er de forhold, der tilsammen skaber rammerne for en persons liv og tilværelse og i særdeleshed baggrunden for klassifikation af helbredsstatus i ICF. Der er to komponenter i kontekstuelle faktorer: omgivelsesfaktorer og personlige faktorer (Schjøler & Dahl, 2003).

²¹ Nedenstående opstilling er fra Chalotte Glinborgs ph.d. afhandling 'Grib mennesket' fra 2015 samt praksisbaseret viden (Glinborg, 2015).

²² Specialistgruppen og øvrigt fagligt netværk, som har været involveret ift. kvalificering af beskrivelsen.

Tabel 1: Målgruppens kompleksitet (parameter 1)

Let	Moderat	Højt
Påvirkning af funktionsevnen		
Få og afgrænsede funktionsnevnenedsættelser, som påvirker funktionsevnen i mindre grad og dermed kun har betydning for ét afgrænset livsområde.	Omfattende funktionsevnenedsættelser, som påvirker funktionsevnen i moderat grad og som dermed har betydning for ét eller flere livsområder.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsevnenedsættelser, som samlet set påvirker funktionsevnen i høj grad og dermed har betydning for flere livsområder ²³ .
Funktionsevnenedsættelse relateret til fysiske funktioner		
Lette og afgrænsede sensoriske funktionsnedsættelser ²⁴ og aktivitetsbegrænsninger ift. omsorg for sig selv, bevægelse og færden samt deltagelse i samfundsliv, socialt liv og medborgerskab, såsom en let parese af OE ²⁵ eller UE ²⁶ .	Omfattende sensoriske funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. omsorg for sig selv, bevægelse og færden samt deltagelse i samfundsliv, socialt liv og medborgerskab, såsom tonusproblematikker ²⁷ .	Komplicerede og/eller omfattende sensoriske funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. omsorg for sig selv, bevægelse og færden samt deltagelse i samfundsliv, socialt liv og medborgerskab, såsom omfattende og svære motoriske, sansemæssige og færdighedsmæssige problemer.
	Betydelige ²⁸ og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i forhold til ernæring, herunder dysfagi ²⁹ .	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i forhold til spise/drikke, herunder dysfagi ³⁰ .
Lette og afgrænsede funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til frembringelse af tale, herunder dysartri (fx let påvirkning af talen, men hvor personen godt kan gøre sig forståelig).	Omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til frembringelse af tale, herunder dysartri (fx delvist ophørt taletydelighed og vanskeligheder med at gøre sig forståelig).	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til frembringelse af tale, herunder dysartri (fx helt ophørt taletydelighed).
Funktionsevnenedsættelse relateret til mentale funktioner		

²³ Som oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser.²⁴ Forstyrrelser af de motoriske og færdighedsmæssige evner og færdigheder²⁵ OE= Overekstremitet (arme)²⁶ UE= Underekstremitet (ben)²⁷ Tonusproblematikker dækker over en række tonusforstyrrelser, fx spasticitet²⁸ Betydelige skal i denne sammenhæng forstås som også indeholdende lette funktionsnedsættelser som påvirker funktionsevnen i moderat grad og med betydning for flere livsområder.²⁹ Såfremt der ikke er risiko for fejlsynkning/aspiration eller hvis der er anlagt permanent ernæringssonde (nasal/PEG) til sikring af ernæring.³⁰ Såfremt der ikke er risiko for fejlsynkning/aspiration eller hvis der er anlagt permanent ernæringssonde (nasal/PEG) til sikring af ernæring.

	Betydelige og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kognition, såsom koncentration, orientering i tid og sted, hukommelse, indlæring, planlægning eller problemløsning (opmærksomhedsfunktioner).	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kognition, fx svære problemer med indlæring, hukommelse, opmærksomhed, planlægning eller problemløsning, svære problemer med initiering (igangsætte handlinger).
	Betydelige og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. syn, visuospatielle evner, og/eller opmærksomhed, (såsom hemianopsi ³¹ eller neglect), hvilket kan give nogle vanskeligheder inden for bl.a. læsning og ADL ³² .	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i forhold til syn, visuospatielle evner, og/eller opmærksomhed, (såsom hemianopsi eller neglect), hvilket kan give svære vanskeligheder med f.eks. orientering, læsning, skrivning og ADL.
Lette trætheds-problematikker ^[1] og evt. kognitive vanskeligheder som følge deraf	Omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. træthed og udtrætning, såsom manglende forståelse og støtte fra netværk.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. træthed og udtrætning, såsom svær udtrætning ved selv ikke krævende opgaver.
	Betydelige og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kommunikation, herunder afasi og kognitive kommunikations-vanskeligheder.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kommunikation, herunder afasi, såsom stærkt nedsat tale output og afhængighed af kommunikationshjælpe-midler og/eller samtalestøtte. Derudover evt. kognitive kommunikations- og social-kognitive vanskeligheder.
	Betydelige og/eller omfattende erkendelsesvanskeligheder og let nedsat samarbejdsevne, som ikke er organisk betinget, som kræver terapeutiske/psykologiske indsatser.	Komplicerede og/eller omfattende indsigtspøblematismer, herunder også dem, som er organisk betingede.
	Betydelige og/eller omfattende funktionsnedsættelser	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser

³¹ Hemianopsi er blindhed for halvdelen af synsfeltet. Der findes forskellige former for hemianopsi: bitemporal hemianopsi, homonym hemianopsi og kvadrantanopsi.

³² Almindelig Daglig Levevis.

^[1] Træthed defineret ved mental træthed.

	og aktivitetsbegrænsninger ift. adfærd og/eller personlighed, initiativ, dømmekraft eller agitation.	og aktivitetsbegrænsninger ift. adfærd og/eller personlighed i egen situation og for månen.
	Betydelige og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. det emotionelle, såsom stemningsleje, temperament, motivation eller empati.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. det emotionelle, såsom vredesudbrud og angstproblematikker.
	Betydelige og/eller omfattende funktionsnedsættelser ift. eksekutive funktioner, og/eller problemer med orientering i tid og sted.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser ift. eksekutive funktioner og/eller problemer med orientering i tid og sted, som kan udgøre en sikkerhedsmæssig risiko.
Kontekstuelle faktorer - omgivelser		
Lette problemstillinger i relation til familie og pårørende. Der er en god relation til - og kommunikation med nærmeste pårørende og ikke betydelig anden sygdom i familien.	Omfattende problemstillinger i relation til familie/pårørende, herunder børn samt truet arbejdsevne. Der er behov for støtte, men et stærkt netværk og personen er meget opsat på at bedres.	Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger i relation til familie, herunder småbørn, som ikke forstår, hvorfor far/mor er anderledes. Tilbagevenden til uddannelse/arbejde er ikke mulig og fremtidigt forsørgelsesgrundlag er derfor usikkert. Komplekse problemstillinger ift. boligsituation og/eller manglende/skrøbeligt socialt netværk.
	Betydelige og/eller omfattende problemstillinger i samværet med andre pga. kognitive kommunikationsforstyrrelser/social kognitive vanskeligheder/personlighedsændringer og/eller indsigts- og erkendelsesproblematikker. Personen udviser fx nedsat initiativ og engagement.	Komplicerede og omfattende problemstillinger i samværet med andre pga. kognitive kommunikationsforstyrrelser/social kognitive vanskeligheder/personlighedsændringer og/eller indsigts- og erkendelsesproblematikker. Personen kan fx reagere med voldsomme vredesudbrud.
Kontekstuelle faktorer - personlige		

Lette problemstillinger ift. ændringer i rollen som forældre, kæreste/ægtefælle. Det er muligt at vende tilbage til tidligere job og fastholde egen arbejdsidentitet.	Omfattende problemstillinger grundet markante ændringer i familiestrukturen og roller, hvor opgaver ikke længere kan varetages selvstændigt, men kræver støtte.	Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger grundet store ændringer i familiestrukturen og roller, som ikke længere kan varetages, fx deltagelse i forældremøder, fritidsaktiviteter, familiefester, selskaber mv. eller hvis personen bor på et botilbud.
	Betydelige og/eller omfattende problemstillinger ift. identitetsopfattelsen, fx pga. kørselsforbud, som kan være en hindring ift. tilbagevenden til arbejde.	Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger ift. selvtillid og forandret selvbevidsthed, fx pga. afasi og problemer med at formulere sig så præcist og nuanceret som før eller pga. fx kosmetiske/udseendemæssige ændringer (fx grundet facialisparese).

3. Målgruppens størrelse (parameter 2)

I dette afsnit beskrives målgruppens størrelse (parameter 2), som har betydning for kommunernes mulighed for at udvikle og opretholde de indsatser, som målgruppen har behov for.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 2, målgruppens størrelse (udsnit fra figur 1)

	Let	Moderat	Høj
2. Målgruppens størrelse	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at de fleste kommuner i landet kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde indsatser til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at en større del af landets kommuner kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så sjældent, at kun en mindre del af kommunerne kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.

Sundhedsdatastyrelsen har estimeret, at der i 2017 levede knap 230.000 personer med følger efter en erhvervet hjerneskade (apopleksi, TCI, traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning eller encephalopati) (Sundhedsdatastyrelsen, 2020). Antallet af nye tilfælde var i 2017 knap 19.000 (Socialstyrelsens egne beregninger på baggrund af registerdata).

I 2017 var ca. 35 % af målgruppen i Landspatientregisteret registreret til at have modtaget en genoptræningsplan (GOP). Samme andel sås også i 2015 og 2016. Ifølge Sundhedsstyrelsens opgørelse udarbejdes langt størstedelen af genoptræningsplanerne til genoptræning på alment niveau³³, mens kun en lille andel modtager rehabilitering på specialiseret niveau. Da dette niveau er nyt (siden ændret lovgivning i 2015) må det imidlertid formodes, at der vil ske en fortsat udvikling hen over årene i andelen, der modtager en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau. Trods mindre regionale forskelle i fordelingen af genoptræningsplaner efter specialiseringsniveau, ses en tendens til, at langt størstedelen af genoptræningsplanerne udarbejdes til genoptræning på alment niveau. Det er ikke muligt at monitorere nationalt, hvor mange der, med en genoptræningsplan til genoptræning på alment niveau, visiteres til genoptræning på hhv. basalt og avanceret niveau i kommunen. Sundhedsstyrelsen og KL har tidligere opfordret kommunerne til at monitorere visitationen, hvilket fortsat er aktuelt, og hvilket mange kommuner allerede gør, men der er imidlertid ikke nogen national indberetning, som kan udgøre et retvisende datagrundlag (Sundhedsstyrelsen, 2020).

Socialstyrelsen vurderer på baggrund af Sundhedsstyrelsens beregninger og estimater, at en mindre andel af målgruppen har behov for indsatser på højt specialiseret niveau på det sociale område, mens størstedelen af målgruppen har behov for indsatser på moderat niveau og en mindre andel på let niveau³⁴. Målgruppen på højeste specialiseringsniveau vurderes fortsat at være den mindste af de tre niveauer på det sociale område, men kan godt vise sig at være lidt større end dét Sundhedsstyrelsen skønner. Dette skyldes bl.a., at der kan være områder (socialområdet), som sygehuset ikke har kunnet udrede, men som personen senere i forløbet viser sig at have behov for på højt specialiseret niveau.

På trods af, at kun en mindre del af voksne med erhvervet hjerneskade vurderes at have behov for indsatser på højt specialiseret niveau, er der ikke for denne målgruppe tale om sjældent forekommende problemstillinger, men om særligt komplekse problemstillinger.

Tabel 2: Målgruppens størrelse (parameter 2)

Let	Moderat	Højt
En mindre del af målgruppen.	Langt størstedelen af målgruppen.	Den mindste del af målgruppen.

³³ Det følger af bekendtgørelsens § 5, stk. 3, at såfremt genoptræningsplanen angiver, at patienten har behov for almen genoptræning efter udskrivning, skal kommunen på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering angive som led i visitationen, hvorvidt patienten har behov for genoptræning på basalt eller avanceret niveau (Sundheds- og Ældreministeriet).

³⁴ I Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje fra 2014 estimerede man, at 20-30 pct. af patienterne blev varetaget på basalt niveau, mens 60-70 pct. blev varetaget på avanceret niveau og omkring 10 pct. på specialiseret niveau (Sundhedsstyrelsen, 2014).

4. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3)

I dette afsnit beskrives sammensætningen af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) (jf. nedenstående udsnit fra figur 2) i den indsats, der sættes i værk for at støtte personen til at opnå de mål og den udvikling, der stemmer overens med vedkommendes ønsker og håb for fremtiden, funktionsevne og behov for hjælp og støtte.³⁵ Fokus i afsnittet er på målgruppens behov for indsatser primært indenfor serviceloven, men behovet for indsatser på andre lovgivningsområder berøres også.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 3, sammensætning af ydelser og foranstaltninger (udsnit fra figur 2)

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
3. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger	Den sociale indsats består typisk af en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger, som kan gennemføres selvstændigt.	Den sociale indsats består typisk af en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en vis grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.	Den sociale indsats består typisk af en særligt tilrettelagt sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en høj grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.

4.1 Generelt om målgruppens behov for indsatser

Herunder beskrives relevante indsatser på det sociale område og på tilstødende områder. Der skelnes i beskrivelsen mellem behov for udredning og for indsatser. Kun indsatser på det sociale område beskrives skematisk på de tre specialiseringsniveauer.

Rehabilitering er en ramme for de tilbud og indsatser, som voksne med erhvervet hjerneskade modtager. Et genoptræning- og rehabiliteringsforløb³⁶ omfatter, ud over indsatserne, også udredning, målsætning og evaluering.

Voksne med erhvervet hjerneskade kan, både i forlængelse af udskrivelse fra sygehus og senere i forløbet (fase 3 og 4), over tid eller periodevis, skifte mellem at have behov for indsatser på let, moderat og højt specialiseringsniveau. Skiftet mellem at have behov på let, moderat og højt niveau gennem en persons liv kan fx ses i forbindelse med overgange eller specifikke livssituationer, hvor ændringer i alt fra kontekst, krav og roller m.v. kan betyde, at personen får et

³⁵ Kilde: Fælles faglige begreber (KL).

³⁶ Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats (Rehabiliteringsforum Danmark; MarselisborgCentret, 2004).

behov for indsatser på et andet specialiseringsniveau. Det er afgørende, at der tages udgangspunkt i personens samlede livssituation, når behovet afdækkes. Der vil som tidligere nævnt ofte være omgivelses- og personlige faktorer, som spiller ind på personens behov.

Ud over et behov for specialiserede indsatser kan voksne med erhvervet hjerneskade på tværs af niveauerne have behov for indsatser som fx ledsageordning og personlig hjælp og pleje og/eller praktisk hjælp og støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet, der varetages inden for kommunens almindelige tilbudsvifte, og hvor fagpersonerne ikke altid har særlig viden og kompetencer i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2014). Her er det hensigtsmæssigt, at fagpersonerne modtager løbende rådgivning, vejledning og supervision fra relevante fagpersoner, der har særlig/specialiseret viden og kompetencer om voksne med erhvervet hjerneskade på moderat eller højt specialiseret niveau.

4.1.1 Udredning/supplerende udredning/revurdering

Når voksne med erhvervet hjerneskade udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan³⁷ (GOP), er det en formel henvisning fra sygehus til rehabilitering efter udskrivning. Kommunen kan ikke tilsidesætte den faglige vurdering af behov eller det specialiseringsniveau, genoptræningsplanen henviser til. Genoptræningsplanen danner udgangspunkt for kommunens videre arbejde med at iværksætte den passende faglige indsats. Efter udskrivning fra sygehus kan der i den videre rehabiliteringsindsats, være behov for en aktuel og supplerende udredning bl.a. på områder, som sygehuset ikke har kunnet udrede tilstrækkeligt under indlæggelsen. Det kan bl.a. være på det kognitive, sproglige og emotionelle område eller i relation til arbejdsmarkeds-tilknytning, uddannelse og boligforhold samt behov for hjælp og støtte efter serviceloven og/eller lov om specialundervisning for voksne (Sundhedsstyrelsen, 2020). Dette gælder også personer, der er i det livslange forløb kan vise sig at have problemer relateret til hjerneskaden og dermed have brug for en aktuel og supplerende udredning.

Der bør være tale om en tværfaglig, systematisk og individuel udredning af den samlede funktionsevne, og hvor det samtidig afdækkes, hvad personen kunne før hjerneskaden, og hvad forventningerne er til niveauet efter genoptræningen. Der bør så vidt muligt anvendes validerede og fagligt anerkendte vurderingsredskaber (Sundhedsstyrelsen, 2020; Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021). Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne hos voksne med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2020). Herudover kan der være behov for en udredning med henblik på at udarbejde en handleplan og træffe afgørelse om handicapkompenserende ydelser, hjælp og støtte, f.eks. ved brug af voksenudredningsmetoden³⁸ (VUM) (Socialstyrelsen, 2020). Det er afgørende, at der tages udgangspunkt i den enkeltes håb, drømme og ønsker for fremtiden.

Udredningen kan forestås af en eller flere relevante fagpersoner, afhængig af personens behov, med kendskab til målgruppen og hjerneskaderehabilitering samt med mulighed for at indhente faglig sparring hos relevante fagpersoner med faglige kompetencer og erfaring med at vurdere rehabiliteringsbehov hos voksne med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2020). Gennem hele personens forløb bør der foretages løbende og systematisk revurdering af personens funktionsevne og behov, og indsatserne tilpasses herefter.

³⁷ Jf. bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patientens valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (Sundheds- og Ældreministeriet).

³⁸ Social- og Integrationsministeriet og KL har udviklet en metode til sagsbehandling og udredning på handicap- og udsatte voksneområdet. Metoden hedder Voksenudredningsmetoden (VUM) og har til formål at forbedre den faglige og lovgivningsmæssige kvalitet i sagsbehandlingen – med udgangspunkt i den enkelte borger (Socialstyrelsen, 2020).

For så vidt angår specialundervisning er det vigtigt, at der er foretaget en udredning, som angiver hvornår og på hvilke funktionsområder, det er hensigtsmæssigt at iværksætte et undervisningsforløb inden undervisningen iværksættes (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021).

4.1.2 Indsatser på socialområdet

Voksne med erhvervet hjerneskade har meget forskellige behov alt efter skadens omfang, lokalisation, længde af indlæggelse efter skadesdebut, alder ved skadens opståen, grad og kombination af funktionsnedsættelser, personens sociale situation, tidligere funktionsniveau m.v. Der kan som følge heraf være forskel i kompleksiteten i funktionsevnenedsættelsen og dermed også forskel i behov. Voksne med erhvervet hjerneskade har ofte behov for en bred vifte af indsatser, der adresser forskellige områder af personens funktionsevne og følelsesmæssige udfordringer, samt de behov familie og pårørende har. Overordnet set er indsatserne af genoptrænnende, kompenserende og støttende karakter. Mange vil have behov for indsatser fra forskellige faggrupper og på forskellige tidspunkter i forløbet. Jf. servicelovens formålsparagraf tilrettelægges hjælp/støtte på baggrund af en individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Dette uanset specialiseringsniveau.

På det sociale område er der i serviceloven en række kompenserende og støttende ydelser, der kan være relevante i forbindelse med voksne med erhvervet hjerneskade. Det drejer sig fx om:

- Rådgivning jf. § 12³⁹
- VISO-rådgivning jf. § 13
- Støttende og kompenserende indsatser jf. § 82b (et uvisiteret tilbud), § 83 om personlig hjælp og pleje samt hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet
- Afløsning eller aflastning jf. § 84
- Socialpædagogisk bistand/støtte jf. § 85
- Genoptræning og vedligeholdelsestræning jf. § 86
- Borgerstyret personlig assistance jf. § 95 eller §96
- Ledsagelse jf. § 97
- Tilbud af behandlingsmæssig karakter jf. § 102⁴⁰
- Beskyttet beskæftigelse jf. § 103
- Aktivitets- og samværstilbud jf. § 104
- Botilbud jf. § 107 og § 108 og botilbudslignende tilbud efter almen boliglovens § 105
- Hjælpe midler, forbrugsgoder, handicapbil og boligindretning jf. § 112, 113, 114, 116.

4.1.3 Indsatser på tilstødende sektorområder

Kommunerne har efter gældende lovgivning også mulighed for at visitere til indsatser inden for sundheds-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, der alle kan indgå som elementer i et samlet genoptrænings- eller rehabiliteringsforløb. Nedenfor beskrives indsatser på de relevante tilstødende sektorområder: Sundhed, uddannelse, specialundervisning for voksne samt job og beskæftigelse.

Sundhed

³⁹ Ved behov for rådgivning til pårørende anvender kommunerne ofte jf. lov om aktiv beskæftigelse eller specialundervisning for voksne, da serviceloven ikke rummer specifik lov hjemmel hertil.

⁴⁰ Tilbuddet gives, når dette er nødvendigt med henblik på at bevare eller forbedre borgerens fysiske, psykiske eller sociale funktioner, og når dette ikke kan opnås gennem de behandlingstilbud, der kan tilbydes efter anden lovgivning.

Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en person med erhvervet hjerneskade, eventuelt pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at personen med erhvervet hjerneskade opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne. Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og anatomi, og træning af aktiviteter og deltagelse. Genoptræning udgør ofte en del af en bredere rehabiliteringsindsats på linje med andre tilbud, som samlet har det formål at forbedre eller vedligeholde personens funktionsevne. Genoptræningsindsatser, som varetages i henhold til sundhedslovens § 140, omfatter genoptræning varetaget af autoriserede sundhedspersoner. Dette indledes ofte på sygehus for efterfølgende, efter udskrivning, at overgå til egen læge og til kommunerne. Autoriserede sundhedspersoner er fx fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker, læger, bandagister, kliniske diætister m.fl. (Sundhedstilsynet, 2020).

Uddannelse

For unge under 25 år kan der være behov for STU (særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse) eller FGU (forberedende grunduddannelse), og for personer i den erhvervsaktive alder kan der være behov for beskæftigelsesrettede indsatser. Unge med erhvervet hjerneskade kan også have behov for uddannelsesrettede indsatser i form af fx SPS (Lov om specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelser).

Specialundervisning for voksne

På moderat og højt specialiseringsniveau vil der ofte være behov for en kompenserende specialundervisningsindsats med henblik på at kompensere for hjerneskadens følger. Indsatsen kan fx bestå i afprøvning af alternative og supplerende kommunikationsløsninger til personer med kommunikationsvanskeligheder. Dette foretages gennem udvikling af nye indlærings- og håndteringsstrategier, opøvelse af nye funktionsmåder og gennem hjælp til selverkendelse, kommunikationsundervisning, kompenserende undervisning i forhold til tekstsproglige vanskeligheder med tilknytning til den erhvervede hjerneskade, hukommelses- og koncentrationstræning, strukturering, planlægning mv. (Vejledning om Specialundervisning for voksne, VEJ nr. 9396).

Tilbud om specialundervisning vil oftest være en af indsatserne i et længerevarende behandlings-, genoptrænings- og/ eller rehabiliteringsforløb, hvor specialundervisningen kan udgøre en central del. Specialundervisningen vil foregå i en tidsbegrænset periode, hvor personen i samarbejde med underviseren sætter nogle konkrete mål for, hvad der skal fokuseres på i undervisningen.

Job og beskæftigelse

For voksne med erhvervet hjerneskade bliver tilbagevenden til uddannelse eller arbejde ofte et af slutmålene for deres samlede rehabiliteringsforløb. Kommunens tværfaglige rehabiliteringsteam behandler sager inden kommunen træffer afgørelse om, hvorvidt en person med erhvervet hjerneskade skal have et ressourceforløb, jobafklaringsforløb, fleksjob, førtidspension eller sygedagpenge. Rehabiliteringsteamet er et dialog- og koordineringsforum, som skal sikre personen en tværfaglig koordinering og en helhedsorienteret indsats på tværs af forvaltninger og myndigheder med fokus på beskæftigelse og uddannelse, så den enkelte person så vidt muligt bevarer eller får tilknytning til arbejdsmarkedet (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021).

Unge og voksne med erhvervet hjerneskade, som modtager uddannelseshjælp/kontanthjælp som aktivitetsparate, har ret til en koordinerende sagsbehandler, der skal sikre, at personen får en helhedsorienteret indsats, der er koordineret på tværs af forvaltninger og myndigheder. Der er fx en del af målgruppen for hvem førtidspension samt tilbud efter serviceloven om beskyttet

beskæftigelse (§ 103) og aktivitets- og samværstilbud (§ 104) vil være relevant (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021).

Unge og voksne med erhvervet hjerneskade kan have behov for en mentor (LAB §167), hvis mentorstøtten er afgørende for, at personen kan opnå eller gennemføre et job, uddannelse eller et forløb gennem jobcentret.

Nogle kommuner har gjort sig gode erfaringer ved organisatorisk at placere en hjerneskadekoordineringsfunktion i jobcentret. Rådgivere og sagsbehandlere med myndighedsfunktioner er bl.a. blevet undervist i viden om hjernen, følgevirkninger og strategier, ligesom hjerneskadekoordinatoren har fungeret som sparringspartner for jobcentret.

Fysiske rammer

Voksne med erhvervet hjerneskade kan have behov for tilpasning af omgivelserne, fx har personer med nedsat mobilitet typisk behov for tilpasning af bolig og/eller boligændringer. Nogle er udfordret af stimuli i forhold til lyd, synsindtryk eller lugte, ligesom de kan have svært ved at tilpasse sig/aflæse omgivelserne og reagerer kraftigt på selv mindre stimuli (fx udadreagerende). Der kan i sådanne situationer være behov for skærmning og tilpasning af de fysiske rammer med særlig indretninger, farver, lys m.v.

4.2 Målgruppens behov for indsatser inddelt på specialiseringsniveauer

Beskrivelsen af indsatser på de tre specialiseringsniveauer er inddelt i tre skemaer, der vedrører hhv.:

1. Indsatser, der retter sig mod funktionsevne
2. Indsatser til pårørende
3. Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer.

Inddelingen af indsatser følger strukturen i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) jf. ICF, således at nedenstående skema 1 vedrører målgruppens funktionsevne mens skema 2 og 3 vedrører kontekstuelle faktorer. Herudover beskrives behovet for tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde på de tre specialiseringsniveauer.

4.2.1 Indsatser, der retter sig mod funktionsevne

Træning efter serviceloven kan ske efter forskellige bestemmelser, afhængig af om der er tale om genoptræning⁴¹, vedligeholdelsestræning⁴² eller træning, herunder behandling (Ældre- og Sundhedsministeriet). Efter udskrivning vil indsatser, der har genoptrænende karakter, være bevilget efter sundhedsloven på en genoptræningsplan.

Dele af skemaet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen publikation 'Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade' (Sundhedsstyrelsen, 2020), men er tilpas-

⁴¹ Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces ml. en person med erhvervet hjerneskade, evt. pårørende og personale (fagperson). Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og træning af aktiviteter og deltagelse (Rehabiliteringsforum Danmark; MarselisborgCentret, 2004).

⁴² Vedligeholdelsestræning defineres som en målrettet træning for at forhindre funktionstab, fastholde eller forbedre den hidtidige funktionsevne. Vedligeholdelsestræning omfatter vedligeholdelse af såvel fysiske som psykiske funktioner og færdigheder (Ældre- og Sundhedsministeriet).

set og justeret i samarbejde med praksis. Skemaet tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de tre specialiseringsniveauer og beskriver det behov for indsatser, hver del af målgruppen typisk vil have.

Følgende er eksempler ⁴³ på indsatser, der kan indgå i et rehabiliteringsforløb for målgruppen på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Der er tale om indsatser, som kan gives som tillæg til en genoptræningsplan, i forlængelse heraf (når dette forløb er afsluttet), eller i det livslange forløb, hvis personen får behov herfor.

Felter i skemaet, der er tomme, angiver, at det ikke er en typisk indsats på det respektive niveau - og felter, der går på tværs, angiver, at indsatsen finder sted på flere niveauer.

⁴³ Eksemplerne bygger på henholdsvis Sundhedsstyrelsens publikation (Sundhedsstyrelsen, 2020) og Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner (Ældre- og Sundhedsministeriet) samt input fra praksis (specialistgruppen og fagligt netværk).

Tabel 3: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser der retter sig mod funktionsevne

Let	Moderat	Højt
Indsatser der retter sig mod funktionsevne		
Voksne med erhvervet hjerneskade har behov for træning/genoptræning/vedligeholdelsestræning, der varetages af fagpersoner med generelle kompetencer inden for deres fagområde (Ældre- og Sundhedsministeriet). Fx • træning/genoptræning og vedligeholdelses-træning af funktions-nedsættelser og aktivitets-begrænsninger i relation til bevægelsesfunktioner, omsorg for sig selv, daglig livsførelse, bevægelse og færden (mobilitet) i og uden for hjemmet	Voksne har behov for genoptræningsindsatser, herunder vedligeholdelsestræning, der varetages af fagpersoner med særlige kompetencer inden for deres fagområde (Ældre- og Sundhedsministeriet). Fx • Betydelig og systematisk genoptræning af alle relevante funktionsnedsættelser og aktivitets-begrænsninger • Genoptræning af funktioner i relation til at spise og drikke, herunder synkefunktion • Særligt tilrettelagte indsatser i relation til eventuelle mentale (kognitive) funktionsnedsættelser • Særlig træning og eventuel kompenserende undervisning i relation til sprogfunktioner og kommunikation og/eller arbejde med energiforvaltning ved hjerneskaderelateret træthed • Synsudredning og synstræning ved neurooptometrist og evt. samarbejde med fysioterapeut.	Voksne med erhvervet hjerneskade har behov for både rehabiliteringsindsatser, som varetages af fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde (Ældre- og Sundhedsministeriet). Fx • Specialiserede indsatser i forhold til håndtering af mentale funktionsnedsættelser (herunder kognitive), kommunikation og mobilitet • Genoptræning af funktioner i relation til at spise og drikke, herunder synkefunktion • Synsudredning og synstræning ved neurooptometrist og evt. samarbejde med fysioterapeut • Specialiserede indsatser i forhold til håndtering af udfordrende adfærd hos personer med bl.a. mentale funktionsnedsættelser.
Socialpædagogisk bistand/støtte Fx (Børne- og Socialministeriet) • Socialpædagogisk bistand kan bestå af hjælp, rådgivning, støtte eller omsorg således, at den pågældende kan leve et liv på egne præmisser. • Socialpædagogisk bistand kan også bestå af oplæring i eller genoptræning af en række færdigheder, som sætter den pågældende i stand til at leve et så selvstændigt liv som muligt.		Socialpædagogisk bistand/støtte Fx (Børne- og Socialministeriet) • Socialpædagogisk bistand kan ydes som et element i et samlet (integreret) tilbud om bl.a. rådgivning, støtte, hjælp til pleje, behandling, træning eller ledsagelse til

Let	Moderat	Højt
		personer uanset deres boform.
Dagtilbud Fx (Social- og Indenrigsministeriet; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011) • Aktivitets- og samværstilbud, som har til formål at øge den enkeltes livskvalitet i dagligdagen samt at opretholde eller forbedre personlige færdigheder eller livsvilkår. Tilbuddene retter sig især mod personer med behov for socialt samvær og aktiviteter i fællesskab.		
	Dagtilbud Fx (Social- og Indenrigsministeriet) • Beskyttet beskæftigelse til personer under folkepensionsalderen, som ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning.	
	Botilbud Fx (Social- og Indenrigsministeriet) • Midlertidigt ophold til personer, der har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, eller som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte samt til personer, der har behov for pleje eller behandling, og som på grund af disse vanskeligheder ikke kan klare sig uden støtte. • Ophold i boform, der er egnet til længerevarende ophold til personer, som har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.	
		Tilbud af behandlingsmæssig karakter Fx (Social- og Indenrigsministeriet) • Der kan gives tilbud af behandlingsmæssig karakter til borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Tilbuddet gives, når dette er nødvendigt med henblik på at bevare eller forbedre borgerens fysiske, psykiske eller sociale funktioner, og

Let	Moderat	Højt
		når dette ikke kan opnås gennem de behandlingstilbud, der kan tilbydes efter anden lovgivning.
Rådgivning Fx (Social- og Indenrigsministeriet) • Rådgivning relateret til, hvordan de kan understøtte træningen i hverdagens aktiviteter. • Rådgivning til den voksne i forhold til følger efter skaden • Rådgivning om tilbud i kommunen	Rådgivning Fx (Social- og Indenrigsministeriet) • Vejledning i forhold til håndtering særlige vanskeligheder • Lejring/forflytninger af den voksne • Træning/vedligeholdende træning i hverdagen herunder ADL⁴⁴ • Energiforvaltning, struktur og overblik. • Rådgivning og vejledning i forhold til eventuelle muligheder for tilbagevenden til arbejde, evt. med brug for tilpasning af arbejdsplads/kompenserende strategier ift. arbejdsfunktioner.	Rådgivning Fx (Social- og Indenrigsministeriet) • Rådgivning og vejledning i forhold til tilbagevenden til uddannelse/arbejde, som oftest er truet og påvirket i en sådan grad, at tilbagevenden på ordinære vilkår sjældent er mulig og/eller kompensation/støtte er nødvendig.
Rådgivning om valg af hjælpemidler og forbrugsgoder ⁴⁵ samt instruktion i brugen heraf (Social- og Indenrigsministeriet).		
	Der kan være behov for vejledende specialrådgivning via Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation(VISO), som kan bistå kommuner og forældre/pårørende med gratis vejledende specialrådgivning i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager. Tilsvarende ydes gratis specialrådgivning til kommuner, regioner, skoler og institutioner m.v. om specialundervisning og specialpædagogisk bistand (Social- og Indenrigsministeriet).	

4.2.2 Indsatser til pårørende

Ofte klarer pårørende den akutte og subakutte fase godt, da de er korte, og mange er gode til at mobilisere ressourcer. Når det drejer sig om ramte med afasi, i den akutte fase, kan tilstrækkelig information til pårørende fra fagpersoner på hospitalet om kommunikationsvanskeligheder og samtale- eller kommunikationsstrategier være medvirkende til, at pårørende klarer fasen bedre og får mobiliseret ressourcer. I den post akutte og stabile fase, er der ofte behov for en indsats,

⁴⁴ Almindelig Daglig Levevis

⁴⁵ Forbrugsgoder er produkter, der forhandles bredt med henblik på sædvanligt forbrug, og med hele befolkningen som målgruppe. Forbrugsgoder er ikke fremstillet specielt med henblik på at afhjælpe en nedsat funktionsevne. Men de kan i en række tilfælde udgøre den kompensation, som personer med en varigt nedsat funktionsevne har behov for.

da det er her mange pårørende først udvikler emotionelle og psykiske følger (fx en række måneder efter udskrivelse).

De pårørende bør klædes på og tilbydes støtte i forhold til at kunne håndtere situationen – også på lang sigt. De pårørende og deres situation bør tages med i vurderingen, når der tages stilling til, hvorvidt der er tale om behov for indsats på let, moderat, eller højt specialiseret niveau. Der bør være en skærpet opmærksomhed på trivsel, såfremt børn/unge er pårørende.

Følgende er eksempler på behov for indsatser hos pårørende til målgruppen på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de tre specialiseringsniveauer, og beskriver det behov for indsatser, hver del af målgruppen typisk kan have. Felter i skemaet, der er tomme, angiver, at det ikke er en typisk indsats på det respektive niveau - og felter, der går på tværs, angiver, at indsatsen finder sted på flere niveauer.

Tabel 4: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser til pårørende

Let	Moderat	Højt
Indsatser til pårørende		
Fx Rådgivning og/eller instruktion i anvendelse af hjælpemidler, støtteforanstaltninger og muligheder mm.	Fx - Rådgivning og vejledning til pårørende om, hvordan de kan opretholde deres eget liv med egne værdier og interesser, som ofte tilsidesættes i det akutte forløb. - Rådgivning og vejledning til pårørende i tilfælde, hvor familiesituationen påvirkes i betydelig grad, fx skilsmisse, flytning, konflikter i familien, børn med særlige behov, småbørn/babyer i huset, evt. teenagebørn med misbrug, økonomiske vanskeligheder mm.	
	Afløsning og/eller aflastning. Fx Afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.	
Fx En eller få sessioner med fx undervisning i form af psykoedukation om følgerne efter den ramtes hjerneskade, info om peer grupper fx i regi af patientorganisationerne.	Fx Psykoedukation og/eller terapeutisk indsats (individue eller gruppe).	Fx Måltet terapeutisk indsats til pårørende, som har udviklet en belastningsreaktion eller emotionel og/eller psykopatologisk overbygning (fx angst eller depression).
	Rådgivning til pårørende/netværk i forhold til hensigtsmæssig kommunikation.	

4.2.3 Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer

En række undersøgelser har påvist den negative indvirkning, som en erhvervet hjerneskade kan have på identiteten. En erhvervet hjerneskade er dermed ikke kun en neuro-patologisk hændelse, men også en unik psykologisk proces, som kan have dybtgående og særdeles omfattende konsekvenser for selvforståelse og identitet. En proces, der indbefatter både en sorgproces (der siges farvel til den gamle identitet) og en proces med at rekonstruere en ny identitet. Det har stor betydning, i hvilken livsfase man rammes, og hvordan den livsbane, som man havde forventet at have, bliver påvirket. Fx om man er en ung studerende, nylig forældre eller pensionist. Rehabiliteringsprocessen skal derfor også ses som en helingsproces (recoveryproces), hvor der skabes sammenhæng mellem livet før og efter hjerneskaden. Et fokus på rehabiliteringspsykologiske indsatser⁴⁶ kan være en måde at håndtere og løse nogle af de identitets- og følelsesmæssige udfordringer, som en hjerneskade medfører for personen og dennes pårø-

⁴⁶ Rehabiliteringspsykologi handler om, hvordan vi med målrettet psykosocial støtte kan modvirke de alvorlige psykiske problemer, som mange med et handicap udvikler. Det handler om at se bag om diagnosen og ind til mennesket - for derigennem at fremme sundhed, velvære og social deltagelse på trods af sygdom.

rende. Indsatser kan rette sig mod at fremme håndtering og mestring af personlige, identitetsmæssige og følelsesmæssige udfordringer (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021). Typisk vil disse indsatser være en integreret del af den samlede indsats og bør derfor ikke ses som særskilte/fragmenterede indsatser.

Følgende er eksempler på behov for indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de tre specialiseringsniveauer, og beskriver det behov for indsatser, hver del af målgruppen typisk kan have.

Tabel 5: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer

Let	Moderat	Højt
Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer		
Fx Der kan være behov for en eller få psykologiske sessioner (gerne i grupper), hvor man sætter ord på dét, som fylder, og hvor vedkommende selv følger op efterfølgende, fx gennem eget netværk og/eller patient-organisationer.	Fx - Der kan være behov for psykologisk støtte til identitetsrekonstruktion, fx psykologsamtaler og/eller rehabiliteringspsykologiske indsatser. Der kan være fokus på at lære at leve med følgerne efter hjerneskaden og forsone sig med disse samt finde indhold/mening i resten af det liv, der skal leves på ændrede vilkår. - Behov for at mødes med ligesindede, fx for personer, der rammes tidligt i livet, og hvor livsbanen og forventninger til den er markant anderledes.	Fx Der kan være behov for længerevarende individuel og/eller gruppeterapeutisk indsats i form af psykologisk støtte til identitetsrekonstruktion, fx psykologsamtaler og/eller rehabiliteringspsykologiske indsatser. Fx til personer, der rammes tidligt i livet, og hvor livsbanen og forventninger til den er markant anderledes. Det er bl.a. relevant for personer med begrænsede relationer og/eller relationer præget af dårlig/manglende kommunikation indbyrdes og personer, hvor der er betydelig sygdom i familien (fx barn med særlige behov eller kræft i nærmeste familie).
Fx Psykologsamtaler, psyko- edukation.	Fx Terapeutisk indsats i forhold til belastningsreaktion, angst og depression.	

4.2.4 Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde

I genoptrænings- og rehabiliteringsforløb til voksne med erhvervet hjerneskade, herunder faglige indsatser givet i det livslange forløb med henblik på bl.a. at vedligeholde funktionsniveauet efterfølgende, er der stort behov for samarbejde og koordination internt i kommunen. Ligeledes

er behovet for tværsektoriel koordination stort. Dels grundet den kompleksitet som hjerneskade-rehabilitering ofte udgør, og dels den aldersmæssige profil og komorbiditet, som er at finde hos en stor del af målgruppen, der øger sandsynligheden for, at personer med større eller mindre mellemrum kommer til at bevæge sig mellem sygehus, kommune og almen praksis. Vellykkede forløb indebærer følgelig, at der er sammenhæng mellem indsatserne i de enkelte forvaltninger og sektorer. En hjerneskade- koordineringsfunktion kan være en central og vigtig funktion, såfremt kommunen vurderer det relevant, i forhold til at imødekomme behovet for koordinering. En lang række kommuner har allerede erfaringer med etablering af hjerneskadekoordineringsfunktioner på forskellig vis, hvor medarbejdere fra relevante forvaltninger, med viden og kompetencer i forhold til personer med erhvervet hjerneskade, indgår (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021).

Rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade fordrer oftest interdisciplinært (tværfagligt) teamsamarbejde. Det interdisciplinære samarbejde er blandt andet karakteriseret ved, at der er et vist overlap mellem de forskellige faglige områder, og at indsatsen til borgeren fordrer samarbejde mellem de enkelte teammedlemmer (Karol, 2014). Forskning viser, at der er særlige kendetegn ved et succesfuldt teamsamarbejde. Det er væsentligt, at teamet er sammensat af fagpersoner, som har forskellig viden, kompetencer og færdigheder, så de supplerer hinanden. Kulturen i teamet bør være præget af respekt for forskelligheden. I forhold til viden, så kræver det også, at hver fagperson er kompetent inden for sit eget fagområde, behersker at dele sin viden med både borger og teammedlemmer i et forståeligt sprog samt villig til at indgå konsensus i forhold til borgerens mål (Johnson, 2015; Körner, et al., 2016).

Nedenstående beskrivelser tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens publikation "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade", men er tilpasset og justeret i samarbejde med praksis (Sundhedsstyrelsen, 2020).

Tabel 6: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (paramter 3) - Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde

Let	Moderat	Højt
Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde		
Der er behov for indsatser, der varetages af enkelte faggrupper og hvor der er behov for, at faggrupperne samarbejder om forløbet.	Der er behov for indsatser på tværs af social-, sundheds-, undervisning- og beskæftigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og evt. private tilbud. Dette kræver særlig koordinering af indsatsen, herunder koordinering med andre indsatser på andre specialiseringsniveauer.	Der er behov for rehabiliteringsindsatser, der organiseres som teambaserede, tværfaglige, helhedsorienterede forløb, hvor timing og faglig koordination af den samlede specialiserede indsats er afgørende. Hvis rehabiliteringsforløbet varetages af flere rehabiliteringstilbud, bør ansvaret for koordinering af det samlede forløb være placeret hos ét af rehabiliteringstilbuddene. I forhold til tilrettelæggelse af det enkelte forløb, herunder indsatser, intensitet og længde, bør dette ske i dialog mellem ekstern leverandør, hjemkommune og personen selv samt evt. pårørende.
Indsatser/tilbud kan typisk foregå i personens nærmiljø.	Indsatser/tilbud kan foregå i personens nærmiljø eller som døgnrehabilitering.	
Der kan internt i kommunen være behov for samarbejde mellem de involverede fagpersoner, der varetager dele af det samlede rehabiliteringsforløb.	Indsatser foregår oftest på tværs af social-, sundheds-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og eventuelle private tilbud. Dette kræver en særlig koordinering af indsatsen.	
Der vil være behov for at modtage rådgivning, vejledning og supervision fra fagpersoner, der leverer indsatser på moderat og/eller højt specialiseret niveau.	Det kan være nødvendigt at indhente rådgivning fra det højt specialiserede niveau, hvilket kan omfatte rådgivning og supervision i konkrete forløb, fx i forhold til problemstillinger, der relaterer sig til fx mentale funktionsnedsættelser, sprogfunktioner, kommunikation, be-	Der kan være behov for, at højt specialiserede tilbud samarbejder med andre højt og/eller moderat specialiserede tilbud om en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

Let	Moderat	Højt
	skæftigelse, uddannelse, adfærd, personlighedsmæssige ændringer m.v.	
Der er typisk behov for samarbejde med praktiserende læge og hjemmesygeplejen i relation til den behandling, som varetages i almen praksis. I enkelte tilfælde kan der være behov for fortsat samarbejde mellem sygehuset og kommunen, herunder det kommunale jobcenter, eller konkret behov for opfølgning på sygehus i ambulant regi.	Der kan være behov for samarbejde med sygehusets læger og/eller personens praktiserende læge og/eller socialpsykiatrien om følgetilstande til den erhvervede hjerneskade som fx epilepsi, tonusforstyrrelse samt eventuel komorbiditet.	
Der vil i de fleste kommuner være tilstrækkelige kompetencer i det eksisterende setup til at varetage indsatserne.	Afhængig af tilbudstype vil nogle kommuner, grundet befolkningsunderlaget, have behov for at indgå i et tværkommunalt samarbejde eller et samarbejde med andre aktører for at have tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle kompetencer hos de involverede faggrupper.	Grundet behovet for højt specialiserede kompetencer, volumen og intensitet på højt specialiseret niveau vil færre kommuner være i stand til at varetage rehabiliteringen på dette niveau. Det kan derfor være relevant at indgå aftaler med eksterne leverandører og/eller indgå i tværkommunale samarbejdsaftaler for at understøtte robusthed og kvalitet i indsatserne.

4. Fagligt indhold (parameter 4)

Det faglige indhold (parameter 4) i indsatser på alle specialiseringsniveauer dækker både generelle og målgruppespecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi. I afsnittet beskrives kompetencer og brug af hjælpemidler og teknologi inddelt på de tre specialiseringsniveauer, mens afsnittet om metoder gælder alle niveauer.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 4, fagligt indhold (udklip fra figur 2)

	Let	Moderat	Højt
4. Fagligt indhold	Den sociale indsats indebærer typisk behov for generelle	Den sociale indsats indebærer typisk behov for mere målgruppespecifikke kompetencer	Den sociale indsats indebærer typisk behov for meget målgruppespecifikke kompetencer, særligt tilpassede

	Let	Moderat	Højt
	og målgruppespecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi.	cer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.	metoder, hjælpemidler og teknologi.

4.1 Kompetencer

På både let, moderat og højt specialiseret niveau er der behov for, at de fagpersoner, der leverer indsatserne har viden, kompetencer og praksiserfaring om/med voksne med erhvervet hjerneskade. Kompetencer og erfaring skal således vurderes i forhold til, om de matcher målgruppens differentierede behov. Tilbud, som har voksne med erhvervet hjerneskade som deres målgruppe, og hvor fagpersoner ikke har tilstrækkelig viden og kompetencer om målgruppen grundet lille volumen i antallet eller kompleksitet i indsatsen, bør modtage løbende rådgivning, vejledning og supervision fra relevante fagpersoner, der har viden og kompetencer om voksne med erhvervet hjerneskade på moderat eller højt specialiseret niveau.

De faggrupper, som er involveret i indsatser til voksne med erhvervet hjerneskade er typisk socialrådgivere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, speciallærere, pædagogisk personale/specialpædagoger, logopæder, neuropsykologer, sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter samt praktiserende læger. Derudover har de mulighed for samarbejde med og adgang til fx bandagister, kliniske diætister, neurologer, psykiatere, synskonsulenter, teknologikonsulenter, neurooptometriste m.fl. (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021; Sundhedsstyrelsen, 2020). Behovet for forskellige faggrupper og graden af neurofaglige kompetencer afhænger af behovet for genoptræning og/eller rehabilitering, og mulighed for tæt teambaseret interdisciplinært samarbejde kan være nødvendigt inden for alle niveauer. For unge under 25 år er det desuden relevant at involvere UU-vejledere (ungdomsuddannelsesvejledere), og for personer i den erhvervsaktive alder er det ligeledes relevant at inddrage sagsbehandlere fra jobcentre (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021).

Viden og kompetencer relateret til erhvervet hjerneskade hos voksne omhandler blandt andet (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021):

- Viden om målgruppen voksne med erhvervet hjerneskade (fx viden om hjernens anatomi, funktion og plasticitet samt følgevirkninger af skader i/på hjernen (motoriske, sensoriske, kognitive, sociale og psykologiske))
- Viden om eget fag
- Viden om hjerneskaderehabilitering og rehabiliteringsprincipper
- Viden om neuropædagogik
- Viden om neuropsykologi
- At kunne arbejde tværfagligt, herunder praktisere samarbejde med øvrige aktører indenfor og på tværs af sektorer omkring en fælles faglig tilgang og ramme for personen
- At kunne arbejde med borger – og pårørendeinddragelse mhp. at afstemme forventninger og fremme motivationen hos personen
- At kunne tilpasse kommunikationen til personens funktionsniveau
- At være rutineret i hjerneskadespecifikke monofaglige udredningsmetoder
- At kunne foretage monofaglige refleksioner, herunder fastsætte relevante mål og udvælge faglige tilgange og metoder, planlægge og koordinere indsatsen
- At være refleksiv og bevidsthed om egen praksis, herunder at kunne ændre egne strategier, redskaber og bringe nye i anvendelse.

Nedenstående beskrivelser af kompetencer på de tre niveauer tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade"

(Sundhedstilsynet, 2020) samt Socialstyrelsens "Forløbsbeskrivelse om voksne med kompleks erhvervet hjerneskade" (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021), men er tilpasset og justeret i samarbejde med praksis (specialistgruppen og øvrig faglig kvalitetssikring).

Tabel 7: Fagligt indhold (parameter 4) – Kompetencer

Let	Moderat	Højt
Praksiserfaring og uddannelsesmæssige kompetencer		
Fagpersoner har generelle kompetencer i form af grundlæggende viden om eget fag samt neurologi og hjerneskade-rehabilitering, herunder rehabiliteringsprincipper.	Fagpersoner har særlige kompetencer i form af indgående og specifik viden om eget fag samt opdateret viden om neurologi, hjerneskaderehabilitering og rehabiliteringsprincipper, der løbende opdateres ved certificeret efteruddannelse/ videreuddannelse (herunder kurser).	Fagpersoner har specialiserede kompetencer i form af omfattende ⁴⁷ viden om eget fag og om neurologi, hjerneskaderehabilitering og rehabiliteringsprincipper samt den tilgængelige evidens. Denne viden opdateres løbende ved relevant videreuddannelse og certificeret efteruddannelse, ligesom der pågår hyppig supervision og/eller sparring med ligestillede.
Fagpersoner har færdigheder med afsæt i viden, som rummer rutine og grundlæggende erfaring med eget fag og hjerneskade-rehabilitering.	Fagpersoner har færdigheder med afsæt i viden, som rummer stor rutine og erfaring med hjerneskaderehabilitering på moderat - eller højere niveau. Som udgangspunkt skal fagpersonerne have mere end to års erfaring med hjerneskaderehabilitering.	Fagpersoner har færdigheder med afsæt i omfattende praksisbaseret viden, som rummer omfattende rutine og erfaring, som udgangspunkt mere end fire år med hjerneskaderehabilitering på højt niveau.
Fagpersoner arbejder som minimum ud fra lovende praksis og viden samt medvirker til praksisudvikling i det omfang dette er muligt.	Fagpersoner arbejder som minimum ud fra lovende praksis og nyeste viden samt medvirker til praksisudvikling i egen praksis, og generelt i det omfang, det er muligt. Der er rammer og struktur for at formidle viden og udføre faglig vejledning til andre fagpersoner, der eksempelvis arbejder med genoptræning på let specialiseret niveau.	Fagpersoner arbejder ud fra lovende praksis, nyeste viden og evidens samt medvirker til forskning og vidensudvikling via formelle samarbejdsaftaler med forsknings- og uddannelsesinstitutioner i det omfang, det er muligt. Der er mulighed for at undervise, vejlede og yde supervision inden for hjerneskaderehabilitering.

⁴⁷ Sundhedsstyrelsen skriver her: "indgående og specifik viden om..."

Let	Moderat	Højt
		habilitering til andre fagpersoner på lavere specialiseringsniveau.
Kompetencer relateret til borgerinddragelse		
Fagpersoner kan inddrage personen med erhvervet hjerneskade og pårørendes præferencer, behov og motivation og omsætte dette til egen praksis.	Fagpersoner kan realisere personcentreret målsætning gennem beherskelse af metoder og tilgange til inddragelse af personen med kognitive og kommunikative vanskeligheder samt deres pårørende.	
Kompetencer relateret til fagmiljø		
Fagpersoner har adgang til faglig vejledning og supervision af relevante fagpersoner med særlig viden og (neurofaglige) kompetencer, og flere års erfaring med hjerneskaderehabilitering ved mere komplekse indsatser, fx via tidsbegrænsede erfaringsophold på et rehabiliteringscenter med høj grad af ekspertise.	Fagpersoner har en formaliseret adgang til faglig supervision ved omfattende og/eller sjældne indsatser ved relevante fagpersoner med flere års erfaring med hjerneskaderehabilitering og ved mere komplekse indsatser.	Fagpersoner kan yde rådgivning, vejledning og supervision til fagpersoner på let og moderat niveau samt til andre fagpersoner, der ikke har tilstrækkelig viden og kompetencer om voksne med erhvervet hjerneskade.
Kompetencer relateret til samarbejdsformer		
Fagpersoner har mulighed for at indgå og deltage i tværfagligt samarbejde uden særlige krav til organisering og koordinering.	Fagpersoner indgår og deltager i tværfagligt (interdisciplinært) samarbejde med krav til organisering og koordinering af indsatser, som er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i personens behov og ønsker.	Fagpersoner indgår i – og bidrager med kompetencer ind i tværfagligt (interdisciplinært) samarbejde med særlige krav til helhedsorientering og timing, som er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i personens behov og ønsker.
Kompetencer relateret til aktiv praksis		
Fagpersoner har, som udgangspunkt, mulighed for <i>ugentligt</i> at arbejde med genoptræning og/eller rehabilitering efter erhvervet hjerneskade.	Fagpersoner har, som udgangspunkt, mulighed for <i>primært</i> at arbejde med hjerneskaderehabilitering.	Fagpersoner har mulighed for overvejende, og gerne flere timer om dagen, at arbejde med hjerneskaderehabilitering og arbejder dermed primært eller udelukkende med voksne med erhvervet hjerneskade.

Let	Moderat	Højt
Fagpersoner kan yde hjerne-skaderehabilitering af lav kompleksitet.	Fagpersoner kan yde hjerne-skaderehabilitering af en vis kompleksitet, fx på grund af et omfattende behov.	Fagpersoner kan yde hjerne-skaderehabilitering af stor kompleksitet, hvor der er omfattende og svære funktionsnedsættelser og/eller sjældne behov, fx ift. personer med udadreagerende adfærd.

4.2 Metoder

I indsatser til voksne med erhvervet hjerneskade vil der være en række af metoder og tilgange, som anvendes afhængigt af den voksnes funktionsnedsættelser⁴⁸. De samme metoder og tilgange kan ofte anvendes på både moderat og højt specialiseret niveau, og selv på det lette specialiseringsniveau vil mange af de samme metoder og tilgange også blive benyttet. De forskellige metoder og tilgange kan dermed modelleres til forskellige specialiseringsniveauer, hvor for nedenstående metoder ikke overføres til specialiseringsniveauerne i et skema.

Forskellen i specialiseringsniveau er ikke nødvendigvis relateret til de metoder og tilgange, der anvendes i indsatsen, men mere til de kompetencer, den viden og erfaring, som fagpersoner på de forskellige niveauer har i at anvende dem. Der er ofte behov for særlig specialviden, når det gælder komorbide tilstande og sociale problemstillinger i sammenhæng med den erhvervede hjerneskade. I den højt specialiserede indsats til voksne med erhvervet hjerneskade uden talesprog (fx locked in syndrom) og/eller komplekse kommunikationsbehov samt voksne med erhvervet hjerneskade og misbrug vil der ligeledes være behov for specialviden. Personer med erhvervet hjerneskade, som grundet skaden har funktionsevnenedsættelser ift. agitation og adfærdsforstyrrelser, udgør ligeledes en særlig problemstilling. En problemstilling, der fordrer en specialiseret neuropædagogisk indsats og fagpersoner, som har neurofaglige kompetencer.

Afhængigt af problemstillingen kan der fx være tale om anvendelse af følgende metoder og faglige tilgange:

- Rehabiliteringspsykologi
- Recoveryunderstøttende tilgang
- Støtte til energiforvaltning
- Struktureret visualiseret specialpædagogik
- Samarbejdsbaseret problemløsning
- ADL-træning (Almindelig Daglig Levevis)
- Fysisk træning
- SCA (Supported Conversations for Adults with Aphasia)
- SPPARC (Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships & Conversation)
- CILT (Constraint Induced Language Therapy)
- Talking Mats
- Fejlfri læring

⁴⁸ For nærmere beskrivelse af indsatser, metoder og tilgange se Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2011) og/eller Socialstyrelsens Forløbsbeskrivelse for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021).

- Støtte af hukommelsesfunktion
- Sanseorienteret tilgang
- Affektregulerings- og konflikthåndteringstilgang
- Low arousal
- Kognitiv affektiv træning
- Kognitiv adfærdsterapi
- Metakognitiv terapi
- Den narrative tilgang
- Systemisk og narrativ psykoterapi
- ACT (Acceptance and Commitment Therapy)
- CFT (Compassion Focused Therapy)
- FITS (Familie intervention efter traumatisk skade)
- Empowerment.

For rehabiliteringstilbud, der ud over indsatser hjemlet i serviceloven også leverer sundhedsfaglige indsatser varetaget af autoriserede sundhedspersoner, gælder der tillige særlige kvalitetskrav.

4.3 Hjælpemidler og teknologi

Voksne med erhvervet hjerneskade kan have brug for hjælpemidler, herunder teknologi, til at kompensere for eller lette nogle af følgerne af hjerneskaden. Fagpersonernes forudsætninger for at tilpasse og instruere i brug af hjælpemidler vil være forskellig afhængig af specialiseringsniveau. Der kan bl.a. være behov for alternative og supplerende kommunikationsløsninger, herunder såvel lav- som højteknologi (IKT)⁴⁹.

Følgende er eksempler på behov for hjælpemidler hos målgruppen med behov på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de tre specialiseringsniveauer i det foregående afsnit, og beskriver det behov for hjælpemidler og teknologi, hver del af målgruppen typisk kan have.

⁴⁹ Se mere på: https://hmi-basen.dk/news.asp?newsid=12952&x_newstype=39

Tabel 8: Fagligt indhold (parameter 4) - Hjælpemidler og teknologi

Let	Moderat	Højt
Hjælpemidler og teknologi		
Hjælpemidler i relation til mobilitet og færden samt hjælpemidler til understøttelse af daglige aktiviteter og tilpasning af omgivelser, typisk tilpasning af boligomgivelser (Sundhedsstyrelsen, 2014). Fx. • Kugledyne til forbedring af søvn. • Opsætning af greb i bolig samt andre boligtilpasninger.	Hjælpemidler i relation til mobilitet og færden, hjælpemidler i hjemmet til understøttelse af daglige aktiviteter (Sundhedsstyrelsen, 2014) samt særlig teknologi til kommunikation. Der kan være behov for at anvende hjælpemidler og udstyr, som kræver særlige kompetencer at anvende. Fx • Særligt træningsudstyr eller avancerede hjælpemidler til at understøtte den daglige livsførelse, fx IKT hjælpemidler til struktur, overblik, tilpasning af bolig mm.	Særlige hjælpemidler, herunder kommunikationsudstyr, som kræver betydelig ekspertise, tilpasning og anvendelse samt andre avancerede tekniske hjælpemidler, som kræver særlige kompetencer hos fagpersonerne (Sundhedsstyrelsen, 2014). Fx • Kommunikations-teknologi (talemaskine), struktur app's, SmartHome løsninger, smartphones eller tablets med kalender, auditive eller billedbaserede påmindelsesfunktioner (visualisering af tid, påmindelser/alarmer, vejvisning) mm.
Fagpersoner har kendskab til et udvalg af de mest anvendte hjælpemidler, inden for deres fagområde, med begrænsede indstillingsmuligheder (Brandt & Christensen, 2018).	Fagpersoner kan tilpasse hjælpemidler inden for deres fagområde og instruere eller træne den voksne i anvendelse af hjælpemidlet (Brandt & Christensen, 2018) .	Fagpersoner kan indstille og/eller tilpasse alle typer af hjælpemidler inden for deres fagområde i samarbejde med relevante samarbejdspartnere (Brandt & Christensen, 2018). Fagpersoner koordinerer og deltager i instruktion og oplæring af den voksne og dennes netværk i samarbejde med andre relevante faggrupper ud fra aktuelt bedste viden og erfaring (Brandt & Christensen, 2018).

Let	Moderat	Højt
	Undervisning, supervision af - og sparring med pårørende, herunder børn og netværk i alternativ og supplerende kommunikation.	Undervisning, supervision af - og sparring med pårørende, herunder børn og netværk i alternativ og supplerende kommunikation. Indsatsen bør gives af fagpersoner, som er en del af et højt specialiseret rehabiliteringstilbud.

Del 2: Børn og unge med erhvervet hjerneskade

1. Generelt om målgruppen

Da børn/unge med erhvervet hjerneskade på flere måder adskiller sig væsentligt fra den samlede målgruppe af mennesker med erhvervet hjerneskade, beskrives børn og unge med erhvervet hjerneskade således *skematisk* kun på moderat og højt specialiseret niveau. At delmålgruppen kun beskrives skematisk på disse to niveauer skyldes bl.a. målgruppens lille volumen og et behov for særlig viden og kompetencer hos de fagpersoner, der varetager indsatsen. Dette behov skyldes bl.a., at børn/unge med en erhvervet hjerneskade har fået en skade på en umoden hjerne, hvor normaludviklingen umiddelbart efter og på længere sigt påvirkes af skaden, og at børnene/de unge vil kunne vokse sig ind i funktionsevne-nedsættelser⁵⁰, som ikke var til stede umiddelbart efter skaden. Derudover er børn/unge i en identitetsdannende fase i livet, hvor fysiske, kommunikative og kognitive funktionsnedsættelser udgør en særlig udfordring. Børn og unge med erhvervet hjerneskade kan eventuelt også have behov for let specialiserede indsatser, hvilket adresseres i *teksten* på side 47.

1.1 Afgrænsning af målgruppen

Erhvervet hjerneskade defineres som en hjerneskade, der er opstået 28 dage efter fødslen eller senere. Erhvervet hjerneskade kan være forårsaget af apopleksi, blødninger i hjernen udover apopleksi, traumer, tumorer, infektioner, forgiftninger, iltmangel (fx ved drukningsulykker og hjer-testop) m.fl. Hos børn/unge er hovedtraumer og infektioner i hjernen den hyppigste årsag til erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2014). Aldersmæssigt afgrænses målgruppen fra 0 og op til det 18. år. Målgruppen rummer ikke børn og unge med følger efter en hjernerytelse.

1.2 Overordnet karakteristik af målgruppen

Børn/unge med erhvervet hjerneskade har ofte omfattende følger af hjerneskaden, som kan få stor indflydelse på deres liv og hverdag (Sundhedsstyrelsen, 2014). Det er dog meget forskelligt, hvordan følgerne kommer til udtryk samt karakteren og omfanget heraf. Dette afhænger bl.a. af, hvilken del af hjernen der er påvirket, barnets alder på skadestidspunktet, hvor omfattende skaden er samt det miljø, barnet er i. De hyppigste følgevirkninger af en erhvervet hjerneskade er kognitiv udtrætning/hjerneskadetræthed, kognitive vanskeligheder, herunder vanskeligheder med opmærksomhed, hukommelse, planlægning, strukturering og overblik samt sociale, sproglige og motoriske vanskeligheder. Alle typer af funktionsforstyrrelser kan forekomme i forskellig kombination og sværhedsgrad. Ofte har børn/unge med erhvervet hjerneskade flere

⁵⁰ Funktionsevnenedsættelse er en overordnet term for funktionsnedsættelse, aktivitetsbegrænsninger og deltagelsesindskrænkninger (Schiøler & Dahl, 2003).

følger samtidig, som kan være af fysisk, psykisk, kognitiv eller adfærdsmæssig karakter (Sundhedsstyrelsen, 2011).

For børn/unge med erhvervet hjerneskade bør der være særlig opmærksomhed på, hvordan barnet/den unge udvikler sig generelt. Nogle funktionsnedsættelser kan således forværres med tiden som følge af, at barnet har fået en skade på en umoden hjerne. I takt med hjernens modning vokser nogle børn/unge sig ind i funktionsevnenedsættelser, som har betydelige konsekvenser for deres skolegang, uddannelse, sociale relationer, identitetsudvikling samt for deres mulighed for at klare sig på lige fod med deres jævnaldrende (Sundhedsstyrelsen, 2014). En anden væsentlig faglig udfordring er, at rehabiliteringsforløbet ud over at genoptræne og kompensere for mistede færdigheder, bør have fokus på at understøtte barnet/den unges generelle udvikling bedst muligt.

I Sundhedsstyrelsens forløbsprogram til brug for regioner og kommuners tilrettelæggelse af hjerneskaderehabiliteringen beskrives rehabiliteringsforløbet i fire faser:

- Fase 1 er den akutte behandling på sygehuset
- Fase 2 er rehabilitering under indlæggelse
- Fase 3 er rehabilitering efter udskrivelse fra sygehus
- Fase 4 er den fortsat udviklende fase.

Sygehusvæsenet, almen praksis og kommuner har opgaver i alle faser, dog i varierende grad. Således har sygehuset flest opgaver i fase 1 og 2, mens kommunen og almen praksis har flest opgaver i fase 3 og 4. Børn/unge med erhvervet hjerneskade gennemgår ikke nødvendigvis faserne i kronologisk rækkefølge. Således vil nogle blive udskrevet direkte fra den akutte behandling på sygehuset til efterfølgende rehabilitering i kommunalt regi, mens andre vil – efter udskrivelse fra sygehuset – have behov for genindlæggelse til yderligere udredning og rehabilitering (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Fase 4 i et rehabiliteringsforløb kan bl.a. indeholde vedligeholdende, trænende og kompenserende indsatser til børn og unge, som har været igennem et forløb, hvor potentialer er afdækket og realiseret, og der er et forholdsvis stabilt funktionsniveau. Når der i målgruppebeskrivelsen tales om rehabiliteringsforløb, er denne mere vedligeholdende fase således indeholdt.

1.3 Snitflader til andre sektorer

Børn/unge med erhvervet hjerneskade vil oftest modtage indsatser fra forskellige sektorer. Der vil typisk være behov for indsatser på tværs af sundheds-, social- og undervisnings- og dagtilbudsområdet, som fx kan leveres af både kommunale, tværkommunale (hvor flere kommuner sammen etablerer et tilbud), regionale og private tilbud. Dette kræver en særlig koordinering af indsatsen.

Ud over indsatser på det sociale område, kan der i et rehabiliteringsforløb eksempelvis være behov for følgende indsatser (Sundhedsstyrelsen, 2014):

På sundhedsområdet kan det være indsatser som fx:

- Genoptræning
- Hjemmesygepleje
- Vederlagsfri fysioterapi
- Hjælpemidler og behandlingsredskaber
- Psykologhjælp
- Familierådgivning

- Kommunal alkoholbehandling og lægelig behandling for stofmisbrug.

På undervisningsområdet kan det være indsatser som fx:

- Udredning af behov for specialundervisning og specialpædagogisk bistand
- Specialundervisning, herunder bl.a. særligt undervisningsmateriale og tekniske hjælpemidler
- Psykologisk-pædagogisk rådgivning.

I denne målgruppebeskrivelse om børn og unge med erhvervet hjerneskade – som tager udgangspunkt i en generel model for alle målgrupper på socialområdet - skelnes mellem **moderat** og **højt specialiseringsniveau**. På sundhedsområdet anbefaler Sundhedsstyrelsen, at genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade varetages på **avanceret** eller **specialiseret niveau** (Sundhedsstyrelsen, 2014). Der anvendes således forskellig terminologi for specialiseringsniveauerne, men selv om niveauerne på hhv. social- og sundhedsområdet er beskrevet forskelligt, er der gennemgående store ligheder mellem specialiseringsniveauerne.

2. Målgruppekompleksitet (parameter 1)

Målgruppekompleksitet (parameter 1) dækker over de tilstande, som skaber behov for en specialiseret social indsats. I afsnittet beskrives kompleksiteten i målgruppens problemstillinger (fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og sociale problemer) og den samlede påvirkning af funktionsevnen hos målgruppen på de to specialiseringsniveauer; moderat og højt jf. kriterierne for de to niveauer i nedenstående udsnit fra figur 1. Det centrale fokus i dette afsnit er derfor målgruppens funktionsevne.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 1, målgruppekompleksitet (udsnit fra figur 1)

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
1. Målgruppekompleksitet	Målgruppen har få og afgrænsede fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i mindre grad.	Målgruppen har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i moderat grad.	Målgruppen har en særlig svær fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, psykiske vanskeligheder eller socialt problem eller en særlig sammensætning af ovennævnte, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i høj grad.

2.1 Generelt om målgruppens funktionsevne

Børn og unge med erhvervet hjerneskade kan være ramt på deres funktionsevne⁵¹ i såvel dybden som i bredden. Der kan således både være tale om en enkeltstående eller få funktionsnedsættelser⁵², som er så svære, at de kræver en særlig indsats eller flere samtidigt forekommende funktionsnedsættelser, som betyder, at der er behov for en indsats, der imødekommer en flersidighed af problematikker. Det betyder, at et barn/ung med flere funktionsnedsættelser af lettere eller moderat sværhedsgrad kan have behov for indsatser på højt niveau, eftersom kompleksiteten stiger og barnet/unges funktionsevne samlet set kan være påvirket i høj grad. Ydermere vil der være behov for langt større koordinering af indsatserne.

For en del af målgruppen vil de kognitive funktionsnedsættelser, herunder kommunikative udfordringer, ændringer i adfærd og følelsesmæssige funktioner ofte være en større udfordring for barnet/den unge end de funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger⁵³, som relaterer sig til bevægelse og praktiske gøremål i hverdagen (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Børn/unge kan have følgetilstande til den erhvervede hjerneskade som fx epilepsi. Herudover ses en øget risiko for at udvikle psykiatrisk komorbiditet som fx angst, depression, dyssocial adfærd og adfærdsforstyrrelser, herunder opmærksomhedsforstyrrelser (Sundhedsstyrelsen, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2015; Sundhedsstyrelsen, 2018). Der er desuden også unge i målgruppen, som enten har et aktivt misbrug før skaden eller får det efterfølgende, hvorved kompleksiteten stiger yderligere (Sundhedsstyrelsen, 2018).

2.2 Målgruppens funktionsevne inddelt på specialiseringsniveauer

I dette afsnit beskrives målgruppens kompleksitet (parameter 1), i form af funktionsevne og eventuelle problemstillinger, på de to specialiseringsniveauer; moderat og højt, hvor problemstillingerne indplaceres ud fra de tidligere oplistede kriterier for de to niveauer i figur 1.

Nedenstående er eksempler på målgruppens kompleksitet fordelt på specialiseringsniveauer:

- Målgruppen på **moderat niveau** kan fx være børn/unge, som efter en supplerende udredning på højt niveau viser behov for indsatser på moderat niveau. Disse børn/unge har lettere motoriske vanskeligheder og lette kognitive vanskeligheder, som viser sig ved problemer med fx at kunne deltage i aktiviteter i længere tid ad gangen, at orientere sig i omgivelserne, huske beskeder og holde opmærksomheden på stillede opgaver. Disse børn/unge kan med de rette strategier i vid udstrækning imødekomme kravene fra hverdagen.
- Målgruppen på **højt niveau** kan fx være børn/unge, som har flere lette funktionsnedsættelser, som i kombination med fx ADHD, skrøbelig familiesituation eller kritisk sygdom øger kompleksiteten. Ligeledes kan det være børn/unge med omfattende motoriske, kommunikative, sociale og kognitive vanskeligheder. Begge grupper er kendetegnet ved, at der er behov for specialiserede indsatser for at sikre, at barnet/den unges hverdag er særligt tilrettelagt med udgangspunkt i specialiseret viden og kompetencer om rehabilitering af erhvervet hjerneskade.

⁵¹ Funktionsevne er en overordnet term for kroppens funktioner, kroppens anatomi, aktivitet og deltagelse (Schiøler & Dahl, 2003).

⁵² Funktionsnedsættelse defineres som et problem i kroppens fysiologiske funktioner eller anatomi (Schiøler & Dahl, 2003).

⁵³ Aktivitetsbegrænsninger defineres som de vanskeligheder, som en person kan have ved udførelsen af aktiviteter (Schiøler & Dahl, 2003).

En erhvervet hjerneskade kan, som ovenfor beskrevet, medføre en række funktionsnedsættelser samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger. Når man afdækker og beskriver følgerne af en erhvervet hjerneskade, anvender man almindeligvis på sundhedsområdet og på det sociale område WHO's Internationale klassifikation ICF⁵⁴. ICF er dels en klassifikation og dels en interaktionsmodel, der forsøger at illustrere kompleksiteten af funktionsevne og funktionsevnenedsættelsen og gengive det komplekse og dynamiske samspil, som finder sted mellem helbredstilstand, funktionsevne og kontekstuelle faktorer, hvor ændring i én komponent kan skabe ændringer inden for flere komponenter (Schiøler & Dahl, 2003).

Den samlede funktionsevne kan også påvirkes af helbredsforhold. Børn/unge med erhvervet hjerneskade kan forinden skaden have haft funktionsevnenedsættelser og/eller komorbiditet, som også er afgørende, for på hvilket niveau barnet/den unge har behov for indsatser. Fx vil børn/unge med psykiatrisk komorbiditet, herunder opmærksomhedsforstyrrelser og/eller aktivt misbrug, typisk have behov for indsatser på højt niveau.

Nedenstående eksempler på funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger på de to specialiseringsniveauer tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen visitationsretningslinje (Sundhedsstyrelsen, 2014). Dette af hensyn til kommunernes samtidige brug af hhv. målgruppebeskrivelsen og Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje. Beskrivelserne er tilpasset og justeret i forhold til det specialiserede socialområde i samarbejde med praksis (bl.a. specialistgruppen).

Der er tale om en idealtypisk beskrivelse af målgruppens problemstillinger og funktionsevne på de to specialiseringsniveauer. Konkrete personers problemstillinger og funktionsevne ændrer sig typisk over tid. Ligeledes kan det enkelte barn/ung have funktionsnedsættelser inden for forskellige funktionsområder (som fx kognition og sensomotoriske funktioner), af forskellig sværhedsgrad, der derfor fordeler sig forskelligt i beskrivelserne på de to niveauer i skemaet.

Eksemplerne skal forstås som typiske karakteristika ved målgruppen på de to niveauer. Flere funktionsnedsættelser på moderat niveau, kan give behov for indsatser på højt specialiseret niveau.

Tabel 1: Målgruppens kompleksitet (parameter 1)

Moderat	Højt
Påvirkning af funktionsevnen	
Målgruppen vil typisk have en eller flere af nedenstående funktionsevnenedsættelser med moderat betydning for funktionsevne, udvikling og trivsel og dermed for et eller flere livsområder.	Målgruppen vil typisk have en eller flere af nedenstående komplicerede og/eller omfattende funktionsevnenedsættelser, som samlet set påvirker funktionsevne, udvikling og trivsel i høj grad og dermed har betydning for flere livsområder.
Funktionsevnenedsættelse relateret til fysiske funktioner	
En eller flere funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til bevægefunktioner, omsorg for sig selv, daglig livsførelse, bevægelse og færden.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til bevægefunktioner, omsorg for sig

⁵⁴ WHO's International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (Schiøler & Dahl, 2003).

Moderat	Højt
	selv, daglig livsførelse, bevægelse og færden.
En eller flere funktionsnedsættelser som følge af langvarig immobilisering.	Tab af færdigheder grundet langvarig immobilisering.
Tonusforstyrrelse (ændret muskelpænding), udvikling af fejlstillinger og/eller smerter ⁵⁵ .	Komplicerede og/eller omfattende tonusforstyrrelse (ændret muskelpænding) og/eller udvikling af fejlstillinger samt smerter ⁵⁶ .
En eller flere funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i forhold til spise/drikke, herunder dysfagi ^{57 58} .	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i forhold til spise/drikke, herunder dysfagi ⁵⁹ .
En eller flere funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til frembringelse af tale, herunder dysartri (let påvirkning af talen, men hvor personen godt kan gøre sig forståelig).	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til frembringelse af tale, herunder dysartri (fx delvist eller helt eller delvist op hørt taletydelighed).
Funktionsevnenedsættelse relateret til kognitive funktioner	
En eller flere funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til kognition som fx orienteringsevne, opmærksomhed, koncentration, hukommelse og kognitiv udtrætning.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til kognition.
En eller flere funktionsnedsættelse og aktivitetsbegrænsninger relateret til orienteringsevnen, som kan udgøre en sikkerhedsmæssig risiko for dem selv eller andre.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelse og aktivitetsbegrænsninger relateret til orienteringsevnen, som kan udgøre en sikkerhedsmæssig risiko for dem selv eller andre.
En eller flere funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til kommunikation, herunder afasi og kognitive kommunikations-vanskeligheder, som vanskeliggør mulighederne for at indgå alderssvarende.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til kommunikation, herunder afasi og kognitive kommunikations-vanskeligheder og/eller ingen mulighed for kommunikation, som er begrænsende socialt og fagligt.
En eller flere funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til adfærdsændringer og ændring af personligheden, såsom indsigt, dømmekraft eller agitation.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til adfærdsændringer og ændring af personligheden, såsom indsigt, dømmekraft eller agitation.

⁵⁵ Hvor et eventuelt behandlingsbehov kan varetages i et samarbejde mellem sygehus og kommune. Dette gælder også på højt niveau.

⁵⁶ Hvor et eventuelt behandlingsbehov kan varetages i et samarbejde mellem sygehus og kommune. Dette gælder også på højt niveau.

⁵⁷ Dysfagi betegnes ofte i hverdagen som synkebesvær <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/mave-tarm/symptomer-og-tegn/synkebesvaer-kronisk/>

⁵⁸ Hvis der er risiko for fejlsynkning/aspiration, eller hvis der er anlagt permanent ernæringssonde (nasal/PEG) til sikring af ernæring skal behandling varetages på sygehuset. Det gælder også på højt niveau (Sundhedsstyrelsen, 2014).

⁵⁹ Hvis der er risiko for fejlsynkning/aspiration, eller hvis der er anlagt permanent ernæringssonde (nasal/PEG) til sikring af ernæring skal behandling varetages på sygehuset. Det gælder også på højt niveau (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Moderat	Højt
Omgivelsesfaktorer	
En eller flere problemstillinger relateret til familie og søskende fx nedsat psykisk trivsel hos søskende og/eller familien som helhed.	Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger relateret til familiesituation fx forældre og søskende, som med baggrund i familiens situation er hårdt belastede. Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger på grund af sociale problemstillinger i familien forud for hjerneskaden.
En eller flere problemstillinger relateret til et ikke etableret eller skrøbeligt socialt netværk hos barnet/den unge.	Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger relateret til barnets/den unges sociale netværk.
En eller flere problemstillinger relateret til familiens boligsituation.	Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger relateret til familiens boligsituation.

3. Målgruppens størrelse (parameter 2)

I dette afsnit beskrives målgruppens størrelse (parameter 2), jf. kriterierne for hhv. moderat og højt niveau i nedenstående udsnit fra figur 1, som har betydning for kommunernes mulighed for at udvikle og opretholde de indsatser, som målgruppen har behov for.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 2, målgruppens størrelse (fra figur 1)

	Let	Moderat	Høj
2. Målgruppens størrelse	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at de fleste kommuner i landet kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde indsatser til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at en større del af landets kommuner kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så sjældent, at kun en mindre del af kommunerne kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.

I omegnen af 800-900 børn og unge diagnosticeres hvert år med en erhvervet hjerneskade (jf. Socialstyrelsens egne beregninger pba. registerdata; fx 906 børn og unge i 2017 og 787 børn og unge i 2018). Der findes ikke valide datakilder, der beskriver, hvor mange af disse børn og unge, der har behov for et rehabiliteringsforløb. Sundhedsstyrelsen estimerer groft, at mellem 125 og 375 børn/unge pr. år har behov for hjerneskaderehabilitering efter udskrivelse fra sygehuset. Det understreges, at estimatet er behæftet med stor usikkerhed (Sundhedsstyrelsen,

2011). Det lave antal tilfælde pr. år har betydning for kommunernes mulighed for at opnå et underlag for at udvikle og opretholde indsatser til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.

Ligeledes er det vanskeligt at estimere, hvor stor en del af disse børn og unge med behov for et rehabiliteringsforløb, der har behov for indsatser på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Socialstyrelsen vurderer på baggrund af den samlede målgruppebeskrivelse, at den mindste del af målgruppen vil have behov for indsatser på moderat specialiseret niveau, og at størstedelen af børnene/de unge vil have behov for indsatser på højt specialiseret niveau.

Tabel 2: Målgruppens størrelse (parameter 2)

Moderat		Højt	
Målgruppens størrelse			
Den mindste del af målgruppen.		Den største del af målgruppen.	

4. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3)

I dette afsnit beskrives sammensætningen af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) jf. kriterier for hhv. moderat og højt specialiseret niveau i nedenstående udsnit fra figur 2, i den indsats, der sættes i værk for at støtte barnet/den unge i at opnå de mål og den udvikling, der stemmer overens med vedkommendes ønsker og håb for fremtiden, funktionsevne og behov for hjælp og støtte⁶⁰. Fokus i afsnittet er på målgruppens behov for indsatser, primært inden for serviceloven. Behovet for indsatser på andre lovgivningsområder berøres dog også.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 3, sammensætning af ydelser og foranstaltninger (udsnit fra figur 2)

⁶⁰ Kilde: Fælles faglige begreber (KL).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
3. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger	Den sociale indsats består typisk af en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger, som kan gennemføres selvstændigt.	Den sociale indsats består typisk af en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en vis grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.	Den sociale indsats består typisk af en særligt tilrettelagt sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en høj grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.

4.1 Generelt om målgruppens behov for indsatser

Herunder beskrives relevante indsatser på det sociale område og på tilstødende områder. Der skelnes i beskrivelsen mellem behov for udredning og for indsatser. Kun indsatser på det sociale område beskrives skematisk på de tre specialiseringsniveauer.

Børn/unge med erhvervet hjerneskade har typisk behov for, at de forskellige indsatser organiseres som et sammenhængende rehabiliteringsforløb⁶¹, hvor den samlede indsats er rettet mod barnets/den unges hele livssituation og såvel aktuelle som fremtidige mål (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Som udgangspunkt har børn/unge, lige efter udskrivelse fra sygehus (fase 3), typisk behov for en supplerende udredning⁶² af deres funktionsevne på højt specialiseret niveau. Alene fordi det som udgangspunkt er komplekst at få en hjerneskade som barn/ung, og fordi det kræver koordinering, ofte mellem både social-, sundheds- og skole/uddannelsesområdet, samt specialviden at vurdere og monitorere konsekvenser og behov over tid.

Et barn/ung kan, både i forlængelse af udskrivelse fra sygehus og senere i forløbet (fase 3 og 4), over tid eller periodevis skifte mellem at have behov for indsatser på moderat og på højt specialiseringsniveau. Skift mellem moderat og højt niveau gennem barnets/den unges opvækst kan fx ses i forbindelse med, at der med alderen stilles større krav til abstraktionsniveau og socialkognitive funktioner (særligt i teenageperioden). Der kan også være børn/unge, som i perioder ikke har brug for indsatser på moderat og/eller højt niveau, og som kan vende tilbage til det almene tilbud eventuelt med støtte.

Let specialiserede indsatser

Børnene/de unge kan, ud over et behov for moderat og højt specialiserede indsatser, have brug for indsatser som fx fritidstilbud, ledsageordning, aflastning og personlig og praktisk hjælp i dagligdagen, der varetages som en del af kommunens mere almindelige sociale indsatser. Der kan også være børn/unge, der i perioder ikke har brug for sociale indsatser eller kun har brug for enkeltstående ydelser eller indsatser fx i forhold til en meget afgrænset fysisk funktionsnedsættelse, der kan kompenseres for med et simpelt hjælpemiddel.

De fagpersoner, der varetager disse mere almene indsatser har ikke altid viden og kompetencer i forhold til børn/unge med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2014). Det samme kan

⁶¹ Rehabilitering er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne (Rehabiliteringsforum Danmark; MarselisborgCentret, 2004).

⁶² Supplerende udredning, som har fokus på det kognitive (børneneuropsykologiske), sproglige, skolefaglige, neuropædagogiske funktionsniveau – samt familiens trivsel. Den "gængse" udredning på hospitalsregi beror på en somatisk udredning (læge, fysio- og ergoterapeut).

gøre sig gældende i forhold til fagpersoner, der varetager specialundervisning eller specialpædagogisk bistand fx i almene skoler eller dagtilbud. Her er det vigtigt, at fagpersonerne ved, at der er tale om en erhvervet hjerneskade, og at de modtager løbende rådgivning, vejledning og supervision fra relevante fagpersoner, der har viden og kompetencer om børn/unge med erhvervet hjerneskade på moderat eller højt specialiseret niveau.

4.1.1 Udredning/supplerende udredning/revurdering

Funktionsevnen hos børn/unge med erhvervet hjerneskade er typisk påvirket på mange områder, og der er derfor ofte behov for helhedsorienteret og tværfaglig supplerende udredning af funktionsevnen på områder, som sygehuset ikke har kunnet udrede tilstrækkeligt under indlæggelsen. Det kan fx være i relation til dagtilbud, skole og uddannelse, boligforhold, behov for hjælp og støtte, støtte til familie samt fritidsaktiviteter og socialt liv (Sundhedsstyrelsen, 2014). Den supplerende udredning kan foretages af fx børneneuropsykolog, neuropædagog, audiologopæd, speciallærer, børneergoterapeut, børnefysioterapeut, synskonsulent og have fokus på:

- Kognitivt funktionsniveau
- Socialt og emotionelt funktionsniveau
- Sprogligt og kommunikativt funktionsniveau
- Skolefagligt funktionsniveau
- Sensorisk funktionsniveau
- Fysisk funktionsniveau (grov- og finmotorik)
- Synsfunktion
- Aktivitet og deltagelse herunder ADL (Almindelig Daglig Livsførelse).

Herudover kan der være behov for en udredning med henblik på at træffe afgørelse om handicapkompenserende ydelser, hjælp og støtte til barnet og familien.

Det er vigtigt at have særlig opmærksomhed på, hvordan barnet/den unge udvikler sig generelt. Som tidligere nævnt kan nogle funktionsnedsættelser hos børn og unge forværres med tiden. Det betyder, at det både ved lette og sværere hjerneskader er væsentligt at være opmærksom på, at der kan opstå yderligere følger senere i udviklingen (Sundhedsstyrelsen, 2011). Følgerne kan fx vise sig i 6 -7-års alderen, hvor der sker en forfinelse af de sproglige kompetencer og ved 12-års alderen, hvor der sker et kvantespring i forhold til at kunne kondensere, skabe mening og overblik over fx skolefaglige opgaver og sociale relationer. Det kan betyde, at børn/unge har behov for (løbende) revurdering på enten moderat eller højt niveau.

I rehabiliteringsforløbet (fase 3) er der ligeledes behov for, at der foretages en løbende tværfaglig vurdering af forløbet, herunder om barnet/den unge profiterer af indsatsen i forventeligt omfang. Der kan i perioder være behov for en vurdering af forløbet minimum hver tredje måned. Hvis det er tilfældet, at barnet/den unge ikke profiterer forventeligt af forløbet, bør der foretages fornyet udredning og revurdering af barnet/den unges behov og potentiale ved relevante specialister med henblik på en eventuel re-visitation.

I forhold til børn/unge med problemstillinger vedrørende psykisk trivsel og udvikling bør lærere, pædagogisk personale, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopæder og socialrådgivere, som varetager indsatser til børn og unge med erhvervet hjerneskade, kende til advarselssignalerne på psykiske vanskeligheder. Disse faggrupper er ofte sammen med barnet/den unge i dagligdagen og har derfor en særlig mulighed for at opspore tegn på psykiske vanskeligheder. De anførte faggrupper kan ikke altid selv vurdere, om der er tale om psykiske vanskeligheder, og de bør derfor have adgang til at drøfte deres observation med psykologer fra Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), et rehabiliteringstilbud eller med den praktiserende læge. PPR har generelt

en vigtig rolle i forhold til at vurdere de børn/unge, som ikke er i psykisk trivsel, og de har i den forbindelse et tæt samarbejde med børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. I de fleste regioner kan PPR også henvise dertil (Sundhedsstyrelsen, 2015).

På rehabiliteringstilbuddene bør der være tilknyttet psykologer med særlige kompetencer i forhold til udredning af psykiske vanskeligheder, så de kan foretage en vurdering af årsagen til barnets/den unges psykiske symptomer, og om de skal udredes og behandles i sundhedsvæsenet eller kan varetages som en del af rehabiliteringen (Sundhedsstyrelsen, 2015). Der kan desuden være behov for udredning og håndtering af emotionelle og tilknytningsmæssige vanskeligheder f.eks. hos børn, der har fået en erhvervet hjerneskade som følge af vold i familien. Dette bør afklares i samarbejde med den kommunale forvaltning, der ser på støtte til udsatte familier.

Når et barn/ung vender tilbage i dagtilbud eller skole, bør pædagogisk personale og lærere være særligt opmærksomme på, at opståede vanskeligheder kan være tegn på følger af den erhvervede hjerneskade, som blot slår igennem på et senere tidspunkt i barnet/den unges liv. Pædagogisk personale, lærere og forældre bør have mulighed for kontakt til fagpersoner med viden og kompetencer i forhold til børn/unge med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2015).

Børn/unge kan have behov for tilpasning af omgivelserne, fx har børn/unge med nedsat mobilitet typisk behov for tilpasning af bolig og/eller installering af hjælpemidler i hjemmet (Sundhedsstyrelsen, 2014).

4.1.2 Indsatser på socialområdet

På det sociale område er der i serviceloven en række kompenserende og støttende ydelser, der kan være relevante i forbindelse med børn/unge med erhvervet hjerneskade. Det drejer sig om ydelser til forældre til barnet/den unge som fx om tabt arbejdsfortjeneste og dækning af nødvendige merudgifter eller ledsagerordning for den unge (Social- og Indenrigsministeriet; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011). Ligeledes er det muligt jf. serviceloven at bevilge indsatser, der retter sig mod fx:

- Træning/genoptræning jf. § 11, stk. 3 eller § 52, stk. 3, nr. 10, hvis betingelserne herfor er opfyldt og der er behov for vedligeholdende træning i forbindelse med rehabiliteringsforløbet eller efter endt forløb, kan det bevilges jf. § 86 stk. 2: Det forudsættes, at hvis genoptræning ikke ydes efter anden lovgivning kan det bevilges efter serviceloven.
- Familieorienteret rådgivning og vejledning jf. § 11.
- Forebyggende indsatser jf. § 11
- Rådgivning, undersøgelse og behandling jf. § 11, stk. 3
- VISO-rådgivning jf. § 13
- Særligt dagtilbud jf. § 32
- Særligt klubtilbud jf. § 36
- Undersøgelse jf. § 50
- Pædagogisk, praktisk eller anden støtte i hjemmet jf. § 52
- Aflastningsordning, jf. § 55, i en plejefamilie, på et opholdssted eller på en døgninstitution, jf. § 66, stk. 1, nr. 1-4, 6 og 7.
- Anbringelsessted jf. § 66
- Personlig og praktisk hjælp jf. § 83
- Afløsning eller aflastning jf. § 84
- Hjælpemidler jf. § 112.
- Forbrugsgoder jf. § 113

- Støtte til køb af bil jf. § 114
- Boligændringer jf. § 116

4.1.3 Indsatser på tilstødende sektorområder

Kommunerne har efter gældende lovgivning mulighed for at visitere til indsatser inden for sundheds-, social- og undervisningsområdet, der alle kan indgå som elementer i et samlet rehabiliteringsforløb (Sundhedsstyrelsen, 2014). Nedenfor beskrives indsatser på sundhedsområdet og på specialundervisnings- og dagtilbudsområdet.

Sundhedsområdet

Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en person med erhvervet hjerneskade, pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at personen med erhvervet hjerneskade opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne. Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og anatomi, og træning af aktiviteter og deltagelse. Genoptræning udgør ofte en del af en bredere rehabiliteringsindsats på linje med andre tilbud, som samlet har det formål at forbedre eller vedligeholde personens funktionsevne. Genoptræningsindsatser, som varetages i henhold til sundhedslovens § 140, omfatter genoptræning varetaget af autoriserede sundhedspersoner. Dette indledes ofte på sygehus for efterfølgende efter udskrivning at overgå til egen læge og til kommunerne. Autoriserede sundhedspersoner er fx fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker, læger, bandagister, kliniske diætister m.fl. (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Specialundervisning og dagtilbud

Børn/unge vil forud for hjerneskaden næsten altid være tilknyttet et dagtilbud eller en skole. Afklaringen af, hvilket tilbud der er hensigtsmæssigt for barnet/den unge efter skaden, vil ofte først ske i forbindelse med et længerevarende udrednings- og rehabiliteringsforløb. Det er PPR, som vurderer behovet for specialpædagogisk bistand og specialundervisning (Sundhedsstyrelsen, 2011). PPR's vurdering af barnet/den unges behov sker i samarbejde med personale og ledelse på den skole eller det dagtilbud, barnet/den unge er tilknyttet og på baggrund af en helhedsorienteret og tværfaglig udredning.

For børn i småbarnsalderen vil nogle komme tilbage til deres dagtilbud med specialpædagogisk bistand⁶³ eller støtte efter dagtilbudsloven. For børn/unge i skolealderen vil nogle komme tilbage til deres skole med støtte, specialpædagogisk bistand, specialundervisning eller få et specialskoletilbud, oftest efter endt rehabiliteringsforløb eller i forbindelse med rehabiliteringsforløbet⁶⁴. Fagpersoner, der leverer indsatsen bør modtage løbende rådgivning, vejledning og supervision fra relevante fagpersoner, der har viden og kompetencer om børn/unge med erhvervet hjerneskade på moderat eller højt specialiseret niveau.

For unge der har gennemført folkeskolen, men ikke kan gennemføre en almen ungdomsuddannelse, kan der desuden være behov for STU (særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse) eller FGU (forberedende grunduddannelse).

⁶³ Jf. Bekendtgørelse om folkeskolens specialpædagogiske bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen.

⁶⁴ Jf. Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand

4.2 Målgruppens behov for indsatser inddelt på specialiseringsniveauer

Beskrivelsen af målgruppens behov for indsatser på de tre specialiseringsniveauer er inddelt i hhv.:

1. Indsatser, der retter sig mod funktionsevne
2. Indsatser til pårørende
3. Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer

Inddelingen følger dermed strukturen i beskrivelse af målgruppens kompleksitet jf. ICF, så figur 1 vedrører målgruppens funktionsevne og 2 og 3 vedrører personlige og omgivelsesspecifikke faktorer. Herudover beskrives behovet for tværfaglig og tværsektoriel koordinering af indsatsen på de to specialiseringsniveauer (jf. kriteriet om tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde i figur 2).

For børn og unge, som har behov for indsatser på moderat specialiseret niveau varetages rehabiliteringsforløbet som udgangspunkt i et tværfagligt samarbejde mellem relevante fagpersoner, der har viden og kompetencer i forhold til hjerneskaderehabilitering på moderat niveau. Rehabiliteringsforløbet foregår som hovedregel i samarbejde med det højt specialiserede niveau på grund af målgruppens lille volumen (Sundhedsstyrelsen, 2014).

For børn og unge, som har behov for indsatser på højt specialiseret niveau bør højt specialiserede rehabiliteringstilbud kunne varetage det samlede behov for rehabilitering samt indsatser målrettet forældre og søskende (Sundhedsstyrelsen, 2014). Fagpersonerne bør have viden og kompetencer i forhold til rehabilitering af børn/unge med erhvervet hjerneskade på højt specialiseret niveau.

4.2.1 Indsatser der retter sig imod funktionsevnenedsættelser

Træning efter serviceloven kan ske efter forskellige bestemmelser afhængig af, om der er tale om genoptræning⁶⁵, vedligeholdelsestræning⁶⁶ eller træning, herunder behandling (Ældre- og Sundhedsministeriet). Efter udskrivning fra sygehus vil indsatser af genoptrænende karakter være bevilget efter sundhedsloven på en genoptræningsplan.

Skemaet tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de to specialiseringsniveauer og beskriver det behov for indsatser, hver del af målgruppen typisk kan have. Dele af skemaet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen publikation "En faglig visitationsretningslinje" (Sundhedsstyrelsen, 2014), men er tilpasset og justeret i samarbejde med praksis.

Følgende er eksempler⁶⁷ på behov for indsatser hos børn/unge med erhvervet hjerneskade på henholdsvis moderat og højt specialiseret niveau. Der er tale om indsatser, som kan gives som

⁶⁵ Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en person med erhvervet hjerneskade, evt. pårørende og personale (fagperson). Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og træning af aktiviteter og deltagelse (Ældre- og Sundhedsministeriet).

⁶⁶ Vedligeholdelsestræning defineres som målrettet træning for at forhindre funktionstab, fastholde eller forbedre den hidtidige funktionsevne. Vedligeholdelsestræning omfatter vedligeholdelse af såvel fysiske som psykiske funktioner og færdigheder (Ældre- og Sundhedsministeriet).

⁶⁷ Eksemplerne bygger på henholdsvis Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner (Ældre- og Sundhedsministeriet), Sundhedsstyrelsens publikation (Sundhedsstyrelsen, 2014) og input fra praksis (specialistgruppen og fagligt netværk).

tillæg til en genoptræningsplan eller i forlængelse af de indsatser, som gives på genoptræningsplanen, når dette forløb er afsluttet. Felter i skemaet, der går på tværs af de to niveauer, angiver, at indsatsen finder sted på begge niveauer.

Tabel 3: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser der retter sig mod funktionsevne

Moderat	Højt
Indsatser der retter sig mod funktionsevne	
Børn/unge har behov for rehabiliteringsindsatser, herunder eventuelt vedligeholdelsestræning, der varetages af fagpersoner med særlige kompetencer inden for deres fagområde (Ældre- og Sundhedsministeriet). Fx • Genoptræning af alle relevante funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i relation til bevægelsesfunktioner, omsorg for sig selv, daglig livsførelse, bevægelse og færden (mobilitet) i og uden for hjemmet. • Særligt tilrettelagte indsatser i relation til eventuelle kognitive funktionsnedsættelser • Særlig træning i relation til sprogfunktioner og kommunikation • Genoptræning af spise og drikke, herunder synkefunktion.	Børn/unge har behov for rehabiliteringsindsatser, som varetages af fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde (Ældre- og Sundhedsministeriet). Fx • Specialiserede indsatser i forhold til håndtering af mobilitet • Specialiserede indsatser i forhold til håndtering af kognitive funktionsnedsættelser • Specialiserede indsatser i forhold til håndtering af kommunikation • Genoptræning af spise og drikke, herunder synkefunktion.
Socialpædagogisk bistand/støtte (Børne- og Socialministeriet). Fx • Socialpædagogisk bistand kan bestå af hjælp, rådgivning, støtte eller omsorg, således at den pågældende kan leve et liv på egne præmisser. • Socialpædagogisk bistand kan også bestå af oplæring i eller genoptræning af en række færdigheder, som sætter den pågældende i stand til at leve et så selvstændigt liv som muligt.	Socialpædagogisk bistand/støtte (Børne- og Socialministeriet). Fx • Socialpædagogisk bistand som et element i et samlet (integreret) tilbud om bl.a. rådgivning, støtte, hjælp til pleje, behandling, træning eller ledsagelse til personer uanset deres boform.
Træning i forbindelse med særligt dagtilbud eller særligt klubtilbud, hvor der tilbydes pædagogisk støtte, behandling til barnets/den unges udvikling (Social- og Indenrigsministeriet).	
Botilbud med henblik på at varetage omsorg og sikre trivsel og udvikling for børn/unge. Tilbuddet arbejder målrettet med fx at understøtte uddannelse og/eller beskæftigelse. Botilbud kan fx være døgninstitution, efterskoler, frie fagskoler og frie grundskoler med kostafdeling (Social- og Indenrigsministeriet).	
Rådgivning til barnet/den unge og forældrene (Social- og Indenrigsministeriet).	

Moderat	Højt
Fx • Vejledning i forhold til håndtering af særlige vanskeligheder • Lejring og forflytninger af barnet/den unge • Træning/vedligeholdende træning i hverdagen, herunder ADL (Almindelig Daglig Livsførelse) • Energiforvaltning, struktur og overblik • Vejledning i forhold til barnets/den unges funktionsniveau, herunder eventuelt kompensatoriske strategier til forældre og søskende. Rådgivning om valg af hjælpemidler og forbrugsgoder samt instruktion i brugen heraf (Social- og Indenrigsministeriet). Vejledende specialrådgivning via Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO), som kan bistå kommuner, tilbud og forældre/pårørende med gratis vejledende specialrådgivning i de mest specialiserede og komplicerede enkeltssager, Tilsvarende ydes gratis specialrådgivning til kommuner, regioner, skoler og institutioner m.v. om specialundervisning og specialpædagogisk bistand (Social- og Indenrigsministeriet).	

4.2.2 Indsatser til pårørende

Følgende er eksempler på behov for indsatser til pårørende hos målgruppen med behov på henholdsvis moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de to specialiseringsniveauer og beskriver det behov for indsatser, hver del af målgruppen typisk kan have.

Tabel 4: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser der retter sig mod funktionsevne

Moderat	Højt
Indsatser til pårørende	
Familieorienteret rådgivning og familierettede indsatser med henblik på løsning af vanskeligheder i familien (Social- og Indenrigsministeriet). Fx • Familieuddannelse, herunder et særligt fokus på støtte til søskende • Støttende indsatser til familien.	Familieorienteret rådgivning og familierettede indsatser med henblik på løsning af vanskeligheder i familien (Social- og Indenrigsministeriet). Fx • Psykoedukation • Støttende indsatser til familien. • Rådgivning ift. at forstå det system, forældrene med barnets/den unges hjerneskade er blevet del af
Afløsning og/eller aflastning til forældre (Social- og Indenrigsministeriet).	
Forebyggende indsatser (Social- og Indenrigsministeriet).	
Fx • Netværks- eller samtalegrupper med andre forældre og søskende i samme situation.	

4.2.3 Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer

Følgende er eksempler på behov for indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer hos målgruppen med behov på henholdsvis moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de to specialiseringsniveauer, og beskriver det behov for indsatser, hver del af målgruppen typisk kan have.

Tabel 5: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer

Moderat	Højt
Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer	
Rådgivning til barnet/den unge (Social- og Indenrigsministeriet).	Rådgivning til barnet/den unge (Social- og Indenrigsministeriet).
Fx Individuelle eller gruppesamtaler med fx psykolog i forhold til identitet og følelsesmæssige udfordringer, som vedrører den erhvervede hjerneskade.	Fx Individuelle samtaler med fx psykolog, hvor barnet/den unge har svært ved at arbejde med vanskelighederne fx på grund af manglende indsigt i egne problemstillinger. Typisk vil denne indsats være en integreret del af et rehabiliteringstilbud.
Behov hos unge for at være i et ungemiljø, hvor det er muligt at spejle sig i og udvikle sig sammen med andre unge med erhvervet hjerneskade, hvis de 'tidligere' venner rykker videre i livet og eventuelt forsvinder (Social- og Indenrigsministeriet).	
	Massiv støtte ift. emotionel trivsel og udvikling fx til et barn, som har fået en hjerneskade som følge af vold i familien.

4.3 Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde

For børn/unge med erhvervet hjerneskade er der typisk behov for at sikre et tæt, koordineret fagligt samarbejde imellem de involverede fagpersoner (inkl. pædagogisk personale, lærere og sagsbehandlere), og med inddragelse af barnets/den unges familie, i det omfang det er muligt. Fagpersoner omkring barnet/den unge bør sikres viden om børn og unge med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Koordinering af indsatsen kan fx varetages i en hjerneskadekoordineringsfunktion. Den enkelte kommune har som oftest kun få børn/unge med erhvervet hjerneskade, hvorfor en hjerneskadekoordineringsfunktion på børne- og ungeområdet fx vil kunne etableres i et tværkommunalt samarbejde. Hjerneskadekoordineringsfunktionen kan fx udpege en tovholder eller kontaktperson i forhold til det enkelte barn/ung med hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Det er få kommuner, som har etableret en særskilt hjerneskadekoordineringsfunktion i forhold til børn/unge med erhvervet hjerneskade. I mange kommuner varetages den koordinerende opgave således af PPR og/eller af socialrådgivere i socialforvaltningen. I nogle kommuner vil der være tilknyttet børneneuropsykologer til koordineringsfunktionen (Sundhedsstyrelsen, 2015).

Fagpersoner bør være opmærksomme på overgangssituationer i barnets/den unges liv, som fx overgang fra dagtilbud til skole og fritidsordning, overgangen fra skoleafslutning til ungdomsuddannelse samt overgangen fra et indsatsforløb til et andet. Dette med henblik på, at relevant viden viderefremmes og ikke går tabt i overgangen. Ligesom der er særlige udfordringer med overgangen fra ung til voksen, når den unge fylder 18 år. Parallelt hermed vil der være administrativt betydningsfulde overgange imellem de forskellige afdelinger og forvaltninger i kommunen (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Kommunen kan fx etablere et samarbejde med tilbud på højt specialiseret niveau. Samarbejdet kan være omkring generel kompetenceudvikling, herunder supervision og rådgivning, men også interventioner i forhold til barnet og familien. Derudover kan samarbejdet omfatte rådgivning i konkrete forløb i forhold til problemstillinger i relation til fx mentale funktionsnedsættelser, sprogfunktioner, kommunikation, uddannelse, adfærd og/eller personlighedsmæssige ændringer (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Dele af skemaet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen publikation "En faglig visitationsretningslinje" (Sundhedsstyrelsen, 2014), men er tilpasset og justeret i samarbejde med praksis. Felter i skemaet, der er tomme, angiver, at det ikke er en typisk indsats på det respektive niveau – og felter, der går på tværs, angiver, at indsatsen finder sted på flere niveauer.

Tabel 6: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer

Moderat	Højt
Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde	
Indsatsen varetages som udgangspunkt i et tværfagligt samarbejde mellem fagpersoner på social-, sundheds-, dagtilbuds- og undervisningsområdet.	Indsatsen varetages som udgangspunkt af et (eller flere) højt specialiserede rehabiliteringstilbud. Ansvaret for koordinering af det samlede forløb placeres på ét af rehabiliteringstilbudene.
Indsatserne organiseres i et koordineret, tværfagligt samarbejde mellem de relevante fagpersoner fx lærere, pædagogisk personale, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, audiologopæder m.fl.	Rehabiliteringsindsatsen organiseres som teambaserede (interdisciplinære), tværfaglige, helhedsorienterede forløb, hvor timing og faglig koordination af den samlede højt specialiserede rehabiliteringsindsats er afgørende.
Behov for indsatser flere gange om ugen varetaget af flere forskellige faggrupper.	Behov for indsatser flere gange om ugen – for nogle hver dag, varetaget af flere forskellige faggrupper.
Indsatserne foregår som hovedregel i samarbejde med det højt specialiserede niveau på grund af det lille volumen af børn/unge med erhvervet hjerneskade.	Højt specialiserede tilbud kan i det tilfælde, hvor der er behov herfor, samarbejde med andre højt og/eller moderat specialiserede tilbud om sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

Moderat	Højt
Indsatsen vil typisk være forankret i barnets/den unges nærmiljø. Der kan forekomme indsatser, som vil være uden for barnets/den unges nærmiljø.	Indsatsen vil typisk være forankret i ét (eller flere) rehabiliteringstilbud, som ikke nødvendigvis er i barnets/den unges nærmiljø.
Indsatser på tværs af sundheds-, social-, og undervisningsområdet kan leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og eventuelt private tilbud.	Rehabiliteringstilbuddet varetager oftest opgaver på tværs af sundheds- og socialområdet. Højt specialiserede rehabiliteringstilbud bør kunne varetage det samlede behov for rehabilitering til børn/unge med erhvervet hjerneskade samt indsatser målrettet forældre og søskende.
Børn/unge kan have følgetilstande til den erhvervede hjerneskade som fx epilepsi, tonusforstyrrelse samt eventuel komorbiditet, hvorfor der er behov for et samarbejde med sygehusets læger og/eller barnets/den unges praktiserende læge.	

5. Fagligt indhold (parameter 4)

I dette afsnit beskrives målgruppens behov for fagligt indhold (parameter 4) i indsatsen, hvad angår kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi. I afsnittet beskrives kompetencer og brug af hjælpemidler og teknologi inddelt på de to specialiseringsniveauer, mens afsnittet om metoder gælder alle niveauer.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 4, fagligt indhold (udklip fra figur 2)

	Let	Moderat	Højt
Fagligt indhold	Den sociale indsats indebærer typisk behov for generelle og målgruppespecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for mere målgruppespecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for meget målgruppespecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.

5.1 Kompetencer

På både moderat og højt specialiseret niveau er der behov for, at de fagpersoner, der leverer indsatserne, har viden og kompetencer om børn og unge med erhvervet hjerneskade. Tilbud, som modtager børn og unge med erhvervet hjerneskade, hvor fagpersonerne ikke har tilstrækkelig viden og kompetencer om målgruppen, grundet det lille volumen i antallet, bør modtage løbende rådgivning, vejledning og supervision fra relevante fagpersoner, der har viden og kompetencer om børn/unge med erhvervet hjerneskade på moderat eller højt specialiseret niveau.

Alt afhængig af de indsatser, som tilbuddet leverer, har de typisk ansat fysioterapeuter, ergoterapeuter, audiologopæder, børneneuropsykologer, sygeplejersker, lærere/speciallærere og pædagogisk personale/specialpædagoger. Derudover kan det være nødvendigt også at samarbejde med fx neuropædiatere, ortopædkirurger, bandagister, kliniske diætister, synskonsulenter, optometriste, IKT konsulenter, sagsbehandlere, familiebehandlere, praktisk hjælp (handicaphjælpere/aflastningstilbud) m.fl. (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Viden og kompetencer relateret til erhvervet hjerneskade handler blandt andet om at:

- have viden om erhvervet hjerneskade hos børn/unge
- have viden om rehabilitering og rehabiliteringsprincipper
- have viden om neuropædagogik
- have viden om børneneuropsykologi
- kunne arbejde tværfagligt
- kunne inddrage barnet/den unge og dennes forældre i rehabiliteringsindsatsen
- have viden om alternativ og supplerende kommunikation og kunne tilpasse kommunikationen til barnets/den unges funktionsniveau
- hære rutineret i hjerneskadespecifikke monofaglige udredningsmetoder
- kunne foretage monofaglige refleksioner, herunder fastsætte relevante mål og udvælge faglige tilgange og metoder, planlægge og koordinere indsatsen.

Fagpersonernes indsigt i og viden om barnets/den unges følger af den erhvervede hjerneskade er afgørende. Det er vigtigt at sikre, at relevante fagpersoner er tilstede og tilgængelige, så barnet/den unge kan modtage en indsats, der er individuelt tilrettelagt i forhold til både indhold, timing og intensitet (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Højt specialiserede indsatser og tilbud på det sociale område bidrager til det samlede rehabiliteringsforløb, som også kan bestå af indsatser fra dagtilbuds-, undervisnings- og sundhedsområdet. For rehabiliteringstilbud, der også leverer sundhedsfaglige indsatser varetaget af autoriserede sundhedspersoner, gælder der særlige kvalitetskrav (Sundhedsstyrelsen, 2014).

I nedenstående skema forudsættes det, at fagpersoner på højt specialiseret niveau også har erfaring, viden og kompetencer beskrevet på moderat niveau.

Dele af skemaet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen publikation "En faglig visitationsretningslinje" (Sundhedsstyrelsen, 2014), men er tilpasset og justeret i samarbejde med praksis.

Tabel 7: Fagligt indhold (parameter 4) – Kompetencer

Moderat	Højt
Praksiserfaring og uddannelsesmæssige kompetencer	
Fagpersoner har særlige kompetencer i form af indgående og specifik viden om eget fag og i forhold til børn/unge med erhvervet hjerneskade på moderat niveau.	Fagpersoner har specialiserede kompetencer i form af omfattende viden om eget fag i forhold til børn/unge med erhvervet hjerneskade på højt niveau.
Fagpersoner har: • Stor rutine og erfaring med eget fag og hjerneskade-rehabilitering, herunder rehabiliterings-principper på moderat - eller højere niveau	Fagpersoner har: • Omfattende rutine og erfaring med eget fag og hjerneskaderehabilitering, herunder rehabiliteringsprincipper på højt niveau

Moderat	Højt
Mere end to års erfaring med hjerneskade-rehabilitering til børn/unge med erhvervet hjerneskade hos minimum halvdelen af medarbejderne. Fagpersoner arbejder som minimum ud fra lovende praksis og nyeste viden, og medvirker til praksisudvikling.	Mere end fire års erfaring med hjerneskaderehabilitering til børn/unge med erhvervet hjerneskade hos minimum halvdelen af medarbejderne. Fagpersoner arbejder ud fra lovende praksis, nyeste viden og evidens på området, og medvirker til praksisudvikling og forskning, fx via formelle samarbejdsaftaler med forsknings- og uddannelsesinstitutioner.
Kompetencer relateret til fagmiljø	
Fagpersoner kan yde rådgivning, vejledning og supervision til fagpersoner, der ikke har tilstrækkelig viden og kompetencer om børn/unge med erhvervet hjerneskade.	Fagpersoner kan yde rådgivning, vejledning og supervision til fagpersoner på moderat niveau samt fagpersoner, der ikke har tilstrækkelig viden og kompetencer om børn/unge med erhvervet hjerneskade.
Fagpersoner har adgang til faglig rådgivning, vejledning og supervision fra højt specialiseret niveau.	Fagpersoner modtager fast og hyppig supervision.
Kompetencer relateret til aktiv praksis	
Fagpersoner arbejder primært med indsatser til børn/ unge med erhvervet hjerneskade.	Fagpersoner arbejder i alt overvejende grad med indsatser til børn/unge med erhvervet hjerneskade på højt specialiseret niveau.
Kompetencer relateret til samarbejdsformer	
Fagpersoner kan indgå i og bidrage med kompetencer ind i et koordineret, tværfagligt samarbejde.	Fagpersoner kan indgå i og bidrage med kompetencer ind i et teambaseret, tværfagligt (interdisciplinære) og helhedsorienteret samarbejde.

5.2 Metoder

I indsatser til børn/unge med erhvervet hjerneskade vil der være en række af metoder og tilgange, som anvendes afhængigt af barnet/den unges funktionsnedsættelser⁶⁸. De samme metoder og tilgange kan ofte anvendes på tværs af specialiseringsniveauer. Forskellen i specialiseringsniveau er dermed ikke udelukkende relateret til de metoder og tilgange, der anvendes i indsatsen, men mere relateret til de kompetencer og den viden og erfaring, som fagpersonerne på de enkelte niveauer har.

Afhængigt af problemstillingen kan der være tale om fx følgende tilgange og metoder:

- Støtte til energiforvaltning
- Struktureret visualiseret specialpædagogik

⁶⁸ For nærmere beskrivelse af konkrete indsatser og tilgange se Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2011).

- Samarbejdsbaseret problemløsning
- ADL-træning (Almindelig Daglig Livsførelse)
- Fysisk træning
- Fejlfri læring
- Støtte af hukommelsesfunktion
- Sanseorienteret tilgang
- Affektregulerings- og konflikthåndteringstilgang
- Low arousal
- Multimodal Communication Strategy
- Kognitiv affektiv træning
- Empowerment

5.3 Hjælpemidler og teknologi

Børn/unge med erhvervet hjerneskade kan have brug for hjælpemidler, herunder teknologi til at kompensere for eller lette nogle af følgerne af hjerneskaden. Fagpersonernes forudsætninger for at tilpasse og instruere i brug af hjælpemidler vil være forskellig afhængig af specialiseringsniveau.

Følgende er eksempler på behov for hjælpemidler hos målgruppen med behov på henholdsvis moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 2) på de to specialiseringsniveauer og beskriver det behov for hjælpemidler og teknologi, hver del af målgruppen typisk kan have.

Tabel 8: Fagligt indhold (parameter 4) – Hjælpemidler og teknologi

Moderat	Højt
Hjælpemidler og teknologi	
Der kan anvendes almindeligt forekommende hjælpemidler og udstyr, som kræver særlige kompetencer at anvende (Brandt & Christensen, 2018). Fx • Hjælpemidler i relation til mobilitet og færden, hjælpemidler i hjemmet til fx understøttelse af daglige aktiviteter, særlig teknologi til kommunikation samt støtteforanstaltninger i teknologisk form til fx strukturering af dagligdagen eller en enkelt aktivitet (Sundhedsstyrelsen, 2014).	Der kan anvendes hjælpemidler og udstyr som kræver særlige kompetencer at anvende, herunder individuelt tilpassede og specialfremstillede hjælpemidler (Brandt & Christensen, 2018). Fx • Særlige hjælpemidler, herunder kommunikationsudstyr, som kræver betydelig ekspertise, tilpasning og anvendelse samt andre avancerede tekniske hjælpemidler, som kræver særlige kompetencer hos fagpersonerne (Sundhedsstyrelsen, 2014).
Undervisning, supervision af og sparring med forældre, søskende og netværk i alternativ og supplerende kommunikation.	Undervisning, supervision af og sparring med forældre, søskende og netværk i alternativ og supplerende kommunikation. Indsatsen bør gives af fagpersoner, som er en del af et højt specialiseret rehabiliteringstilbud.

Moderat	Højt
Fagpersoner kan tilpasse hjælpemidler inden for deres fagområde og instruere eller træne barnet/den unge i anvendelse af hjælpemidlet (Brandt & Christensen, 2018).	Fagpersoner kan indstille/tilpasse alle typer af hjælpemidler inden for deres fagområde i samarbejde med relevante samarbejdspartnere (Brandt & Christensen, 2018). Fagpersoner koordinerer og deltager i instruktion og oplæring af barnet/den unge og dennes netværk i samarbejde med andre relevante faggrupper ud fra aktuelt bedste viden og erfaring (Brandt & Christensen, 2018).

Referencer

- Brandt, Å., & Christensen, D. N. (2018). *Kompetenceprofiler for ergoterapeuter på hjælpemiddelområdet - anbefalinger om viden, færdigheder og*. Ergoterapeutforeningen.
- Børne- og Socialministeriet. (u.d.). *VEJ nr 10284 af 11/12/2017 Vejledning om socialpædagogisk bistand, støtte- og kontaktpersoner, behandling og pasning af nærtstående efter reglerne i serviceloven*. Hentet fra www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2017/10284.
- Glintborg, C. (2015). *Grin mennesket*.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2011). *Vejledning om kommunal rehabilitering*.
- Johnson, J. (2015). Inter-professional team collaboration in stroke survivor care: a review of the literature. *Perspectives*, 38(2), s. 20-24.
- Karol, R. L. (2014). Team models in neurorehabilitation: structure, change, and culture change. *Neurorehabilitation*(34), s. 655-669.
- Körner, M., Bütof, S., Müllera, C., Zimmermann, L., Becker, S., & Bengel, J. (2016). Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: a systematic review. *Journal of interprofessional care*, 30(1), s. 15–28.
- Marselisborgcentret. (2011). *Marselisborgcentret. ICF og ICF-CY - En dansk vejledning til brug i praksis, International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. Revideret*.
- Rehabiliteringsforum Danmark; MarselisborgCentret. (2004). *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Hentet fra www.rehabiliteringsforum.dk.
- Schiøler, G., & Dahl, T. (2003). *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*. København: Munksgaard.
- Social- og Indenrigsministeriet. (u.d.). *LBK nr 1287 af 28/08/2020 Bekendtgørelse af lov om social service*.
- Socialstyrelsen. (2020). *Ny metodehåndbog til Voksenudredningsmetoden, VUM 2.0*.
- Socialstyrelsen. (Forventes udgivet i 2021). *Forløbsbeskrivelse. Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade - på det mest specialiserede social- og speciaundervisningsområde*.
- Sundheds- og Ældreministeriet. (u.d.). *BEK nr 918 af 22/06/2018 Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus*.
- Sundhedsdatastyrelsen. (2020). *Dataopgørelse vedrørende voksne med erhvervet hjerneskade*.
- Sundhedsstyrelsen. (2011). *Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade*.
- Sundhedsstyrelsen. (2011). *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI)- traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*.
- Sundhedsstyrelsen. (2011). *Hjerneskaderehabilitering - En medicinsk teknologivurdering. Hovedrapport*.
- Sundhedsstyrelsen. (2014). *Genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade. En faglig visitationsretningslinje*.
- Sundhedsstyrelsen. (2014). *Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade - En faglig visitationsretningslinje*.

- Sundhedsstyrelsen. (2015). *Udredning og behandling af børn og unge med erhvervet hjerneskade og samtidig psykisk lidelse. En faglig visitationsretningslinje.*
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Slutevaluering af styrket indsats til unge med erhvervet hjerneskade.*
- Sundhedsstyrelsen. (2020). *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade - apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI) - traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati.*
- Sundhedsstyrelsen. (2020). *Anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne - hos voksne med erhvervet hjerneskade.*
- Ældre- og Sundhedsministeriet . (u.d.). VEJ nr 9538 af 02/07/2018 Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner.

Bilag 1: Specialistgruppen og øvrig faglig kvalitetssikring

Specialistgruppen

Følgende har deltaget i specialistgruppen på enten børne- eller voksenområdet:

- Anne Lindø, Hjerneskadecenter Virum
Udpeget af Danske Regioner
- Astrid Riber, Vejlefjord Rehabilitering
Udpeget af Vejlefjord rehabilitering
- Birgitte Hysse Forchhammer, Hjernesagen
Udpeget af Hjernesagen
- Camilla Højgaard Nejst, Socialstyrelsen
- Hana Mala Rytter, Københavns Universitet
Udpeget af Københavns Universitet
- Helle Koldorf, Kildebo, Faxe Kommune
Udpeget af Kildebo, Faxe Kommune
- Ina Merete Schmidt, Center for Hjerneskade
Udpeget af Center for Hjerneskade
- Line Riddersholm, Sundhedsstyrelsen
Udpeget af Sundhedsstyrelsen
- Lise Holten, KL
Udpeget af KL
- Lise Vide Petersen, Hjerneskadecenter Virum
Udpeget af Hjerneskadecenter Virum
- Lisbeth Harre, Socialtilsyn Hovedstaden
Udpeget af de fem socialtilsyn
- Lone Fjeldborg, Hjerneskadecenter Virum
Udpeget af Hjerneskadecenter Virum
- Maja Klamer Løhr, Hjernesagen
Udpeget af Hjernesagen
- Maria Dalby Pedersen, Kommunikationscentret Hillerød
Udpeget af Styrelsen for Undervisning og Kvalitet (STUK)

- Mette Lund Møller, Socialstyrelsen
- Mette Underbjerg, Vejlefjord Rehabilitering
Udpeget af Vejlefjord rehabilitering
- Morten Lorenzen, Hjerneskadeforeningen
Udpeget af Hjerneskadeforeningen
- Ole Nissen, Geelsgårdskolen
Udpeget af Styrelsen for Undervisning og Kvalitet (STUK)
- Signe Egede Petersson, CSU Slagelse
Udpeget af CSU Slagelse
- Tanja Bach Laursen, Horsens Kommune
Udpeget af KL
- Uffe Jonasson Poulsen, Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR)
Udpeget af Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR)

Formandskab og sekretariatsfunktion er varetaget af Socialstyrelsen.

Øvrig faglig kvalitetssikring

Følgende har bidraget til faglig kvalitetssikring på enten børne- eller voksenområdet:

- Alina Junk Hansen, Ny Fjordbo
- Anders Degn Pedersen, Selskabet Danske Neuropsykologer
- Birthe Rusike, Børneneuropsykologisk Selskab
- Charlotte Glintborg, Aalborg Universitet
- Danny Melloul, Lionskollegiet
- Jan C. L. Jensen, Hjerneskerådsgivningen, Odense
- Kamilla Mercado, Socialstyrelsen, VISO
- Mette Kofoed, Kommunikationscentret Hillerød
- Mirjam Gismervik, Socialstyrelse, VISO
- Peder Sobarnia Dichmann, Bo- og Rehabiliteringscentret Bjerggårdshaven
- Rigmor Lond, KL
- Rikke Koch-Poulsen, Nørrebroergskolen
- Trine Schow, BOMI



Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk