

EVALUERING AF DET UDGÅENDE NEUROREHABILITERINGSTEAM



KØBENHAVNS KOMMUNE
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Center for Kvalitet og Sammenhæng

Indhold

RESUMÉ	3
BAGGRUND OG FORMÅL.....	4
ANBEFALINGER.....	4
ERFARINGER.....	6
Tilfredshed	6
Målgruppe	6
Længde på forløb	7
FAGLIG KVALITET TIL GAVN FOR BORGEREN	9
Situert læring	9
Borgernes egne mål.....	10
Effekt ved træningen	11
Neurofaglig viden	12
EKSTRA VÆRDI I REHABILITERINGEN.....	13
Koordinering	13
Tryghed	13
Forebyggelse	13
ORGANISERING AF INDSATSEN	14
Sammensætning af teamet	14
Samarbejde med andet personale på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret	14
Støtte i borgerens hjem	15
Hjælpebidler.....	15
Transporttid for teamet.....	16

RESUMÉ

Borgere, der er indlagt på et døgnophold til rehabilitering i fase 3¹ på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret, har kunnet få en indsats med et udgående neurorehabiliteringsteam fra 2014-2016. Det udgående neurorehabiliteringsteams primære opgave var at sikre *transfer*² af opnåede færdigheder i rehabiliteringsfasen på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret til borgerens hjem, så borgeren i højere grad kunne få gavn af disse i sin dagligdag derhjemme. Teamets erfaring er, at borgerne havde lettere ved at anvende deres nye færdigheder, da rehabiliteringen fandt sted i deres eget hjem i den konkrete kontekst, hvor færdighederne fremadrettet skulle bruges. Derudover har indsatsen betydet, at borgerne har oplevet tryghed i overgangen til deres hjem, pårørende og kommunalt personale har fået vejledning og supervision og øvrige kommunale indsatser er blevet koordineret. Erfaringer med indsatsen er gjort op fra maj 2014 til slut november 2015.

Samlet antal borgere (maj 2014-november 2015)	45 borgere (16 kvinder og 29 mænd)
Aldersgennemsnit	65 år (32-86 år)
Hyppigste diagnose	Apopleksi (35 borgere)
Median opholdslængde på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret	79 dage (24-211 dage)
Gennemsnitlig tid med teamet	46 dage (4-223 dage)
Gennemsnitligt antal besøg i hjemmet	19 besøg (2-63 besøg)

Teamet testede forskellige effektmålingsredskaber (RSS, MAS, Barthel, COPM, AMPS og SSQOL). Konklusionen var, at der ikke kunne peges på signifikante resultater på grund af den begrænsede volumen af borgere inkluderet i projektet, og at teamet ikke fandt redskaberne anvendelige i hjemmet. Livskvalitetstesten WHO-5 kan dog være god til at vurdere borgernes trivsel og eventuelle tegn på depression.

Der er ikke noget entydigt svar på, om borgerne, der får indsatsen, har brug for mere eller mindre støtte i hjemmet. Den hjælp, som borgerne modtager i forbindelse med at komme hjem, er dog ofte en reduktion i forhold til niveauet for hjælp på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret. I og med at borgerne fik rehabilitering til at kunne overføre de tillærte funktioner fra centret til deres dagligdag derhjemme, blev de mere selvhjulpne, end de var under deres døgnophold på centret.

Fra projektet konkluderes, at et udgående neurorehabiliteringsteam er velegnet til borgere med erhvervet hjerneskade i forløbet fra en indsats i fase 3 og i overgangen til borgerens eget hjem. Projektets erfaringer peger desuden på, at indsatsen ser ud til at kunne være med til at forkorte borgerens ophold på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret. Vigtige forudsætninger herfor er ledelsesmæssig understøttelse, nem adgang til midlertidige hjælpemidler, indsatser for borgere med ringe socialt netværk og et tæt samarbejde med hjemmeplejen.

¹ Sundhedsstyrelsen skitserer i rapporten Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering fra 2011 en faseopdeling af neurologiske rehabiliteringsforløb. Fase 3 er 'Rehabilitering efter udskrivelse fra hospital'. Side 7.

² *Transfer* betyder, at borgere med erhvervet hjerneskade kan overføre det, som de træne i deres rehabilitering, til deres dagligdag.

BAGGRUND OG FORMÅL

”Transfer af viden og færdigheder er et helt centralt element i hjerneskaderehabilitering, hvorfor der er behov for øget fokus og viden om feltet.”³

Der er evidens for, at det forbedrer borgernes prognose, hvis de tidligt kommer hjem med en rehabiliteringsindsats varetaget af et tværfagligt team med neurologiske kompetencer.⁴ Det var udgangspunktet for et pilotprojekt om et udgående neurorehabiliteringsteam på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret. Tre medarbejdere – en ergoterapeut, en fysioterapeut og en sygeplejerske – blev ansat i projektperioden fra 2014 til medio 2016.

Pilotprojektet fik 1.200.000 kr. årligt fra 2014 til medio 2016 i budgetforhandlinger for 2014. Der blev søgt om forlængelse af projektet i budgetforhandlingerne for 2016, hvilket der ikke blev givet midler til. Projektet afsluttes derfor, som planlagt, i juni 2016.

Formålet var at udvikle og afprøve et organisatorisk tværfagligt neurorehabiliteringsteam, som havde en udgående funktion og udførte rehabiliteringsindsatsen i borgernes hjem. Qua evidensen skulle det føre til, at færdigheder, borgerne havde trænet på døgnopholdet, blev overført til deres dagligdag, hvor færdighederne skulle benyttes fremover. Borgerne skulle herved blive mere selvstændige i egen livsførelse, fastholde deres funktionsniveau, få mindre behov for hjemmepleje og få øget livskvalitet.

Det var ikke et formål at finde en mindre omkostningstung løsning, end hvis borgerne fik deres rehabilitering på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret. Dog var der en formodning om, at borgernes ophold på centret hurtigere kunne blive afsluttet og frigive en plads til en ny borger, i kraft af at en del af rehabiliteringsforløbet blev flyttet til borgernes hjem.

ANBEFALINGER

Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret oplever, at et udgående neurorehabiliteringsteam er en velegnet indsats til borgere med erhvervet hjerneskade, der er i fase 3 af deres rehabiliteringsforløb på centret og skal overgå til hjemmet. Hvis et udgående neurorehabiliteringsteam kunne etableres som et varigt tilbud på centret, ville der være behov for en optimering af indsatsen på baggrund af de sidste års udvikling og afprøvning. Det vil føre til, at borgere på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret også fremadrettet kunne opnå de positive effekter, som projektet har vist.

Erfaringerne viser, at et udgående neurorehabiliteringsteam kan:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Gøre borgerne mere selvhjulpne ved at understøtte dem i at overføre færdigheder, der opnået under opholdet på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret, og sikre at borgerne kan anvende færdighederne derhjemme. |
| <ul style="list-style-type: none">• Målrette borgerens genoptræning, forebygge funktionstab og implementere hjælpemidler i hjemmet ud fra deres faglige viden på hjerneskadeområdet. |
| <ul style="list-style-type: none">• Opkvalificere andet personale i hjemmet ud fra borgerens individuelle behov, som opstår på grund af hjerneskaden. |
| <ul style="list-style-type: none">• Skabe sammenhæng i borgerens forløb ved at koordinere træningsindsatsen med andet personale. |
| <ul style="list-style-type: none">• Gøre borgeren tryk, da teamet har viden om hjerneskader og følger, og fordi borgeren |

³ Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen, 2011. Side 125

⁴ Larsen, Torben: *Hjemmetræning af patienter med apopleksi*. Sundhedsstyrelsen 2005

kender teamet fra Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret.

Det anbefales at følgende erfaringer og justeringer vil være udgangspunktet for etableringen af et varigt team, hvis dette skulle blive muligt.

Når borgeren skal til at anvende deres nye eller genoptrænede færdigheder derhjemme, viser erfaringerne, at det er afgørende, at de får hjælp af medarbejdere med neurofaglig specialviden. Det er væsentligt, at et team i en varig indsats har neurofaglige kompetencer til at håndtere borgernes problemstillinger, der er relateret til hjerneskaden. For at kunne komme hele vejen rundt om borgerens problemstillinger, har det også vist sig som en styrke med tværfaglighed i et udgående neurorehabiliteringsteam.

I projektperioden har teamet med tre årsværk til en fysioterapeut, en ergoterapeut og en sygeplejerske – sidstnævnte på deltid – kunne løse følgende opgaver for borgerne:

- Proceslæring i hjemmet med ergoterapeuten.
- Styrketræning, udholdenhed, trappetræning, cykeltræning og parktræning med fysioterapeuten.
- Vurdering af hjælp (fx stomipleje og insulininjektionshjælp) og aftaler om overtagelse af hjemmesygeplejen ved sygeplejersken.
- Oplæring og supervision til hjemmepleje og hjemmesygepleje samt koordinering af rehabiliteringsopgaver derhjemme ved hele teamet.
- Koordinering af opgaver med den ambulante rehabilitering på centret ved ergo- og fysioterapeuten.

Derudover har teamet løst opgaver i regi af projektet og udviklet indsatsen såsom ved at udarbejde samarbejdsaftaler, deltage i møder, indhente data til evaluering med mere.

Qua erfaringerne fra projektperioden vurderes det, at den bedste konstellation af et fremtidigt team vil være halvandet årsværk til en ergoterapeut, et halvt årsværk til en sygeplejerske og et halvt årsværk til en fysioterapeut. Det vil være svarende til en årlig lønudgift på 1.300.000 kr.

Baggrunden for det reviderede sammensætning af teamet er, at erfaringerne har vist, at visse opgaver kan varetages af andet personale, som teamet i projektperioden kom i kontakt med. Det betyder, at det ikke er nødvendigt med en sygeplejerske på fuld tid i teamet til at vurdere og varetage sygeplejefaglig indsats i relation borgerens hjerneskade, da hjemmesygeplejen kan varetage sygeplejeopgaverne efter instruktion og information. Samme gør sig gældende for fysioterapeutens funktion i teamet, da den ambulante træning på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret i høj grad kan give borgeren styrketræning på centret eller trappetræning med hjemmetræning. Det har samtidig vist sig i projektperioden, at det er ergoterapeutens kompetencer, der er stort behov for i indsatsen i hjemmet, hvorfor der vil være behov for en opnormering heraf i et fremtidigt team. Et tværfagligt team med den nye konstellation vil primært have fokus på at sikre transfer af borgerens færdigheder og styrke borgeren i at klare sig bedst muligt derhjemme. Teamet vil skulle løfte følgende opgaver:

- Proceslæring i hjemmet med ergoterapeuten.
- Træning med fokus på transfer af fysiske færdigheder med fysioterapeuten.
- Støtte og vejledning til pårørende samt tidlig opsporing af følgesygdomme med sygeplejersken.

- Oplæring og supervision til hjemmepleje og hjemmesygepleje samt koordinering af rehabiliteringsopgaver derhjemme ved hele teamet.
- Koordinering af opgaver med den ambulante rehabilitering på centret ved ergo- og fysioterapeuten.

Det estimeres, at et team på 2,5 medarbejdere årligt vil kunne varetage forløb for cirka 70 borgere. Til sammenligning havde Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret i 2015 i alt 143 forløb på de neurologiske døgnpladser. Det vurderes, at ikke alle borgere vil have behov for indsatsen med et udgående neurorehabiliteringsteam, da de fx skal overgå til andre relevante kommunale tilbud. Årsagen til, at et fremtidigt team vil kunne varetage flere forløb end i projektperioden, er, at de vil være fritaget for diverse opgaver relateret til projektet (fx møder). Teamet vil have omkring 15 borgere ad gangen i forløb af cirka seks ugers varighed. Derudover kan der være et fremtidigt potentiale i forhold til at undersøge, om et team kan være med til at afkorte opholdslængden på de neurologiske døgnpladser på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret.

Teamet har i projektperioden afprøvet snitflader med andre indsatser såsom Kom Trygt Hjem og Udrednings- og Rehabiliteringsforløb. Teamet har fundet de rette snitflader til disse projekter, så der ikke er overlap eller overtagelse af opgaver mellem indsatser. Det vil fremadrettet være borgerens behov, der er afgørende for, om det er et udgående neurorehabiliteringsteam eller Kom Trygt Hjem, der tilbyder en indsats. Hvis borgernes primære behov er rehabilitering og situeret læring, vil det være teamet, men hvis borgerens behov primært viser sig at være tryghed, vil det være Kom Trygt Hjem.

På samme vis vil et udgående neurorehabiliteringsteam ikke have overlap i forhold til koordineringsopgaver, som hjerneskadekoordinatorerne varetager. Det udgående neurorehabiliteringsteam vil udelukkende koordinere i forhold til den træningsindsats, borgeren modtager i hjemmet med teamet og andet personale. Hjerneskadekoordinatorerne vil derimod sikre koordineringen i overgangene mellem afdelinger, forvaltninger og sektorer.

ERFARINGER

Tilfredshed

I en spørgeskemaundersøgelse giver størstedelen af borgerne og deres pårørende udtryk for, at de har været tilfredse med forløbet med det udgående neurorehabiliteringsteam. Nitten skemaer er besvaret, svarende til en svarprocent på 42 procent.

95 procent svarede, de oplevede overgangen til deres hjem som god. De sidste fem procent svarede 'ved ikke' til samme spørgsmål. Borgerne beskrev, at de oplevede interesse og forståelse for deres behov og ønsker for rehabiliteringen. 58 procent svarede, at de alt i alt var meget tilfredse, og 42 procent var tilfredse med træningsforløbet med teamet. De pårørende oplevede, at de blev inddraget til statusmøder og havde indflydelse i forbindelse med at få den ramte hjem at bo igen. De oplevede også, at der var forståelse for deres situation som pårørende.

Målgruppe

Borgere med erhvervet hjerneskade med behov for rehabilitering er en heterogen gruppe, da de kan have forskellige udfald alt efter, hvor i hjernen skaden sidder. De kan fx opleve lammelser, føleforstyrrelser, tale- og kommunikationsbesvær, synkebesvær og besvær med hukommelse, overblik og indsigt. Borgere med lette hjerneskader kan ofte fortsætte deres vanlige liv uden eller

med få hjælpemidler, hvorimod borgere med svære hjerneskader vil opleve store ændringer i hverdagen med behov for hjælp fra andre. Netværk, social status, tilknytning til arbejdsmarkedet med videre har stor indflydelse på konsekvensen af en hjerneskade, hvilket kan betyde, at selv lette skader kan have store konsekvenser for socialt udsatte borgere.⁵ Det er derfor særdeles vigtigt, at rehabiliteringen er individuelt tilrettelagt for den enkelte borger.

Inklusionskriterierne for at modtage indsatsen med teamet var, at borgerne havde en erhvervet hjerneskade og var på et døgnophold på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret med et fortsat behov for rehabilitering. 78 procent af borgerne i projektet havde en apopleksi (blodprop i hjernen/hjerneblødning). Øvrige diagnoser var dissemineret sklerose, anoxi (hjerneskade som følge af iltmangel) og neuropati (nervebetændelse). Borgerne blev udvalgt af teamet i samarbejde med personalet på centret, der også vurderede længden på forløbene ud fra borgernes behov.

Samlet antal borgere (maj 2014-november 2015)	45 borgere (16 kvinder og 29 mænd)
Antal borgere i teamet ad gangen i projektperioden	8-10 borgere

Alder eller skadestypen har ikke været afgørende for, om borgerne kunne have gavn af indsatsen.

Borgere over 65 år (SUF-borgere)	53 procent
Borgere under 65 år (SOF-borgere)	47 procent
Aldersgennemsnit	65 år (mellem 32 og 86 år)

Der er identificeret fem faktorer, der gav et succesfuldt rehabiliteringsforløb:

- 1) At borgeren var motiveret for at deltage aktivt i rehabiliteringen.
- 2) At borgeren havde et træningspotentiale (defineret som: At der havde været fremgang i træningen på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret gennem de seneste uger).
- 3) At borgeren var i stand til at medvirke til at fastsætte mål (ved at have en mening om, hvad de ville blive mere selvstændig i).
- 4) At borgeren havde delvis sygdomsindsigt.
- 5) At borgeren havde et socialt netværk (det viste sig, at disse borgere havde flere ressourcer, og ikke var påvirkede af ensomhed, som borgere med et svagere socialt netværk).

Nogle borgere med et misbrug genoptog dette efter døgnopholdet på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret, selvom de var blevet afvænet. Ved fem borgere var der tale om misbrug af alkohol, blandingsmisbrug og metadonbehandling. I disse tilfælde havde teamet ikke succes med træningen. Problemstillingen kunne fremover håndteres ved i højere grad at tale om misbruget under døgnopholdet, og teamet kunne derefter etablere kontakt til et misbrugscenter.

Længde på forløb

Teamet arbejdede med at få udskrevet borgerne tidligere fra deres døgnophold på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret med henblik på at fortsætte rehabiliteringen i borgerens hjem. Borgernes forløb så sådan ud:

⁵ Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen, 2011.

Ophold på hospitalet og på Hjerneskode- og Rehabiliteringscentret	
Længde på hospitalsophold (gennemsnit)	47 dage (11-206 dage)
Længde på ophold på Hjerneskode- og Rehabiliteringscentret (median ⁶)	79 dage (24-211 dage)
Samlet forløb – fra debut af sygdom til afslutning på Hjerneskode- og Rehabiliteringscentret (median)	130 dage (46-417 dage)
Indsatsen med teamet	
Længde på forløb (gennemsnit)	6 uger
Teamet var involveret i forløbet (median)	46 dage (4-223 dage)
Besøg <u>pr. uge</u> pr. borger (gennemsnit)	2-3 (af 45-90 minutter)
Besøg i alt pr. borger (gennemsnit)	19 besøg ⁷ (2-63 besøg)

I starten af projektperioden blev der brugt tid på planlægning, tilrettelæggelse og etablering af tværfaglige samarbejder, men undervejs kunne teamet i højere grad være med til at afkorte forløbene på Hjerneskode- og Rehabiliteringscentret ved at tage borgerne hurtigere hjem.

I projektperioden har Københavns Kommune sideløbende indført fire ugers rehabiliteringsophold. Det har betydet, at kommunen siden 1. januar 2015 generelt har haft fokus på at reducere opholdslængden på alle midlertidige døgnophold. Det har også haft en indvirkning på centret og derfor også teamets indsats. Derfor kan det ikke konkluderes, at det udgående neurorehabiliteringsteams indsats alene har haft betydning for en reduktion i opholdslængden på centret.

Uddybelse af forskel i forløbslængde:

<p>Korte forløb 1-3 uger</p> <p>28 %</p>	<p>Borgergruppe: Borgere med behov for en til to afprøvnings af en aktivitet eller et hjælpemiddel.</p> <p>Andre årsager til at borgere havde et kort forløb:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De manglede motivation, da de kom hjem • De blev genindlagt • De tog imod andre tilbud, der ikke kunne forløbe samtidigt med teamets indsats fx Kom Trygt Hjem (se mere under afsnittet 'Tryghed') eller på Center for Hjerneskode • Deres målsætning for rehabiliteringen var næsten nået på Hjerneskode- og Rehabiliteringscentret
---	---

⁶ Median er den midterste værdi i et datasæt.

⁷ Besøg fra et teammedlem talte som et besøg. Hvis alle tre var på hjemmebesøg, talte det derfor som tre besøg.

	Besøg: Antal besøg varierede til denne målgruppe på grund af forskelligartede opgaver (afprøvning af konkrete aktiviteter i forbindelse borgerens tilbagevenden til hverdagslivet, koordinering og oplæring af fremtidige hjælpere)
Mellemlange forløb 4-12 uger	Borgergruppe: Borgere med rehabiliteringspotentiale, motivation, hel/delvis sygdomsindsigt, der kunne samarbejde om konkrete målsætninger.
61 %	Besøg: Som udgangspunkt 2-3 besøg om ugen af 2-3 faggrupper (1 ad gangen).
Lange forløb > 13 uger	Borgergruppe: Borgere med komplekse problemstillinger – socialt eller helbredsmæssigt, der har forlænget rehabiliteringen. Den helbredsmæssige situation påvirkede borgerens indsats og betød, at borgerne havde mange aftaler fx med hospitalet.
11 %	Teamet valgte til tider i projektperioden at forlænge et forløb for fagligt at kunne bedømme, hvad der gav mening at blive ved med at træne på. Besøg: Nogle borgere havde kun mulighed for træning en gang om ugen på grund af helbredsmæssige udfordringer, der har hindret træning flere gange om ugen fx svækkelse eller aftaler på hospitalet. Andre årsager var, at borgerne blev inkluderet i projektet på et tidspunkt med lille arbejdsbelastning i teamet, der derfor eksperimenterede med opbygningen i teamet og afprøvede grænsefladerne for samarbejde med andre aktører.

FAGLIG KVALITET TIL GAVN FOR BORGEREN

Situeret læring

Rehabiliteringen blev tilrettelagt i borgernes hjem og nærmiljø, hvor de skulle tilpasse sig deres nye situation. Det er *situeret læring*, da borgerne træner lige præcis dér, hvor færdighederne skal bruges fremover. Borgernes behov var individuelle og relaterede sig fx til at træne det sted, hvor de skulle rejse sig i soveværelset eller ved ”deres” lyskryds, når de skulle i Brugsen.

”En måde at forholde sig løsningsorienteret til transfer problemet er ved at flytte træning ud af institutionerne, fx ved hjemmetræning, hvor træningen finder sted i de sammenhænge, hvor resultatet skal finde anvendelse. Enkelte studier indeholder teoretiske begrundelser for anvendelse af metoder, der øger transfer (situeret læring).”⁸

Det udgående neurorehabiliteringsteam oplevede, at indsatsen førte til, at borgerne i høj grad kunne overføre det, de havde trænet på fysisk og kognitivt på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret til dagligdagen. Borgernes egen kunnen og formåen blev tydelig, da de kom hjem. Aktiviteter, som borgerne kunne klare på centret, kunne de pludselig ikke i samme udstrækning derhjemme. Her satte teamet ind ved at hjælpe borgerne til at overføre de færdigheder, som de havde opnået under døgnopholdet, og gjorde dem brugbare i hjemmet.

⁸ Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen, 2011. Side 125

Teamets erfaring er, at indsatsen virkede meningsfyldt for borgerne, der blev mere selvhjulpne og fik lettere ved at anvende deres nye færdigheder, da rehabiliteringen fandt sted i deres eget hjem.

CASE: Sigurd fik overført det, han havde trænet

Sigurd afsluttede sit forløb på Hjerneskode- og Rehabiliteringscentret ved at kunne bevæge sig rundt gående med en stok og selv klare forflytninger med let støtte.

Sigurd havde et stort plejebenhov, da han blev udskrevet, og skulle have hjælp fem gange om dagen. Han blev udskrevet om aftenen op til en weekend, hvorfor hjemmeplejen var de første, han mødte, da han kom hjem. Hjemmeplejen oplevede, at han ikke var i stand til at samarbejde ved forflytningerne. De bestilte derfor akutte hjælpemidler til ham – herunder en loftlift. Det undrede teamet, da det ikke stemte overens med Sigurds funktionsniveau på Hjerneskode- og Rehabiliteringscentret. Teamet tilbød derfor at vise hans faste hjemmehjælper, hvordan de kunne lave en forflytning på en sikker måde, der involverede Sigurd – uden loftsliften.

De faste hjælpere blev hurtigt fortrolige med teknikkerne og fik kendskab til Sigurds kognitive udfordringer, hvilket førte til, at de akutte hjælpemidler blev afbestilt, og Sigurds standfunktion blev bevaret.

Borgernes egne mål

Det udgående neurorehabiliteringsteam har systematisk arbejdet med SMART-mål med borgerne (Specifikt, Målbart, Accepteret, Realistisk og Tidsbestemt). Sundhedsstyrelsen beskriver i Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering, at målsætning kan føre til øget motivation, aktiv deltagelse og understøtte at tillærte strategier fastholdes. Ud fra de satte mål kunne teamet sammen med borgerne vurdere progression i træningen, om målene skulle justeres, og om borgerne nåede deres mål.

Opnået mål	64 procent (29/45)
Delvist opnået mål	16 procent (7/45)
Ikke opnået mål	11 procent (5/45)
Ingen mål sat	9 procent (4/45)

Borgerne var motiverede for selv at vælge mål for rehabiliteringen. Udgangspunktet var borgernes værdier, og hvad der kendetegnede deres hverdag før hjerneskadens. Nogle ville gerne genlære funktioner, og andre ville gerne ændre på nogle grundlæggende elementer i deres liv, fx borgere der havde haft et misbrug. Borgere, der havde svært ved at sætte mål fik støtte heri af teamet. Teamets erfaring var, at borgerne rykkede sig mest, når de fandt rehabiliteringen relevant for deres hverdag. Niveaue for træningen blev lagt, så borgerne oplevede succes og bevarede motivationen igennem forløbet.

Borgernes mål blev sammenholdt med de mål, der var blevet sat på Hjerneskode- og Rehabiliteringscentret under døgnopholdet. Der var opmærksomhed på, hvad borgerne kunne, da de blev udskrevet fra centret, og deres mål blev gradueret løbende i rehabiliteringen i hjemmet. På denne måde arbejdede teamet med at overføre de tillærte færdigheder og målene til situationen i hjemmet med henblik på at sikre transfer. En fysioterapeut fra det ambulante træningscenter på centret, der samarbejdede med teamet, fortæller i et interview, at han tydeligt kunne se en forskel i funktionsniveauet hos de borgere, som han havde haft sammen med teamet. *"Det hæver borgernes*

funktionsniveau." Nogle borgere havde efter deres døgnophold et fortsat behov for ambulat træning for blandt andet at styrketræne på maskiner, som ikke er muligt i hjemmet.

Størstedelen af borgerne har i et spørgeskema givet udtryk for, at de oplevede, at de nåede de mål, som de havde sat for rehabiliteringen. Den høje tilfredshed kan hænge sammen med borgernes selvbestemmelse og motivation for at kunne mere selv derhjemme. Generelt set var der ønske om at fortsætte indsatsen både fra borgeres og pårørendes side.

Effekt ved træningen

Det udgående neurorehabiliteringsteams indsats havde fokus på aktiviteter i hverdagen med deltagelse fra borgeren og ikke på tests af borgernes funktionsevne. Trods det har teamet afprøvet metoder og tests fra Hjernesgade- og Rehabiliteringscentrets testbatteri. Erfaringer var, at det ikke var muligt at finde ét redskab, der kunne benyttes til alle borgere eller i alle hjem. Flere testredskaber mistede deres validitet, når de blev brugt i hjemmet, da de rette forudsætninger ikke var til stede.

Rejse-sætte-sig (RSS)	Testen er fravalgt, da den måler, om borgerne kan rejse/sætte sig, men ikke hvor gode de er i en aktivitet. Den kunne derfor ikke anvendes i forbindelse med borgerens mål.
Motor Assessment Scale (MAS)	En funktionstest, der måler motorisk funktion hos patienter med apopleksi. Den er ikke anvendelig i hjemmet, da der skal bruges bestemte redskaber og i rigtige højder med mere.
Barthel Indeks	Et redskab til at udrede og vurdere apopleksipatienters funktionsniveau, ADL-funktioner og plejebenhov. Teamet kendte allerede borgerens funktionsniveau, når borgerne blev udskrevet fra Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret, hvorfor dette ikke var nødvendigt at teste. De aktiviteter, teamet har trænet med borgerne indgår ikke i Barthel. Fx indkøb, madlavning, selvstændig dosering af medicin m.m. Barthel er heller ikke en del af centrets testbatteri.
Canadian Occupational Performance Measure (COPM)	Et interviewredskab, der belyser borgerens dagligdag og problematikker ud fra fysiske og procesmæssige færdigheder. Testen kunne ikke udføres på alle borgere, da en del af borgerne ikke kunne forstå at sætte et tal på udførsel, tilfredshed og betydning. Denne test eller Patient Specifik Funktionel Skala (PSFS) ville være de mest anvendelige tests at bruge fremadrettet.
The Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)	En test, der kun kan benyttes af ergoterapeuter, som er kalibreret til at udføre denne test. Testen blev kun benyttet på enkelte borgere, da den var meget omfattende, og flere borgere var for kognitivt dårlige til at forstå og udføre opgaverne.
Livskvalitetstest Stroke Specifik Quality Of Life (SSQOL)	Sygeplejersken i teamet har i løbet af et år gennemført en livskvalitetstest på ti borgere med en apopleksi uden svære talevanskeligheder. Testen viste, at borgerne oplevede deres energiniveau som noget eller meget dårligere end før, og det samme gjorde sig gældende i forhold til <i>at gøre noget</i> for deres venner. Borgerne vurderede samlet set ved den første og anden test, at deres livskvalitet alt i alt var noget dårligere end før deres skade. Der var dog også nogle få, der oplevede en bedre livskvalitet efter deres apopleksi, men det var ikke en svarmulighed. Tilbage meldingen fra borgerne var, at flere havde svært ved at forholde spørgsmålene til deres hverdag og kunne ikke forbinde dem med livskvalitet. Teamets erfaringer med testen var, at den ikke tog forbehold for, at borgeren kunne have flere diagnoser, hvilket ofte kan være tilfældet

ved denne målgruppe, og det var langt (62 spørgsmål) i forhold til, at målgruppen har en forringet koncentrationsevne. Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret benytter ikke denne test, og teamet vil ikke anbefale den fremadrettet til denne målgruppe.

Teamet peger på en anden livskvalitetstest, der kunne være anvendelig – WHO-5. WHO-5 måler trivsel ud fra fem spørgsmål. Spørgsmålene er formuleret positivt i et sprog, der er let at forstå og nemt at forholde sig til. Testen benyttes til at evaluere, om borgeren er i risiko for at udvikle depression eller om de er udsat for langvarig stressbelastning.⁹ Testen er afprøvet i slutningen af projektet, hvorfor der ikke kan vises data herfra.

Neurofaglig viden

Styrken ved det udgående neurorehabiliteringsteam var teamets neurofaglige viden. Det er en forudsætning, at medarbejderne har denne faglige ballast for at kunne tilrettelægge og målrette rehabiliteringen for borgere med erhvervet hjerneskade.

Teamet samarbejdede med andre faggrupper, der også havde opgaver at løse i borgernes hjem. Med deres faglige viden om borgerens hjerneskade vejledte og oplærte teamet andet personale i, hvordan de kunne understøtte en udvikling i rehabiliteringen og eventuelt kompensere for funktionsnedsættelser. Plejepersonalet med flere blev herved bedre rustede til at løse deres opgaver efter sparring og undervisning i forhold til borgerens behov. En hjemmehjælper beskriver i et interview: *"Jeg har fået en masse faglig viden i forhold til dem [borgerne] med neurologiske skader"*. Hun fortæller, at hun opnåede denne viden ved at få oplæring og stille spørgsmål, så hun kunne forstå, hvorfor borgeren agerede, som hun gjorde.

Med deres neurofaglige viden kunne teamet tidligt gribe ind ved forandringer i borgerens tilstand. Det betød i praksis, at de havde øje for og reagerede hurtigt på uregelmæssigheder i medicinindtag og ufrivilligt vægttab på grund af manglende indtag af mad, som skyldtes nedsat kognition.

CASE: Tidlig identificering af neurologiske symptomer

Jens fik en apopleksi og kom hjem sammen med det udgående neurorehabiliteringsteam. Teamet observerede, at der var flere neurologiske symptomer, som ikke passede overens med hans apopleksi, og træningen gav ikke den forventede effekt. De intensiverede træningen, men de oplevede kun begrænset fremgang på få områder og på samme tid tilbagegang på andre.

Teamet så behov for at inddrage Jens' praktiserende læge og skrev en kort beskrivelse af de symptomer og iagttagelser, de havde. Jens' og hans hustru fik sedlen med i hånden til lægen, der henviste ham til neurologisk ambulatorium på hospitalet. Jens blev diagnosticeret med Parkinsons syge og fik hurtigt relevant behandling. Herefter kunne der igen ses fremgang i Jens' rehabilitering.

⁹ Niras for Sundhedsstyrelsen: Evaluering af WHO-5 trivselsindeks. Marts 2015

EKSTRA VÆRDI I REHABILITERINGEN

Koordinering

Selvom koordinering ikke var deres primære opgave, havde det udgående neurorehabiliteringsteam ofte en koordinerende rolle i forhold til at skabe sammenhæng mellem borgernes indsatser i hjemmet. Teamet koordinerede blandt andet timing af borgerens trænings- og rehabiliteringsindsatser derhjemme, der ofte inkluderede forskellige faggrupper såsom hjemmeplejen, sygeplejen, visitationen, Center for Specialundervisning for Voksne, Kom Trygt Hjem, Udrednings- og Rehabiliteringsforløb, hjemmetræning, indsatser fra Socialforvaltningen og den praktiserende læge.

Af hensyn til borgerne blev data dokumenteret i et af to systemer KOSII (SUF's fagsystem) eller CSC Omsorg (SOF's fagsystem) afhængig af, om borgeren var over eller under 65 år. Hensigten var at teamet kunne kommunikere og koordinere med relevante aktører ved at skrive, læse og sende adviser i systemerne. Teamet orienterede sig i det system, som de enkelte samarbejdspartnere dokumenterede i og omvendt.

Der har ikke været ansat hjerneskadekoordinatorer i Københavns Kommune i projektperioden, men disse ville i visse tilfælde kunne overtage den koordinerende rolle, når det drejer sig om koordinering af aktiviteter, der ikke knytter sig til selve træningen i hjemmet. Fx ved at sikre, at der ikke er ventetid mellem afdelinger og forvaltninger, og at hjælpemidler kommer til tiden. Et udgående neurorehabiliteringsteam vil dog stadig have nogle koordinerende opgaver i kraft af træningssituationer, og fordi de oplever borgernes ageren i hverdagen. Hvis hjerneskadekoordinatorer tog sig af de store linjer, kunne teamet potentielt opnå mere tid til rehabiliterende aktiviteter sammen med borgerne.

Tryghed

Der har været stor efterspørgsel på det udgående neurorehabiliteringsteam i forbindelse med at skabe tryghed i overgangen fra Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret til hjemmet. Omkring halvdelen af borgerne i projektet har været utrygge ved at komme hjem, og teamet har med små tiltag kunnet gøre en forskel for, at få borgerne til at føle sig trygge. En ergoterapeut fra centret, der har samarbejdet med teamet, fortæller, at teamet fungerede som "en forlænget arm i hjemmet". Det gav tryghed, og hun oplevede, at borgerne bevarede håbet om, at der var en plan fremadrettet.

Borgeren og pårørende mødte teamet på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret, og drøftede, hvad der skulle ske, når de kom hjem. Det gav tryghed og forudsigelighed, at teamet kendte til borgernes sygdomsforløb, før de kom hjem.

Teamet har afprøvet snitflader med udrednings- og rehabiliteringsteams og Kom Trygt Hjem, da der var tilfælde, hvor indsatserne kom i kontakt med borgerne. I disse tilfælde tilbød teamet en indsats til borgerne, hvis deres behov var rehabilitering og situeret læring, på grund af teamets neurofaglige viden og kendskab til borgerne fra Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret. Hvis borgerens behov primært viste sig at være tryghed, overtog Kom Trygt Hjem og tilbød en indsats med dette fokus.

Forebyggelse

Det udgående neurorehabiliteringsteam forebyggede funktionstab ved at sikre rette hjælpemidler og identificere, når borgernes evne til egen omsorg var nedsat på grund af hjerneskaden. Nogle borgere viste tegn på følgesygdomme eller konkurrerende lidelser under forløbet, men en tidlig diagnosticering og dermed mulighed for behandling medvirkede til at bevare funktionsniveauet på

trods af disse lidelser. Følgesygdomme var fx urinvejsinfektioner, dehydrering, vaskulær demens, epilepsi og under- eller fejlnæring, som sygeplejersken i teamet kunne identificere. Sygeplejersken kunne henvende sig til den kommunale hjemmesygepleje omkring opsporingen af disse følgesygdomme, hvorefter hjemmesygeplejen står for videre foranstaltninger.

Teamet forebyggede også ulykker ved at identificere sikkerhedstrusler. Nogle borgere fik fx sat røgalarmer op, da teamet observerede en risikabel adfærd til omgangen med ild og elektronik.

ORGANISERING AF INDSATSEN

Sammensætning af teamet

Adgangen til tværfaglige kompetencer i det udgående neurorehabiliteringsteam var yderst relevant i arbejdet med borgerne, hvilket også er en tilgang, der benyttes på døgnpladserne på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret. Fordelingen og vægtningen af de faglige kompetencer i et varigt team kan dog med fordel se anderledes ud.

Når borgere skal hjem fra Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret, har de behov for at få dagligdagen til at fungere igen på en tryk og værdig måde i deres nuværende situation. Ergoterapeuten er uddannet til netop denne opgave og kan hjælpe borgeren på vej til at få en så selvstændig hverdag som muligt ved at træne på både personlig og praktiske opgaver. Samtidig kan en ergoterapeut vejlede og undervise hjemmeplejen i deres tilgang til borgerne, så borgerne udfører alt det, de kan selv, og derved opretholder deres funktionsniveau. Det vurderes, at det vil være optimalt med et team, der består af halvandet årsværk til ergoterapeut, da der ofte var stor overvægt af ergoterapeutens faglige opgaver i projektperiode.

Sygeplejersken har faglighed til arbejdet med pårørende i form af individuel støtte samt råd og vejledning, hvilket var et fokus i projektperioden. Borgere, der havde behov for sygepleje, viste sig at få dette dækket af hjemmesygeplejen. Pårørende fik supervision i, hvordan de skulle hjælpe eller agere over for den hjerneskaderamte, og i forhold til den pårørendes egen mentale sundhed. Nogle pårørende oplevede først, når den hjerneskaderamte kom hjem, at hverdagen ville tage sig anderledes ud. Derefter opstod et behov for støtte. Teamet har udover egen supervision også henvist pårørende til tilbud i kommunen, i regionen og ved patientforeningerne. Fx har kommunen et pårørendetilbud, hvor pårørende kan få viden om hjerneskader og følger ved hjælp af undervisning og netværk med andre pårørende i lignende situationer, hvor de kunne finde forståelse og støtte. Der vurderes fremadrettet at være behov for et halvt årsværk til en sygeplejerske til at stå for indsatsen for pårørende, opsporing af følgesygdomme og koordinering med hjemmesygeplejen.

Fysioterapeuten har trænet med borgerne i forhold til fx styrke og udholdenhed samt på trapper, cykel eller lignende efter borgerens behov. Fordi borgeren også kan få styrketræning og hjemmetræning ved det ambulante team på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret vurderes det tilstrækkeligt med et halvt årsværk til en fysioterapeut. Fysioterapeuten vil skulle fokusere på træningsaktiviteter med borgerne i forhold til at sikre overføring af deres fysiske færdigheder til deres hverdag derhjemme.

Samarbejde med andet personale på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret

Det udgående neurorehabiliteringsteam har samarbejdet med borgernes terapeuter på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret og på den måde fået kendskab til borgerne og deres behov. *"De [det udgående neurorehabiliteringsteam] ser ting i hjemmet, som vi ikke ser herinde. Det giver os nogle*

værdifulde informationer om borgerne. Vi får nogle input derigennem, som vi kan bruge i træningen herinde." Fysioterapeut fra ambulansenhed på Hjerneske- og Rehabiliteringscentret.

Teamet deltog i ugentlige tværfaglige konferencer for at få et indtryk af, hvilke borgere der kunne være relevante at inkludere. Teamet deltog desuden i statusmøder og hjemmebesøg med henblik på at afprøve borgerens færdigheder, inden borgeren kom hjem. De sparrede med borgernes terapeuter før, under og efter forløbet for at gøre indsatsen mere målrettet, realistisk og sikker. I komplekse forløb deltog teamet i trænings- og/eller plejesituationer før døgnopholdet sluttede, så der var en overførsel af viden og positive erfaringer fra den ene kontekst til den anden.

Det var et fokus i projektperioden at formidle teamets indsats til personalet, for at borgerne udskrevet tidligt til teamets indsats. Visitationen til teamet blev øget i takt med, at personalet lærte teamet og deres kompetencer at kende og fremadrettet ville det være fordelagtigt med retningslinjer for visitation til teamet for at sikre større flow i optaget. Det er en vigtig erfaring fra projektet, at hvis opholdslængden skal reduceres, er den ledelsesmæssige understøttelse særdeles vigtig.

Støtte i borgerens hjem

Når borgeren kommer hjem skal der i flere tilfælde indberegnes ydelser i forbindelse med hjemmehjælp og hjemmesygepleje. 60 procent af borgerne, der har modtaget indsatsen, fik praktisk eller personlig pleje, da de blev udskrevet til hjemmet. Erfaringerne er, at nogle borgere havde behov for meget støtte, da de blev udskrevet, mens andre hurtigt fik et mindre plejebestandsbehov, fordi de blev rehabiliteret derhjemme med teamet. En stor andel af borgerne havde raske ægtefæller, der kunne yde den hjælp, som ellers ville blive leveret af hjemmeplejen. Der er derfor ikke noget entydigt svar på, om borgerne, der får indsatsen, har brug for mere eller mindre støtte i hjemmet. Den hjælp, som borgerne modtager i forbindelse med at komme hjem, er dog ofte en reduktion i forhold til niveauet for hjælp på Hjerneske- og Rehabiliteringscentret. I og med at borgerne fik rehabilitering til at kunne overføre de tillærte funktioner fra centret til deres dagligdag derhjemme, blev de desuden mere selvhjulpne, end de var under deres døgnophold på centret.

CASE: Mindre hjemmehjælp

Bente blev udskrevet fra Hjerneske- og Rehabiliteringscentret til at fortsætte sin rehabilitering med det udgående neurorehabiliteringsteam. Hun fik visiteret ca. 13 timers hjemmehjælp om ugen efter sit døgnophold. Sammen med teamet fik Bente forbedret sit funktionsniveau på en række områder, og hun fik efter få uger reduceret sin hjemmehjælp til otte timer om ugen.

Hjerneskadene kan også spille ind i denne sammenhæng, da borgere med nedsat sygdomsindsigt kan være af den overbevisning, at de kan klare meget derhjemme selv og derfor udskrives med minimal hjælp. Gradvist kommer en erkendelse af, at hverdagen ikke er så let som tidligere, og her kan teamet få iværksat den rette hjælp, når borgeren er parat til at modtage den.

Hjælpemidler

Ventetid på behandling af ansøgning af hjælpemidler var en udfordring, der i flere forløb betød, at borgere ikke kunne blive udskrevet trods ønske herom. Problematikken gjorde sig gældende for borgere under 65 år. Midlertidige hjælpemidler fra hospitalet var fortsat en udfordring, der i visse tilfælde førte til ventetid på Hjerneske- og Rehabiliteringscentret og i nogle tilfælde, at indsatsen med teamet blev mindre relevant end først vurderet.

Transporttid for teamet

På grund af deres specialiserede vidensniveau og tilknytning til Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret, har teamet haft en bydækkende funktion. Teamet havde transporttid til borgerens hjem på 60 minutter i gennemsnit (spænd 4-100 minutter). Til den enkelte borger er der i gennemsnit brugt i alt 10,3 timer til transport (spænd 1-71,5 timer).

Borgerne har ikke skullet bruge tid og energi på transport til indsatsen, der fandt sted i deres hjem og tog udgangspunkt i deres individuelle situation.