

Der er behov for en ny type genoptræningsplaner, der både omfatter hjerneskadedes fysiske og skjulte handicaps. Genoptræningen af de kognitive og skjulte handicap er nemlig i mange tilfælde afgørende for, at den hjerneskadede kan vende tilbage til et meningsfuldt liv i samfund og familie.

# Smalle genoptræningsplaner

AF EVA HOLLÆNDER,  
CAND. SCIENT. SOC.  
SPECIALKONSULENT.

Efter Kommunalreformen er der sket en kraftig forøgelse i antallet af genoptræningsplaner både med henvisning til almen og specialiseret genoptræning. En rapport om monitorering af genoptræningsområdet registrerer, at der i 2007 er udarbejdet ca. 88.600 genoptræningsplaner. Det svarer til en stigning på 141 procent i forhold til året før<sup>1</sup>. En genoptræningsplan fungerer som en henvisning til genoptræning, og det stigende antal sikrer, at langt flere borgere end før får genoptræning efter udskrivning fra hospital, hvilket er glædeligt.

Alligevel er der et stykke vej til, at vi kan være tilfredse. Flere barrierer skal overvindes for at sikre, at alle hjerneskaderamte med genoptræningsbehov også får en både relevant og koordineret indsats. Barrierer som er fokus for denne artikel.

## For smalle genoptræningsplaner

Genoptræningsplanerne er lovfæstet i Sundhedsloven (bekendtgørelse 1266 af 5.12.2006 om Genoptræningsplaner og patientens valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus) og beskriver udelukkende sundhedsydelse. En del af de genoptræningsplaner, vi ser, er smalle genoptræningsplaner, hvor der især nævnes behov for fysisk træning ved fysioterapeut og ergoterapeut, men ikke for optræning af kognitive funktioner eller f.eks. evne til at strukturere hverdagen.

Det somatiske fylder således meget, selv om Vejledning<sup>2</sup> om træning i kommuner og regioner beskriver, at genoptræning har til formål at forbedre funktionsevnen både bevægelsesmæssigt, aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt. Og både praksis og forskning viser, at det især er skader af de kognitive funktioner, der skaber vanskeligheder i et liv med hjerneskade – ofte fordi kognitive vanskeligheder fører til barrierer i det sociale samspil med andre.

Netop derfor er det vigtigt, at genoptræningsplanerne specifikt indeholder henvisning også til kognitiv genoptræning. Fysiske vanskeligheder er til at forstå og ikke svære at få øje på i modsæt-

ning til de kognitive vanskeligheder. Men hvis ikke kommunerne gøres opmærksomme på det i genoptræningsplanen, er der risiko for, at de usynlige vanskeligheder forbliver usynlige og ikke inddrages i genoptræningen. Dermed lades de ramte og deres familier i stikken.

Det somatiske udgangspunkt går igen i arbejdet med Den Danske KvalitetsModel<sup>3</sup>. Selv om det kommunale område er omfattet af flere lovgivninger (sundheds-, beskæftigelses-, social-, og specialundervisningslovgivningen), er det besluttet, at akkrediteringsstandarder for det kommunale sundhedsvæsen udelukkende omhandler sundhedsydelse efter Sundhedsloven. Men rehabilitering af mennesker med hjerneskade kan ikke foregå alene ved hjælp af Sundhedsloven. Det kræver tværtimod involvering af indsatser efter en række forskellige lovgivninger, som eksemplificeret i det følgende.

Risikoen ved de snævre sundhedsfaglige akkrediteringsstandarder er, at mangfoldigheden i den rehabiliterende indsats snævres ind til at overholde de beskrevne kvalitetsnormer. Sker der ikke henvisninger til andre relevante, kommunale indsatsområder end de rent sundhedsfaglige i sundhedsloven, vil det opleves som et tilbageskridt på hjerneskadeområdet,

Før strukturreformen var de amtslige hjerneskadesamråd med til at sikre, at der i hjerneskadesager med behov for flere indsatsområder blev skabt et samarbejde hen over sektorerne. Sundhedssektor, socialsektor, undervisningssektor og arbejdsmarkedsektor kom således i spil via de amtslige, koordinerende fora.

## De mange rehabiliteringsparagraffer

Netop de mange forskellige muligheder kan paradoksalt nok være en barriere for en sammenhængende indsats – og for at alle relevante muligheder i forhold til den enkelte kommer i spil.

Mange mennesker med akut opstået hjerneskade har f.eks. brug for talepædagogisk genoptræning,

# efter strukturreformen



Foto: Mette Trier

som foregår via lov om specialundervisning, som også kan bruges til specialundervisning i forhold til andre kognitive funktionsnedsættelser.

Andre har behov for neuropsykologisk rehabilitering, som hyppigt foregår på ambulante centre og finansieres over arbejdsmarkedslovgivningen og undertiden over serviceloven. Atter andre har behov for neuropædagogisk genoptræning for at kunne rehabiliterer deres sociale kompetencer – det foregår også via serviceloven.

Ingen af disse elementer indgår i genoptræningsplanerne.

En række socialrådgivere, der arbejder inden for hjerneskadeområdet både på sygehuse og i centre, har identificeret mindst 11 forskellige paragraffer i fire forskellige lovgivninger<sup>4</sup>, som kan benyttes til genoptræning og rehabilitering af mennesker, der pådrager sig en hjerneskade. Kun to af disse indgår dog i genoptræningsplanerne.

Meget tyder derfor på, at der er behov for at udvikle en ny form for planer, nemlig rehabiliteringsplaner. De skal være mere omfattende end genoptræningsplanerne og skal også integrere andre rehabiliterende ydelser end de, som kun er baseret på sundhedsloven.

Da både beslutningskompetence og finansiering efter udskrivning fra hospital ligger i kommunerne, må udvikling af en model for rehabiliteringsplaner være en oplagt opgave for kommunerne: De har jo netop også fagligheden i forhold til de brede sociale og undervisningsmæssige ydelser. Rehabiliteringsplanerne skal således samle både den mere almene og den mere specialiserede viden om rehabilitering. For borgere med følger efter en hjerneskade har brug for begge dele.

## Hvem modtager genoptræningsplanerne?

En følge af de mange rehabiliteringsregler er også, at den samlede rehabiliteringsindsats skal sammensættes af bevillinger fra en række kommunale afdelinger.

Som det er i dag, skal genoptræningsplanerne stiles til de kommunale visitatorer til sundhedsydelser.

Men kommunerne specialiserer sig som bekendt i ydelser. Som vi ved, fører dette ofte til, at genoptræning efter sundhedsloven ligger i én afdeling, rehabilitering med erhvervsafklarende sigte i jobcentret, specialundervisning et tredje sted og socialpædagogisk bistand et fjerde.

Skal målet om en sammenhængende indsats opnås, er det derfor afgørende, at de mange kommunale beslutningstagere samordner deres indsats.

Det betyder også, at der i dag er behov for en større spredning af de eksisterende genoptræningsplaner. Det er ikke tilstrækkeligt, at genoptræningsplanerne sendes til den kommunale visitation – også jobcentermedarbejdere og handicaprådgivere kan have gavn af genoptræningsplanernes beskrivelser af funktionsevne ved udskrivning og henvisninger til områder, der kan og skal genoptrænes. Specialister på feltet er ikke i tvivl: genoptræningsplanerne skal ud til både sundhedsdelen, jobcentret og handicapdelen i de kommunale forvaltninger.

Den enkelte neurorehabiliteringsafdeling på et sygehus kan naturligvis ikke have overblik over den organisatoriske opbygning i alle landets kommuner – og heller ikke bruge tid på det detektivarbejde, som kan føre frem til navnet på rette sagsbehandlere. Derfor må de kommunale kontaktpersoner være den entydige kommunale indgang – det er jo hele formålet med kontaktpersonmodellen. Men det må sikres, at den kommunale kontaktperson er klædt på til at sprede information til alle relevante kommunale sagsbehandlere – uafhængigt af, hvilken afdeling eller hvilket lovgrundlag, det drejer sig om. ■

*Oversigt over kommunale kontaktpersoner findes på Videnscenter for Hjerneskades hjemmeside på: [www.vfhj.dk/default.asp?PageID=1740](http://www.vfhj.dk/default.asp?PageID=1740)*

1 [Monitorering af genoptræningsområdet. Maj 2008 ved KL, Danske regioner, Sundhedsstyrelsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.](#)

2 [\(Socialministeriet – og Indenrigsministeriet: Vejledning om træning i kommuner og regioner, dec. 2006. pkt. 2.3 \(s. 8\).](#)

3 [Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM, er bygget op af standarder for god kvalitet – akkrediteringsstandarder. Læs mere på: \[www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel.aspx\]\(http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel.aspx\)](#)

4 [Sundhedslovens paragraf 68 og 79 og 140, som både indeholder kommunal og regional genoptræning. Lov om specialundervisning, paragraf 1, Servicelovens paragraf 85, 86.1, 86.2, 102, 107, Lov om aktiv beskæftigelsesindsats paragraf 32. Lov om aktiv socialpolitik paragraf 46.](#)