

VEJLEDNING OM KOMMUNAL REHABILITERING



Februar 2011

Udgivet af:
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.
Telefon: 72 26 90 00
Telefax: 72 26 90 01
E-post: im@im.dk
Hjemmeside: www.im.dk

Design: 1508 A/S
Foto:
Tryk:
Oplag:
ISBN-nr:

Indhold

Indhold	3
Indledning	4
1. Rehabilitering og funktionsevne	5
1.1. Begrebet rehabilitering	5
1.2. Begrebet funktionsevne	6
1.3. Rehabilitering efter denne vejledning.....	9
1.4. Sammenfatning	9
2. Det gældende regelsæt for den kommunale rehabiliteringsindsats	11
2.1 Sundhedslovgivningen.....	11
2.2. Sociallovgivningen	13
2.3. Beskæftigelseslovgivningen	18
2.4. Undervisningslovgivningen	23
2.5. Sammenfatning	25
3. Målgrupper for rehabilitering	26
3.1. Generelt anvendte målgrupper for rehabilitering	26
3.2. Vurdering af behov for rehabilitering	29
3.3. Sammenfatning	29
4. Ansvar, koordination og samarbejde om rehabiliteringsforløb	30
4.1. Koordination og samarbejde i kommunen.....	30
4.2. Det regionale ansvar for rehabiliteringsindsatser.....	32
4.3. Koordination og samarbejde mellem kommunen og andre sektorer.....	33
4.4. Kvalitetssikring og styring: Kommunikation, registrering, monitorering og vidensdeling	35
4.5. Sammenfatning	37
5. Eksempler på sammenhængende rehabiliteringsforløb	38
5.1. Faser i et kommunalt rehabiliteringsforløb.....	38
5.2. Eksempler på koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb	40

Indledning

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Undervisningsministeriet har udarbejdet denne fælles vejledning om kommunal rehabilitering.

Det primære formål med vejledningen er at inspirere og understøtte den indsats, der sker i kommunerne, og at sikre samarbejde og koordination mellem de fag- og forvaltningsområder, der har ansvaret for, at der er sammenhæng og kvalitet i den enkelte borgers forløb.

Kommunerne har ansvaret for alle indsatser med et rehabiliterende sigte efter både den sociale lovgivning, lovgivningen på beskæftigelsesområdet og lovgivningen på undervisningsområdet. Også på sundhedsområdet er ansvaret primært placeret i kommunerne, men her har regionerne – sygehuse og praksissektor – tillige et ansvar for ydelser med et rehabiliterende sigte.

Det er således kommunerne, der har det altovervejende ansvar, den oplagte mulighed og den økonomiske interesse i at sikre borgeren et effektivt forløb, så borgeren opnår så høj grad af livskvalitet og selvhjulpenhed som muligt.

I vejledningens **kapitel 1** sættes fokus på centrale aspekter af rehabiliteringsbegrebet, som anvendes i denne vejledning.

I **kapitel 2** præsenteres gældende lovgivning og typiske ydelser og tilbud inden for de lovområder, der er relevante for rehabiliteringsforløb.

I **kapitel 3** beskrives de centrale målgrupper inden for de berørte ressortområder.

I **kapitel 4** beskrives behovet for koordination og sammenhæng i den kommunale rehabiliteringsindsats med borgeren i centrum. Udover behovet for, at tilbud til borgere på tværs af kommunens forvaltningsområder koordineres, forudsætter effektiv rehabilitering også, at der samarbejdes med aktører uden for kommunen – særligt praksissektoren og sygehuse – så behandlende og rehabiliterende indsatser hænger sammen med og understøtter den kommunale indsats.

Derfor beskrives ansvarsfordelingen mellem sektorer, ligesom der henvises til en række centrale initiativer, som regioner og kommuner samt de centrale myndigheder har taget for at understøtte koordination, samarbejde og vidensdeling på tværs af sektorer og mellem kommunale forvaltninger.

I vejledningens **kapitel 5** præsenteres en række eksempler på samarbejde og sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af sektorer og kommunale forvaltningsområder, som tager udgangspunkt i forskellige centrale faser i et rehabiliteringsforløb.

For så vidt angår opgavefordelingen mellem sektorer, kan der som supplement til vejledningen findes inspiration i et idékatalog, der er udarbejdet af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL. Idékataloget har til formål at formidle konkrete eksempler på god praksis i organiseringen af rehabiliteringsindsatsen og tilrettelæggelse af sammenhængende forløb på tværs af sektorer¹.

¹ God praksis i rehabiliteringen på tværs af sektorer, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, KL og Danske Regioner, 2011 (upubliceret).

1. Rehabilitering og funktionsevne

Kommunerne er hovedaktør på rehabiliteringsområdet, idet ansvaret for ydelser og tilbud med et rehabiliterende sigte hovedsageligt er forankret i kommunerne.

Kommunerne har efter gældende lovgivning mulighed for at iværksætte ydelser og tilbud inden for sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, der alle kan indgå som elementer i et samlet rehabiliteringsforløb. Kommunerne har således rammerne til at tilrettelægge rehabiliteringsforløb, så der er sammenhæng og koordination i indsatserne fra de forskellige kommunale områder.

Regionerne og praksissektoren er også væsentlige aktører og samarbejdspartner i en rehabiliteringsindsats. Sygehusene har fx ansvar for behandling, herunder patientrettet forebyggelse under indlæggelse, mens sundhedspersoner i praksissektoren, fx alment praktiserende læger og fysioterapeuter, kan yde relevante tilbud i et rehabiliteringsforløb. Sammenhæng mellem den kommunale rehabilitering og indsatser i det regionale sundhedsvæsen – sygehuse og praksissektor – er derfor en vigtig forudsætning for gode rehabiliteringsforløb.

1.1. Begrebet rehabilitering

Begrebet rehabilitering benyttes og defineres forskelligt afhængigt af sammenhæng og traditioner, og begrebet kan dermed have forskelligt fokus og indhold.

To anvendte definitioner af rehabilitering er Sundhedsstyrelsens oversættelse af WHO's internationale definition og Rehabiliteringsforum Danmarks definition fra "Hvidbog om rehabilitering".

Tekstboks 1.1. Eksempler på definitioner af rehabilitering.

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

Kilde: Sundhedsstyrelsens oversættelse (maj 2010) af WHO's definition af rehabilitering, www.who.int/topics/rehabilitation/en/.

"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."

Kilde: MarselisborgCentret. Rehabilitering i Danmark – Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet (2004).

Definitionerne af rehabilitering afgrænser og bestemmer ikke indholdet af rehabilitering helt præcist, da de ikke angiver en nærmere beskrivelse af hvilke indsatser, metoder og processer, der indgår i rehabiliteringsforløb.

Rehabilitering handler om at give borgere med nedsat funktionsevne, herunder nedsat arbejdsevne, mulighed for at opnå samme grad af funktionsevne som tidligere eller den bedst mulige funktionsevne fysisk, psykisk, kognitivt og socialt samt mulighed for at leve et meningsfuldt og selvstændigt liv.

Rehabilitering har derfor til formål at bedre den samlede funktionsevne og at understøtte borgernes ressourcer og muligheder for fx at være forælder, ægtefælle, for at have en hel eller delvis tilknytning til arbejdsmarkedet, for at være aktiv deltager i en fritidsaktivitet eller for at være aktiv i andre sociale sammenhænge.

Planlægningen af et rehabiliteringsforløb skal tage udgangspunkt i borgerens behov, ligesom borgernes nærmeste så vidt muligt skal inddrages i forløbet. Familie og pårørende er ofte en kilde til støtte for borgeren og bærer ofte et ansvar igennem rehabiliteringsforløbet. Det er derfor også vigtigt at være opmærksom på familiens forhold.

Vigtige elementer i rehabiliteringen:

- (Løbende) udredning af borgerens funktionsevne, herunder arbejdsevne.
- Inddragelse af og samarbejde med borgeren og de nærmeste pårørende.
- Planlægning af den samlede indsats, herunder opstilling af fagligt velfunderede, realistiske og opnåelige mål for indsatsen.
- Vurdering af hvilken tidsramme som er nødvendig til opnåelse af de opstillede mål.
- Relevante indsatser af høj faglig kvalitet.
- Tværfagligt samarbejde og koordinering af forløbet, så de relevante forskellige faglige indsatser iværksættes på det rigtige tidspunkt og i den rigtige rækkefølge.
- Opfølgning på forløb, herunder evt. evaluering.

1.2. Begrebet funktionsevne

Nedsat funktionsevne kan være medfødt men kan også erhverves senere i livet som følge af ulykke, alvorlig sygdom eller sociale omstændigheder. En nedsat funktionsevne, herunder arbejdsevne, kan endvidere være varig eller midlertidig.

WHO har udarbejdet en international klassifikation om helbredsrelateret funktionsevne, ICF, ud fra en bio-psyko-social forståelse af sundhed og funktionsevne.² Formålet med klassifikationen er at give mulighed for fælles terminologi og ensartet systematik til vurdering af funktionsevne på tværs af fagområder.

Funktionsevne består iflg. ICF af tre komponenter:

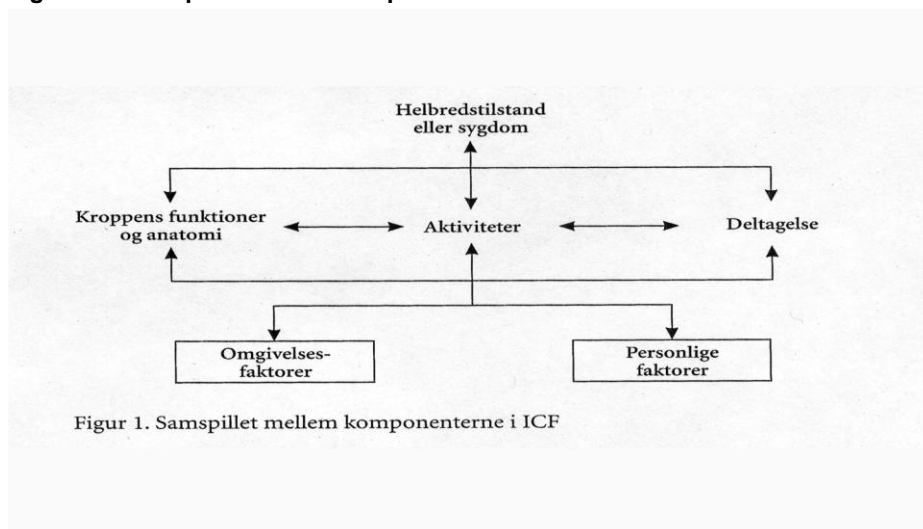
- Kroppens funktioner
- Aktivitet
- Deltagelse

Sammenhængen mellem de tre komponenter er illustreret i figur 1.1., hvor pilene angiver, at en persons funktionsevne afhænger af et samspil mellem komponenterne krop, aktivitet og deltagelse. Derudover påvirkes funktionsevnen af personens helbredstilstand og faktorer i omgivelserne samt af personlige faktorer – og modsat.

²ICF- International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand, Sundhedsstyrelsen/Munksgaard Danmark, 2003.

Originaltitel: International Classification of Functioning, Disability and Health. World health Organization, Genève.

Figur 1.1. Samspillet mellem komponenterne i ICF.



Figur 1. Samspillet mellem komponenterne i ICF

WHO's forståelse af funktionsevne anvendes af mange faggrupper, som arbejder med rehabilitering.

Brugen af begrebet funktionsevne i denne vejledning

Funktionsevne bruges i denne vejledning overordnet som et fælles begreb for menneskers evne til at fungere, herunder arbejde, i de sammenhænge, de lever i og er en del af.

Man skal dog være opmærksom på, at begrebet funktionsevne eller tilsvarende benyttes forskelligt inden for forskellige lovområder og faglige miljøer, hvilket afspejler forskellige traditioner på området. Begrebet kan fx dække over funktionsniveau, funktionsnedsættelser, handicap, arbejdsevne og færdigheder.

I det følgende beskrives, hvordan begreber om funktionsevne anvendes på henholdsvis sundhedsområdet, det sociale område, beskæftigelsesområdet og undervisningsområdet.

På **sundhedsområdet** anvendes funktionsevnebegrebet ofte med udgangspunkt i kroppens funktioner og anatomi og en evt. sygdom, som kan være årsag til funktionsnedsættelser.

Sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser retter sig således oftest mod at bedre de skadede fysiske funktionsnedsættelser (herunder mentale/kognitive funktioner), som er opstået i forbindelse med sygdom og ulykker. Formålet er at bedre den samlede funktionsevne. At genvinde kroppens funktioner ses som en forudsætning for aktivitet og deltagelse, der er de andre komponenter af funktionsevne, jf. ICF.

Den sundhedsfaglige indsats søger at behandle sygdomme og symptomer, genoptræne mistede funktioner og færdigheder samt forebygge komplikationer og yderligere funktionsevnenedsættelse.

Den sundhedsfaglige del af rehabilitering kan ofte deles op i en akut behandlingsfase på sygehus, i en fase med behandling og rehabilitering under indlæggelse på sygehus og siden en rehabiliteringsfase forankret i det primære sundhedsvæsen (kommuner og praktiserende sundhedspersoner fx praktiserende læger og fysioterapeuter).

På **socialområdet** benyttes begrebet funktionsevne som en fællesbetegnelse for de forudsætninger, som er nødvendige for, at en person kan udføre sine daglige aktiviteter og deltage i samfundslivet. Funktionsevnenedsættelse betyder således, at en person, i forhold til den konkrete funktionsnedsættelse, fx ikke kan udføre daglige aktiviteter og deltage i samfundslivet på lige fod med andre. Forskellige indsatser målrettet borgerens behov som følge af den nedsatte funktionsevne skal medvirke til, at borgeren igen kan udføre aktiviteter og deltage i samfundslivet.

På det sociale område er der udviklet en såkaldt funktionsevnet metode. Metoden skal anvendes ved tildeling af nødvendige merudgiftsydelse efter servicelovens § 100. Metoden beskriver og vurderer en borgers nedsatte funktionsevne, og formålet er at understøtte den gode sagsbehandling. Funktionsevnet metoden er således målrettet en særlig ydelse, merudgiftsydelsen, men kommunen kan også vælge at benytte funktionsevnet metoden til at afdække en persons funktionsevne og samlede situation i forbindelse med tildelingen af andre ydelser end merudgiftsydelsen.

På **beskæftigelsesområdet** anvendes det såkaldte arbejdsevnekriterium til brug ved vurdering og stillingtagen til beskæftigelsesrettede indsatser som fx revalidering og fleksjob.

Ved arbejdsevne forstås "evnen til at kunne opfylde de krav, der stilles på arbejdsmarkedet for at kunne udføre forskellige konkrete specificerede arbejdsopgaver med henblik på at opnå indtægt til hel eller delvis selvforsørgelse".

Arbejdsevnekriteriet understreger vigtigheden i at prioritere en indsats, der tager sigte på aktiv arbejdsmarkedsdeltagelse frem for passiv forsørgelse. Fokus skal være på borgerens ressourcer frem for begrænsninger, og det afgørende er således, hvad borgeren kan – eller kan bringes til at kunne – for at blive selvforsørgende i forhold til enhver form for job.

Arbejdsevnen relaterer sig til det aktuelle arbejdsmarked og til de krav, der stilles som forudsætning for at kunne varetage konkrete arbejdsfunktioner. Der er tale om et dynamisk begreb, som relaterer sig til det til enhver tid eksisterende arbejdsmarked og til de krav, som stilles for at kunne udføre arbejdsopgaver.

Til at understøtte vurderingen af arbejdsevnen og en udviklingsorienteret indsats, med vægt på ressourcer frem for barrierer, anvendes på beskæftigelsesområdet den såkaldte arbejdsevnet metode, herunder en ressourceprofil, som giver mulighed for en sammenhængende og helhedsorienteret vurdering, hvor helbredsproblemer indgår som et af metodens 12 elementer.

Arbejdsevnet metoden skal anvendes i sager om revalidering, fleksjob og førtidspension samt ved sager om forlængelse af sygedagpenge ud over 52 uger. Herudover kan metoden med fordel anvendes i sager om kontanthjælp/aktivering og sygedagpenge, hvor borgerens arbejdsevne er truet.

På **undervisningsområdet** sker der ingen særskilt afdækning af borgerens funktionsevne. Funktionsevnebeskrivelser fra andre sektorer kan imidlertid indgå i grundlaget for vurderingen af, hvorvidt der kan tilbydes specialundervisning eller anden specialpædagogisk bistand.

På **voksenspecialundervisningsområdet** iværksættes specialundervisningen efter en vurdering af, hvorvidt tilbuddet om specialundervisning og specialpædagogisk bistand er relevant for borgeren, herunder om borgeren vil have udbytte af specialundervisningen.

Afdækningen af, om et tilbud er relevant, skal foretages på grundlag af udtalelser fra sagkyndige med den fornødne specialpædagogiske viden og med inddragelse af deltageren og/eller

dennes pårørende. Der kan indhentes udtalelser eller erklæringer fra andre institutioner til brug ved en samlet vurdering. Det skal kunne vurderes, om der er et behov for specialundervisning og hvilke målsætninger og indhold, der i givet fald skal opstilles herom. En afdækning tilrettelægges således, at den giver grundlag for stillingtagen til, om der skal tilbydes andre relevante tilbud end specialundervisning.

Der er ikke i regelgrundlaget yderligere specifikke krav til en afdækning af behovet for specialundervisning for voksne. I mange tilfælde vil der dog være tale om beskrevne og dokumenterede funktionsnedsættelser, og afdækningen vil ofte tage udgangspunkt i indstillinger fra sundhedsområdet efter et hospitalsophold eller anden behandling, fx i forbindelse med genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Hvis der er uklarhed om, hvorvidt et tilbud om specialundervisning er relevant, kan der ske henvisning til afdækning af dette på et uddannelsessted, hvor der ydes specialundervisning for voksne og specialpædagogisk bistand. Der kan i denne forbindelse tilrettelægges et kortere visiterende undervisningsforløb.

På *børneområdet* iværksættes den specialpædagogiske bistand ud fra en vurdering af barnets 'pædagogiske behov', herunder behov opstået som følge af psykiske, fysiske, sproglige eller sensoriske funktionsvanskeligheder. Afdækningen foretages i form af en pædagogisk-psykologisk udredning.

Det er et krav, at forældrene medvirker centralt i forløbet.

1.3. Rehabilitering efter denne vejledning

Denne vejledning har fokus på rehabilitering i kommunerne og dækker fire lovgivningsområder; sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningslovgivningen.

Vejledningen omfatter målrettede og tidsafgrænsede forløb af koordinerede indsatser på sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, som har til formål at borgeren generhverver samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulige funktionsevne.

Vejledningen omhandler således primært indsatser over for personer med erhvervet nedsat funktionsevne fx på grund af sygdom, ulykke eller sociale forhold. Flere af de ydelser og tilbud, der er omfattet af vejledningen, kan dog også være relevante for mennesker med medfødt, nedsat funktionsevne.

Kommunerne kan ud over de ydelser og tilbud, der beskrives i vejledningen, tilbyde en række andre ydelser og tilbud med et kompenserende og/eller vedligeholdende sigte. Det er ydelser og tilbud, som kan tilbydes som led i et tilrettelagt rehabiliteringsforløb eller i forlængelse heraf. De beskrives dog ikke nærmere i denne vejledning, der har fokus på ydelser eller tilbud med sigte på at bedre mistet funktionsevne.

1.4. Sammenfatning

Denne vejledning har fokus på rehabilitering i kommunerne og dækker fire lovgivningsområder; sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningslovgivningen.

Vejledningen omfatter målrettede og tidsafgrænsede forløb af koordinerede indsatser inden for de fire lovgivningsområder, som har til formål, at borgeren generhverver samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulige funktionsevne.

Begrebet funktionsevne bruges i denne vejledning overordnet som et fælles begreb for menneskers evne til at fungere, herunder arbejde, i de sammenhænge, de lever i og er en del af.

Begrebet benyttes forskelligt inden for forskellige lovområder og faglige miljøer, hvilket afspejler forskellige traditioner på området.

Fælles for tildelingen af ydelser og tilbud med et rehabiliterende sigte på sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet er imidlertid, at indsatsen – direkte eller indirekte – baseres på en vurdering af borgerens funktionsevne, herunder arbejdsevne, og dermed behov for ydelser og tilbud.

2. Det gældende regelsæt for den kommunale rehabiliteringsindsats

Ansvaret for ydelser og tilbud med et rehabiliterende sigte er hovedsageligt forankret i kommunerne.

Det er op til den enkelte kommunalbestyrelse, hvordan man inden for lovens rammer vælger at tilrettelægge indsatsen. Det giver kommunerne mulighed for at tilrettelægge sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af lovgivning.

Rehabilitering nævnes ikke i lovgivningen på sundhedsområdet, socialområdet, beskæftigelsesområdet eller undervisningsområdet som en særlig opgave eller et særligt ansvarsområde. Lovbestemte ydelser som ”genoptræning”, ”socialpædagogisk bistand”, ”revalidering” og ”specialundervisning” er imidlertid jf. kap. 2.1. - 2.4. alle eksempler på ydelser, som bl.a. har et rehabiliterende sigte.

I det følgende beskrives de ydelser og tilbud, som efter gældende lovgivning inden for de fire ressortområder kan indgå som indsatser i kommunale rehabiliteringsforløb³.

I beskrivelsen gennemgås ydelser og tilbud af praktiske hensyn område for område. I den kommunale praksis vil de som led i tilrettelæggelse af hensigtsmæssige rehabiliteringsforløb ofte skulle iværksættes samtidig eller i sammenhæng med hinanden på tværs af lovgivning.

2.1. Sundhedslovgivningen

I et sundhedsfagligt perspektiv begynder rehabilitering ofte parallelt med eller som en integreret del af behandlingen⁴.

Rehabilitering er derfor på sundhedsområdet karakteriseret ved ydelser ved autoriserede sundhedspersoner, der ofte indledes på sygehus og efterfølgende efter udskrivning overgår til egen læge (som fx kan henvise til ydelser ved privatpraktiserende fysioterapeuter) og til kommunerne.

Alle autoriserede sundhedspersoner er iflg. autorisationsloven selvstændigt ansvarlige for, at den sundhedsfaglige behandling, som borgeren får, lever op til almindeligt anerkendte faglige standarder. Autorisationsloven omfatter alle autoriserede sundhedspersoner uanset ansættelsesforhold, som har kontakt med borgere, fx læger, tandlæger, sygeplejersker, fysioterapeuter og kiropraktorer⁵. Autoriserede sundhedspersoner er desuden omfattet af særlige klageregler for sundhedspersoners virksomhed⁶.

Genoptræning og genoptræningsplaner efter sundhedsloven § § 84 og 140

Patienter, der har været indlagt på sygehus eller været i kontakt med skadestue eller sygehusambulatorium, skal senest ved udskrivningen tilbydes en genoptræningsplan, såfremt der er et lægefagligt behov for genoptræning.

³ Der henvises i gennemgangen til en række bekendtgørelser, vejledninger m.m. Herudover henvises til respektive ministeriers hjemmesider: www.im.dk (Indenrigs- og Sundhedsministeriet), www.sm.dk (Socialministeriet), www.ams.dk (Arbejdsmarkedsstyrelsen) og www.uvm.dk (Undervisningsministeriet).

⁴ Behandling omfatter undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient (sundhedslovens § 5).

⁵ Jf. Bekendtgørelse nr. 1350 af 17. december 2008 af lov om autorisation af sundhedspersoner og anden sundhedsfaglig virksomhed.

⁶ Jf. Lovbekendtgørelse nr. 24 af 21. januar 2009 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet med senere ændringer.

Genoptræningsplanen fungerer som en lægelig henvisning af den enkelte patient til genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Genoptræningsplanen indeholder bl.a. en beskrivelse af patientens genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet, herunder en beskrivelse af hvilke begrænsninger i funktionsevnen, som genoptræningen skal rette sig imod.

Når patienter udskrives fra sygehus med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning er al ambulant genoptræning et kommunalt myndighedsansvar. Kommunens myndighedsansvar indebærer, at kommunen har ansvaret for at tilbyde genoptræning vederlagsfrit på baggrund af den lægefaglige vurdering af genoptræningsbehovet, som er indeholdt i genoptræningsplanen. I de tilfælde, hvor en person efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, skal kommunen afholde udgifterne til de hjælpemidler, der ordineres patienten efter sundhedsloven som led i genoptræningen. Det er ligeledes kommunens opgave at tilvejebringe hjælpemidlerne⁷.

I tilfælde, hvor genoptræningsplanen henviser til specialiseret genoptræning på et sygehus, er det sygehusets/regionens ansvar at træffe afgørelse om indsatsen, herunder levere de nødvendige behandlingsredskaber eller hjælpemidler til genoptræningen. Udgifterne til behandlingsredskaber eller hjælpemidler i forbindelse med specialiseret, ambulant genoptræning, efter udskrivning fra sygehus, afholdes af kommunen⁸.

En genoptræningsplan er ikke en forudsætning for, som led i et rehabiliteringsforløb, at modtage andre ydelser i kommunalt regi, fx patientrettet forebyggelse med henblik på at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere eller at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer.

Genoptræning efter sundhedsloven kan ikke ydes samtidig med tilskud til behandling hos fysioterapeut efter sundhedslovens § 67 for samme lidelser eller erstattes af tilbud til behandling hos fysioterapeut efter samme bestemmelse⁹.

Patientrettet forebyggelse efter sundhedslovens § 119

Patientrettet forebyggelse handler om at undgå, at sygdom forværres og om at begrænse eller udskyde sygdommens eventuelle komplikationer. Der skelnes endvidere mellem sygdomsspecifik forebyggelse, der relaterer sig til den konkrete sygdom og generel forebyggelse, der relaterer sig til patientens almene sundhedstilstand. Patientrettet forebyggelse er et fælles ansvar for region og kommuner, som indgår lovbundne sundhedsaftaler herom.

Forudsætningen for effektive sammenhængende forebyggelsesforløb er, at patienternes sygdom, risikofaktorer og ressourcer identificeres tidligst muligt, registreres, viderekommunikeres og behovstilpasset følges op i relevant regi. Forebyggelsestilbud vil ofte indgå i et rehabiliteringsforløb. Det kan være tilbud om at leve med kronisk sygdom eller konkrete tilbud som rygestopkurser, alkoholbehandling, fysisk træning eller kostvejledning.¹⁰

De kommunale tilbud efter § 119 kan evt. tilrettelægges i samarbejde med alment praktiserende læger og lokale sygehuse eller sammen med aktører fra lokale organisationer og erhvervsliv.¹¹

⁷ Jf. Cirkulære nr. 149 af 21. december 2006 om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet.

⁸ Ibid.

⁹ Jf. Vejledning om træning i kommuner og regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Socialministeriet, 2009.

¹⁰ Der arbejdes på at samle oplysninger om lokale forebyggelsestilbud på www.sundhed.dk som supplement til beskrivelserne på kommuners og regioners egne hjemmesider.

¹¹ Jf. Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3, Sundhedsstyrelsen, 2009.

Hjemmesygepleje efter sundhedslovens §§ 138 og 139

Formålet med den kommunale hjemmesygepleje er at forebygge sygdom, fremme sundhed, yde sygepleje og behandling, rehabilitering og palliation til borgere, der har behov for det.

Hjemmesygeplejen kan både gives på klinikker, i sundhedscentre samt i borgernes eget hjem. Bl.a. derfor har hjemmesygeplejersken gode muligheder for at opspore borgere med behov for rehabiliteringsindsatser og yde rådgivning til disse¹².

Kommunal alkoholbehandling og lægelig behandling for stofmisbrug efter sundhedslovens §§ 141 og 142

Kommunerne har ansvar for at tilbyde behandling for alkohol- og stofmisbrug.

Alkohol- og stofmisbrug er helbredsskadeligt, ligesom der er betydelige sociale konsekvenser for familie og arbejdsmarkedstilknytning.

Behandling for alkohol- og stofmisbrug kan derfor være en forudsætning for, at kommunen parallelt med eller efterfølgende kan iværksætte rehabiliteringsforløb frem mod afklaring af fx arbejdsevne.

Det er kommunens ansvar at sikre den fornødne sammenhæng mellem den sundhedsfaglige og den sociale behandling og indsatsen målrettet de sociale problemer, som alkohol- og stofmisbrugerne i øvrigt måtte have¹³.

Udskrivningsaftale eller koordinationsplan efter psykiatrilovens §§ 13 a, 13 b og 13 c

Der er i psykiatriloven mulighed for opfølgning efter udskrivning for psykiatriske patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred.

Denne opfølgning kan efter psykiatrilovens §§ 13 a og 13 c ske i form af en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan, som giver mulighed for at etablere et samarbejde mellem sektorerne med henblik på at fastholde patienten i den nødvendige behandling eller i de nødvendige sociale og evt. beskæftigelsesrettede tilbud efter udskrivning.

Udskrivningsaftaler/koordinationsplaner skal sikre, at der er sammenhæng mellem indsatsen i behandlingspsykiatrien og indsatsen i socialpsykiatrien samt øvrige relevante sociale tilbud. Det er overlægen på den behandlende psykiatriske afdeling, der har ansvaret for, at der udarbejdes en udskrivningsaftale i samarbejde med patienten. Hvis patienten ikke ønsker at medvirke til udskrivningsaftalen, har overlægen ansvaret for at udarbejde en koordinationsplan.

2.2. Sociallovgivningen

Hjælp efter lov om social service har til formål at fremme den enkeltes muligheder for at klare sig selv eller lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten. Serviceloven giver mulighed for at yde rådgivning og støtte, at tildele en række forskellige ydelser, der bl.a. kan have et forebyggende eller kompenserende sigte, og for at tilgodese behov, som følger af fysisk og psykisk nedsat funktionsevne eller særlige sociale problemer¹⁴. Flere af servicelovens bestemmelser kan endvidere have et rehabiliterende sigte.

¹² Jf. Vejledning nr. 102 af 11. december 2006 om hjemmesygepleje

¹³ Jf. Vejledning nr. 42 af 1. juli 2008 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling

¹⁴ Jf. Lovbekendtgørelse nr. 941 af 1. oktober 2009 af lov om social service

Tilbud om hjælp efter servicelovens bestemmelser vil altid bero på en konkret og individuel vurdering af den enkelte borgers individuelle behov for støtte og hjælp. Det er kommunalbestyrelsen, der træffer afgørelse om relevante ydelser efter de enkelte bestemmelser. Hjælpen ydes uafhængigt af boform og skal tilrettelægges ud fra den enkelte persons behov og forudsætninger. Hjælpen ydes i samarbejde med den enkelte.

I dette afsnit beskrives alene en række bestemmelser på det sociale område, som kan have et decideret rehabiliterende sigte. Der kan være andre mere generelle bestemmelser i serviceloven og lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (retssikkerhedsloven), der kan være relevante og bør inddrages i tilrettelæggelsen af en indsats med et rehabiliterende sigte. Det drejer sig bl.a. om formålsbestemmelserne, rådgivningsforpligtelsen, pligten til helhedsvurderinger og tilvejebringelse af et tilstrækkeligt afgørelsesgrundlag, pligten til inddragelse af borgeren, forældre og pårørende, undersøgelser, udarbejdelsen af handleplaner mv¹⁵.

Der er i serviceloven også en række kompenserende og støttende ydelser, der kan være relevante for mennesker med behov for rehabilitering. Det kan fx være dækning af nødvendige merudgifter, hjælpemidler, ledsagerordning, hjemmetræning for børn eller madservice.

I sammenhæng med tilbud om genoptræning efter såvel serviceloven som anden lovgivning, skal man også være opmærksom på behovet for tilbud om vedligeholdelsestræning til både børn og voksne efter servicelovens § 86, stk.2, da der i forlængelse af et afsluttet genoptræningsforløb ofte vil være behov for vedligeholdende træning med henblik på at fastholde den erhvervede funktionsevne¹⁶.

Det kan endvidere være relevant at overveje, om voksne, der efter endt genoptræning ikke kan benytte ordninger efter beskæftigelseslovgivningen, kan have behov for et tilbud om beskyttet beskæftigelse efter servicelovens § 103, stk. 1, med henblik på at opretholde og forbedre funktionsevnen. Kommunerne har også mulighed for at tilbyde personer med særlige sociale problemer særligt tilrettelagte beskæftigelsesforløb efter servicelovens § 103, stk. 2.

Rådgivning, behandling og undersøgelse af børn efter servicelovens § 11, stk. 4 og 5

Kommunen er jf. servicelovens § 11, stk. 4, forpligtet til at yde gratis rådgivning til børn, unge og deres familier. Kommunen skal endvidere tilbyde gratis undersøgelse og behandling af børn og unge med adfærdsvanskeligheder eller nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Endvidere skal kommunen etablere en særlig familievejlederordning for familier med børn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, jf. § 11, stk. 5.

Målgruppen for servicelovens § 11, stk. 4, er bl.a. børn og unge, som har brug for andre former for støtte end den form for særlig støtte, der er omfattet af servicelovens kapitel 11, herunder fx foranstaltninger efter servicelovens § 52.

Formålet er både at afhjælpe problemer og behov, som i nogle tilfælde kan have forbigående karakter, fordi de fx er opstået i forbindelse med en ulykke og at forebygge, at problemerne vokser sig større.

Der er tale om indledende behandling/undersøgelse af børn og unge, der er nødvendig for fx at kunne vurdere behovet for hjælp, eller for enkeltstående, midlertidige og kortvarige behand-

¹⁵ Jf. Vejledning om formål og andre generelle bestemmelser i serviceloven (vejledning nr. 1) og Vejledning om retssikkerhed og administration på det sociale område.

¹⁶ Børn og unge er omfattet af servicelovens § 86, stk. 2 via henvisningsbestemmelsen i servicelovens § 44.

lingsforløb. Det kan fx være psykologsamtaler, fysio- eller ergoterapi, herunder genoptræning, hvis genoptræningen ikke kan ydes efter anden lovgivning¹⁷.

Foranstaltninger til børn og unge efter servicelovens § 52

Kommunalbestyrelsen skal træffe afgørelse om foranstaltninger, når det må anses for at være af væsentlig betydning af hensyn til barnets eller den unges særlige behov for støtte. Støttende foranstaltninger til barnet eller den unge kan bl.a. bestå af forskellige former for ydelser med et rehabiliterende sigte, og de kan iværksættes inden for en række tilbud. Det kan fx være familiebehandling, behandling af barnets eller den unges problemer eller anden hjælp, der har til formål at yde rådgivning, behandling og praktisk og pædagogisk støtte, herunder genoptræning i det omfang, at træningen ikke kan dækkes af anden lovgivning¹⁸.

Kommunen har vide rammer i forhold til at målrette indsatsen efter barnets eller den unges særlige behov. Foranstaltningerne forudsætter en forudgående undersøgelse af barnets eller den unges forhold, jf. servicelovens § 50, og at der udarbejdes en handleplan for barnet eller den unge efter servicelovens § 140.

Personlig og praktisk hjælp til børn, unge og voksne efter servicelovens § 83¹⁹

Kommunen har pligt til at sikre, at alle med behov herfor får tilbudt personlig hjælp og pleje og/eller praktisk hjælp og støtte til nødvendige opgaver i hjemmet. Målgruppen er børn, unge og voksne, der ikke selv kan udføre disse opgaver på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Ved vurderingen af det konkrete behov for hjælp skal kommunen bedømme ansøgerens samlede situation. Der skal bl.a. tages hensyn til ansøgerens netværk, og det forudsættes, at eventuelle øvrige medlemmer af den fælles husstand deltager i opgaveudførelsen i hjemmet.

Personlig og praktisk hjælp kan således være relevant som led i en rehabiliteringsindsats, og hjælpen skal netop betragtes som hjælp til selvhjælp. Den skal tilrettelægges i nært samarbejde med modtageren og støtte denne i at vedligeholde eller genvinde et fysisk eller psykisk funktionsniveau, eller afhjælpe særlige sociale problemer eller følger af nedsat funktionsevne. Den skal endvidere medvirke til, at personen kan fungere bedst muligt i dennes aktuelle bolig.

Man skal også være opmærksom på, at hjælpen skal indgå som et led i kommunens øvrige sociale og sundhedsmæssige tilbud til målgruppen²⁰.

Socialpædagogisk bistand til voksne efter servicelovens § 85

For så vidt angår voksne med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har kommunen pligt til at tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til de, der har behov herfor.

Formålet med indsatsen er at bevare eller forbedre psykiske, fysiske eller sociale funktioner og bidrage til at skabe en tilværelse for den enkelte på egne præmisser.

Der kan være tale om et bredt spektrum af både socialpædagogiske og andre støtteforanstaltninger som fx hjælp til selvhjælp, rådgivning, optræning mv. Det kan også bestå af oplæring eller genoptræning i en række færdigheder, som sætter den pågældende i stand til at leve et så selvstændigt liv som muligt.

¹⁷ Jf. Vejledning om særlig støtte til børn og unge og deres familier (vejledning nr. 3).

¹⁸ Jf. Vejledning om særlig støtte til børn og unge og deres familier (vejledning nr. 3).

¹⁹ Børn og unge er omfattet af servicelovens § 83 via henvisningsbestemmelsen i lovens § 44.

²⁰ Jf. Vejledning om personlig og praktisk hjælp, træning, forebyggelse mv. (vejledning nr. 2).

Socialpædagogisk bistand kan være relevant for fx personer, der som følge af en sygdom eller en ulykke har behov for et rehabiliteringsforløb af længere varighed, når dette ikke kan opnås gennem tilbud efter anden lovgivning²¹.

Genoptræning efter servicelovens § 86, stk. 1

Kommunen skal tilbyde genoptræning til voksne på 18 år og derover med behov for genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsevnededsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.

Tilbud om genoptræning skal gives i de tilfælde, hvor anden form for træning, herunder også egen træningsindsats, ikke kan bringe borgerens funktionsniveau op. Genoptræning skal ses i sammenhæng med tilbud om vedligeholdelsestræning efter servicelovens § 86, stk.2, og forudsættes koordineret hermed, ligesom genoptræningen skal koordineres med eventuelle tilbud til borgeren om personlig og praktisk hjælp efter § 83 samt socialpædagogisk bistand efter § 85. Kommunen har, når den træffer afgørelse, pligt til at inddrage alle muligheder for hjælp efter den sociale lovgivning og skal desuden være opmærksom på, om der kan søges hjælp hos anden myndighed eller efter anden lovgivning.

Det er kommunen, der visiterer til genoptræning efter serviceloven, og der er ikke krav om en lægefaglig vurdering af træningsbehovet.

Genoptræning omfatter målrettet træning, som har til formål, at borgeren opnår enten samme grad af funktionsevne, som før sygdom mv. opstod, eller bedst mulige funktionsevne. Genoptræningen er rettet mod funktionsevnededsættelser – dvs. problemer i kroppens funktioner eller anatomi, samt aktivitets- og deltagerbegrænsning, herunder de færdigheder, som borgeren har brug for i sine daglige gøremål.

Genoptræningen er tidsmæssigt begrænset til den periode, hvor der er udsigt til, at funktionsniveauet fortsat kan forbedres gennem en målrettet genoptræningsindsats²².

Støtte- og kontaktpersoner til voksne efter servicelovens § 99

Støtte- og kontaktpersonordningen er et supplement til de øvrige sociale tilbud efter serviceloven som fx personlig hjælp eller socialpædagogisk støtte. Tilbud om en støtte- og kontaktperson er et ikke-visiteret tilbud, som borgeren kan tage imod anonymt.

Målgruppen er de mest socialt udsatte og isolerede sindslidende, stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse, som almindeligvis ikke kan gøre brug af de allerede eksisterende tilbud.

Formålet er at styrke denne målgruppes mulighed for at opnå og bevare kontakt til omverdenen, ud fra den enkeltes egne ønsker og behov, og dermed gøre ham eller hende i stand til at benytte samfundets muligheder og allerede etablerede tilbud²³.

Stofmisbrugsbehandling til voksne efter servicelovens § 101

Ved siden af sundhedslovens bestemmelser regulerer serviceloven den sociale behandlingsindsats for stofmisbrugere. Indsatsen i forhold til stofmisbrugere efter serviceloven retter sig

²¹ Jf. Vejledning om personlig og praktisk hjælp, træning, forebyggelse mv. (vejledning nr. 2).

²² Jf. Vejledning om personlig og praktisk hjælp, træning, forebyggelse mv. (vejledning nr. 2) og Vejledning om træning i kommuner og regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Socialministeriet, 2009.

²³ Jf. Vejledning om særlig støtte til voksne (vejledning nr. 5).

som udgangspunkt mod den nedsatte fysiske og især psykiske funktionsevne samt de sociale problemer, som følger af misbruget. Kommunen skal iværksætte behandling af stofmisbrugere senest 14 dage efter henvendelsen.

Til løsning af behandlingsforpligtelsen bør der være knyttet en række ydelser med et rehabiliterende sigte, ligesom efterbehandlingsfasen udgør en central del af et behandlingsforløb. Fx kan udslusningsprocessen fra et døgntilbud lægge linjerne for en mere selvhjulpent tilværelse, hvor frigørelsen fra behandlingsmiljøet er udgangspunktet for tilbagevenden til det almindelige samfund. I sammenhæng med stofmisbrugsbehandling tilbydes derfor også ofte anden relevant hjælp, som fx støtte- og kontaktperson efter § 99 eller socialpædagogisk bistand efter § 85²⁴.

Behandling m.v. efter servicelovens § 102

Kommunen har mulighed for at give tilbud af behandlingsmæssig karakter til borgere, der har en betydelig og varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Det er dog en betingelse, at behandlingen ikke kan opnås gennem de behandlingstilbud, der kan tilbydes efter anden lovgivning, og behandlingen kan derfor kun ydes, når behandlingstilbuddene inden for det sædvanlige behandlingssystem må anses for at være udtømte.

Udgangspunktet er således, at det sædvanlige behandlingssystem efter sundhedsloven skal anvendes, men at der kan være borgere, som kræver en særlig indsats, specialviden eller en særlig indretning af behandlingstilbuddet. Det kan fx være borgere med alvorlige handicap, sindslidelser, misbrug, senfølger af seksuelle overgreb, mennesker med spiseforstyrrelser, tvangshandlinger mv.

Målet med behandlingsindsatsen efter serviceloven er at bevare eller forbedre borgerens fysiske, psykiske eller sociale funktioner, og tilbuddet kan være psykologisk, psykoterapeutisk, sygeplejemæssigt, fysio- og ergoterapeutisk, specialpsykiatrisk, tandplejemæssigt eller relatere sig til anden behandling²⁵.

Aktivitets- og samværstilbud efter servicelovens § 104

Aktivitets- og samværstilbud 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.

Der kan både være tale om tilbud med visitation og åbne tilbud uden visitation. I mange aktivitets- og samværstilbud tilrettelægges aktiviteter af sundhedsfremmende karakter, støtte til at komme i beskæftigelse og aktiviteter med et idrætsmæssigt indhold. Aktivitets- og samværstilbud tilbydes i praksis under mange betegnelser, hvor væresteder, sociale caféer, varmestuer, klubber, daghjem og Fountain House indgår²⁶.

Midlertidige botilbud til voksne efter servicelovens § 107

Botilbud til midlertidigt ophold efter servicelovens § 107 er målrettet personer, der har behov for sådanne tilbud. Kommunen skal tilbyde midlertidigt ophold i botilbud til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for omfattende hjælp til almindelige daglige funktioner eller for pleje, eller som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte. Kommunen skal endvidere tilbyde midlertidigt ophold i botilbud til personer med nedsat

²⁴ Jf. Vejledning om botilbud mv. til voksne (vejledning nr. 4).

²⁵ Jf. Vejledning om botilbud mv. til voksne (vejledning nr. 4).

²⁶ Jf. Vejledning om botilbud mv. til voksne (vejledning nr. 4).

fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer, der har behov for pleje eller behandling, og som på grund af disse vanskeligheder ikke kan klare sig uden støtte.

Bestemmelsen sikrer kommunerne mulighed for at tilbyde midlertidige ophold af forskellig varighed, herunder weekendophold, til personer med behov for bl.a. optræning, afprøvning af fremtidige bomuligheder og udslusning. Der kan ikke sættes bestemte tidsmæssige grænser for midlertidige botilbud. Det afgørende for opholdets varighed er, at formålet med opholdet er opfyldt, og at den pågældende efter opholdet kan klare sig uden den støtte, der ydes i den midlertidige boform og derfor skal tilbage til den oprindelige bolig igen eller til en anden bolig, herunder have tilbud om ophold i længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 eller have tilbud om en bolig efter almenboligloven.

Det skal påpeges, at bestemmelsen alene omhandler de fysiske rammer og ikke den konkrete indsats på det midlertidige botilbud. Disse ydelser, som fx kan have et rehabiliterende sigte, er omfattet af de relevante bestemmelser i såvel serviceloven som i andre relevante lovgivninger²⁷.

2.3. Beskæftigelseslovgivningen²⁸

Rehabilitering – set i et beskæftigelsesmæssigt perspektiv – vil ofte begynde, når en person som følge af fysiske, psykiske og/eller sociale årsager er i risiko for at miste eller har mistet tilknytningen til arbejdsmarkedet. Oftest er baggrunden sygdom eller ulykke, hvor borgeren forud for den beskæftigelsesrettede indsats har fået eller er i gang med en behandling eller genoptræning i sundhedsvæsenet og evt. i det sociale system. Beskæftigelsesindsatsen vil ofte blive påbegyndt som led i opfølgningen af en sygedagpengesag.

En beskæftigelsesrettet indsats med henblik på 1) arbejdsfastholdelse af personer, der som følge af fx depression eller en kronisk sygdom er i risiko for at miste deres arbejde, vil i nogle tilfælde blive igangsat som en vigtig del af en samlet rehabiliteringsindsats.

En beskæftigelsesrettet indsats vil i andre tilfælde 2) blive iværksat for at sikre personer med nedsat arbejdssevne en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Ad 1) Arbejdsfastholdelse af sygemeldte og personer med kroniske lidelser

De kommunale jobcentre råder efter sygedagpengeloven, lov om en aktiv beskæftigelsesindsats og lov om aktiv socialpolitik over en række tilbud, som kan medvirke til, at den sygemeldte kan blive på sin hidtidige arbejdsplads.

”§ 56 aftale” efter sygedagpengelovens § 56

En arbejdsgiver kan ved aftale med en lønmodtager opnå ret til fra kommunen at få refusion med et beløb, der svarer til de sygedagpenge, som lønmodtageren har ret til fra arbejdsgiveren i de første 21 kalenderdage af sygefraværet²⁹. Refusionen kan dog højst ske med det beløb, som lønmodtageren har ret til.

En aftale kan indgås,

1. når lønmodtagerens sygefravær er væsentligt forøget på grund af en langvarig eller kronisk lidelse, og fraværet på grund af lidelsen skønnes at medføre mindst 10 fraværdsdage inden for 1 år,

²⁷ Jf. Vejledning om botilbud mv. til voksne (vejledning nr. 4).

²⁸ Jf. Vejledning nr. 9300 af 25. juni 2008 om sygedagpenge.

²⁹ Som følge af lov nr. 1599 af 22. december 2010 ændres arbejdsgiverperioden til 30 dage fra 2. januar 2012

2. når lønmodtageren skal indlægges eller behandles ambulantly på sygehus eller tilsvarende behandlingsinstitution, og indlæggelsen eller behandlingen var besluttet på ansættelsestidspunktet, eller
3. når arbejdsgiveren under det bestående arbejdsforhold allerede har udbetalt sygedagpenge eller løn i 21 kalenderdage for samme lidelse inden for de seneste 12 måneder før indlæggelsen eller behandlingen.

En "§ 56 aftale" kan medvirke til at sikre, at en virksomhed fastholder en medarbejder med en kronisk lidelse.

Delvis raskmelding efter sygedagpengelovens § 17

Kommunen skal som led i at arbejdsfastholde sygedagpengemodtagere i ansættelsesforhold fremme gradvis tilbagevenden til arbejdspladsen og understøtte, at den sygemeldte har kontakt med arbejdspladsen under sygefraværsforløbet.

Kommunen skal i alle sager med gradvis tilbagevenden sikre, at den sygemeldte genoptager arbejdet i fuldt omfang så hurtigt som muligt.

En *delvis raskmelding* og en gradvis tilbagevenden til jobbet muliggør, at den sygemeldte fastholder sin kontakt til arbejdspladsen samtidig med, at der er tid til hvile, behandling, genoptræning mv.

Virksomhedspraktik i medfør af kapitel 11 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats

Som led i at styrke en tidlig og målrettet indsats over for sygedagpengemodtagere kan kommunen give tilbud efter lov om en aktiv beskæftigelsesindsats til sygemeldte, når det kan fremme, at den sygemeldte hurtigt kan vende tilbage til sit arbejde.

Det betyder også, at den sygemeldte har pligt til at tage imod et rimeligt tilbud, der kan medvirke til, at den sygemeldte kan fastholde tilknytningen til sin hidtidige arbejdsplads.

Virksomhedspraktik på en privat eller offentlig virksomhed er et tilbud til bl.a. personer med andre problemer end ledighed, der har behov for en afklaring af beskæftigelsesmål, eller som på grund af mangelfulde faglige, sproglige eller sociale kompetencer kun vanskeligt kan opnå beskæftigelse på normale løn- og arbejdsvilkår eller med løntilskud.

Tilbuddet gives med henblik på at afdække eller optræne personens faglige, sociale eller sproglige kompetence samt at afklare beskæftigelsesmål.

Virksomhedspraktik kan også gives som led i arbejdsfastholdelse af sygemeldte.

Virksomhedspraktik kan være et middel til fastholdelse på arbejdspladsen i tilfælde, hvor borgeren ikke har arbejdsevne nok til at kunne vende helt eller delvist tilbage, men omvendt godt kan være på arbejdet og medvirke til at løse mindre arbejdsopgaver samt deltage i det kollegiale fællesskab.

Tilbud om fleksjob efter kapitel 13 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats.

Viser det sig, at borgeren efter en beskæftigelsesrettet indsats, med bl.a. afklaring af arbejdsevnen i en virksomhedspraktik, har en så væsentlig og varig nedsat arbejdsevne, at denne ikke længere kan varetage et job på ordinære vilkår, kan der gives tilbud om fleksjob på hidtidig arbejdsplads, forudsat at personen ikke vil kunne varetage et andet job på arbejdsmarkedet på ordinære vilkår.

Hjælpebidler efter § 100 og mentor efter § 78 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats.

Også tilskud til hjælpebidler og mindre arbejdspladsindretninger samt en mentor kan medvirke til at fastholde en person med nedsat arbejdssevne på arbejdspladsen.

Tilskud til hjælpebidler i form af arbejdsredskaber og mindre arbejdspladsindretninger kan ydes med henblik på at fremme, at den sygemeldte bl.a. fastholder ordinær ansættelse.

En forudsætning for tilskuddet er, at tilskuddet er af afgørende betydning for ansættelsen, eller at redskabet eller arbejdspladsindretningen kompenserer for personens evt. begrænsning i arbejdssevnen.

Støtte til en mentorfunktion kan i medfør af § 78 i lov om aktiv beskæftigelsesindsats ydes med henblik på, at personer kan fastholde hidtidigt job.

En mentor er en nuværende medarbejder eller en ekstern konsulent, som varetager arbejdet med at understøtte, at personen kan fastholde sit arbejde m.v.

Mentorstøtten ydes efter kommunens vurdering af behov for støtte under ansættelsen ved betydelsen af et ansættelsesforhold men kan også gives med henblik på fastholdelse.

Mentorstøtten skal ligge ud over, hvad arbejdsgiveren sædvanligvis forventes at varetage, og mentorstøtten skal være afgørende for ansættelsen.

Der er ikke nogen øvre grænse for varigheden, men ordningen er ikke tænkt som en permanent støtte.

Opfølgingsplan efter § 16 i sygedagpengeloven

Kommunen skal ved første samtale, som skal foregå inden udgangen af 8. sygefraværsuge, tage stilling til udarbejdelsen af en opfølgingsplan med særlig fokus på arbejdsfastholdelse og tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Planen udarbejdes senest i tilknytning til 2. opfølgning, dvs. som udgangspunkt efter 3 måneders sygefravær.

Planen skal indeholde mål for opfølgningen, og den konkrete indsats skal fremgå af planen. Planen skal sikre overblik og koordination af indsatsen i den enkelte sag og skal løbende justeres.

I relation til opfølgning på sygedagpengesager er det fastsat i § 8, stk. 2, og § 9, stk. 1, i sygedagpengeloven, at indsatsen skal være sammenhængende og helhedsorienteret, og at kommunen skal koordinere den kommunale indsats med andre, hvis der er behov for det.

Fælles for de forskellige beskrevne indsatser for fastholdelse på den hidtidige arbejdsplads gælder, at der i mange tilfælde vil være behov for en koordineret indsats mellem jobcentret og sundhedsvæsenet, fx praktiserende læge, psykolog, den kommunale sundhedsforvaltning eller sygehus. Herudover vil der ofte være behov for at koordinere indsatsen med arbejdsgiver, den faglige organisation og a-kasser.

Ad 2) Indsats for at sikre personer med nedsat arbejdssevne en tilknytning til arbejdsmarkedet

Jobcentret råder også over en række tilbud, som kan medvirke til, at personer med nedsat arbejdssevne af fysiske, psykiske og/eller sociale årsager, som har mistet tilknytningen til arbejdsmarkedet, igen får mulighed for at bruge deres ressourcer på arbejdsmarkedet. Det kan være sygedagpengemodtagere eller andre grupper af ledige.

Jobcentret kan således – afhængigt af den enkeltes behov og ressourcer – give tilbud om vejledning og opkvalificering efter kap. 10 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, virksomhedspraktik efter kap. 11 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats (jf. oven for) eller løntilskud efter kapitel 12 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats med henblik på, at den enkelte kan få den opkvalificering eller erfaring fra en virksomhed, som er nødvendig, for at få en varig tilknytning til arbejdsmarkedet.

Vejledning og opkvalificering efter kapitel 10 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats

Personer på kontanthjælp, der er ledige og har andre problemer end ledighed, personer på ledighedsydelse eller særlig ydelse, revalidender og personer på sygedagpenge, kan få tilbud om vejledning og opkvalificering, der kan bestå af følgende:

1. Uddannelser, der har hjemmel i lov, som udbydes generelt, og som umiddelbart er rettet mod beskæftigelse på arbejdsmarkedet, og
2. Uddannelser og kurser, der ikke er omfattet af nr. 1, samt særligt tilrettelagte projekter og uddannelsesforløb, herunder praktik under uddannelsesforløbet, danskundervisning og korte vejlednings- og afklaringsforløb.

Personer på ledighedsydelse eller særlig ydelse kan alene få tilbud efter nr. 2.

Tilbuddet skal udvikle eller afdække den lediges faglige, sociale eller sproglige kompetencer med henblik på opkvalificering til arbejdsmarkedet.

Som led i tilbud om vejledning og opkvalificering kan der være behov for samtidig at igangsætte supplerende tilbud som fx rygtræning, psykologbistand m.v. efter anden lovgivning. Der kan aldrig gives behandlingstilbud som led i tilbud efter beskæftigelseslovgivningen.

Virksomhedspraktik i medfør af kapitel 11 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats

Der er mulighed for at give tilbud om virksomhedspraktik i en privat eller offentlig virksomhed til bl.a. personer med andre problemer end ledighed, der har behov for en afklaring af beskæftigelsesmål, eller som på grund af mangelfulde faglige, sproglige eller sociale kompetencer kun vanskeligt kan opnå beskæftigelse på normale løn- og arbejdsvilkår eller med løntilskud.

Tilbuddet gives med henblik på at afdække eller optræne personens faglige, sociale eller sproglige kompetence samt at afklare beskæftigelsesmål.

Løntilskud efter kapitel 12 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats.

Personer med andre problemer end ledighed på kontanthjælp, starthjælp, sygedagpenge, revalideringsydelse og førtidspension kan få tilbud om ansættelse med løntilskud hos offentlige eller private arbejdsgivere.

For modtagere af kontanthjælp, starthjælp og sygedagpenge uden ansættelsesforhold gælder, at de skal have modtaget ydelsen i mere end 6 måneder for at kunne få et tilbud om et løntilskudsjob hos en privat arbejdsgiver.

For revalidender gælder, at betingelsen for at få et job med løntilskud er:

1. At der skal foreligge særlige forhold, herunder fx, at personen er over den sædvanlige uddannelsesalder, tidligere har haft tilknytning til arbejdsmarkedet eller har pligt til at forsørge ægtefælle eller børn.
2. At der er tale om personer i elev- eller lærlingeforløb, som på grund af omfattende fysiske, psykiske eller sociale problemer alene er i stand til at yde en meget begrænset arbejdsindsats.

Tilbud om ansættelse med løntilskud gives med henblik på oplæring og genoptræning af faglige, sociale eller sproglige kompetencer.

Jobplan efter kapitel 9 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats

Forud for afgivelse af et tilbud om vejledning og opkvalificering, virksomhedspraktik eller job med løntilskud skal der udarbejdes en jobplan om, hvordan mulighederne for at få varig beskæftigelse på det almindelige arbejdsmarked kan forbedres.

Der skal dog ikke udarbejdes en jobplan, hvis tilbuddet varer op til 4 uger, eller hvis tilbuddet er blevet fastsat under en jobsamtale og er rettet mod beskæftigelse inden for områder, hvor der er behov for arbejdskraft.

Jobplanen skal drøftes med personen ved en jobsamtale og underskrives af personen og jobcenteret. Jobplanen skal indeholde oplysninger om

1. personens beskæftigelsesmål og planer for tilbud,
2. eventuelt aftalte tilbud,
3. ansvar for tilmelding til tilbud,
4. tidspunkt for påbegyndelse af aftalte tilbud, og
5. ansvar og dato for opfølgning.

Er der tale om en revalidend, skal jobplanen endvidere indeholde en beskrivelse af personens mulighed for optagelse på en uddannelse og for endelig erhvervsmæssig placering. Er tilbuddet virksomhedspraktik eller job med løntilskud, skal planen tillige angive, hvordan virksomheden deltager i forløbet samt jobcenterets bistand til virksomheden.

Er der tale om personer, der får udbetalt sygedagpenge, skal der udarbejdes en opfølgingsplan efter § 16 i sygedagpengeloven med mål for opfølgningen, og hvor den konkrete indsats er beskrevet, jf. ovenfor.

Tilbud om revalidering efter § 46 i lov om aktiv socialpolitik

Er tilbud efter beskæftigelseslovgivningen, herunder tilbud i undervisningssektoren, ikke tilstrækkelige til at bringe personen tilbage til arbejdsmarkedet, kan der gives tilbud om revalidering, hvis der er en realistisk mulighed for, at revalidering kan føre til hel eller delvis selvforsørgelse.

Revalidering er således subsidær i forhold til andre erhvervsrettede foranstaltninger. Personer der ønsker uddannelse, omskoling eller lignende skal derfor bruge de almindelige uddannelses- og beskæftigelsestilbud, hvis det kan bringe personen tilbage på arbejdsmarkedet.

Tilbud om fleksjob efter kapitel 13 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats

Tilbud om fleksjob kan gives, hvis personen har en så væsentlig og varig nedsat arbejdsevne, at personen ikke kan varetage et job på ordinære vilkår – og det gælder enhver form for job på arbejdsmarkedet.

Hjælpeidler efter § 76 og mentor efter § 78 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats.

I forbindelse med tilbud efter kapitel 10 – 12 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats (vejledning og opkvalificering, virksomhedspraktik og løntilskud) kan der ydes tilskud til hjælpeidler med henblik på at understøtte, at personen kan få og deltage i tilbuddet. Tilskud til hjælpeidler kan gives som tilskud til undervisningsmateriale, arbejdsredskaber og mindre arbejdspladsindretninger. I stedet for tilskud kan hjælpeidler gives som udlån, når det i fuldt omfang tilgodeser behovet.

For tilskud til arbejdsredskaber og mindre arbejdspladsindretninger gælder, at det er en betingelse, at tilskuddet er af afgørende betydning for, at personen kan deltage i tilbuddet, eller at redskabet eller indretningen kompenserer for personens eventuelle begrænsning i arbejdssevnen.

Formålet med at yde tilskud til hjælpemidler er at understøtte, at personen kan deltage i tilbud eller opnå/fastholde et almindeligt arbejde.

Endvidere kan der gives støtte til mentor med henblik på at fremme, at personen kan fastholdes i aktiviteter og tilbud. Støtte til mentor kan også gives forud for borgerens deltagelse i tilbud, såfremt støtten har et beskæftigelsesrettet sigte fx støtte til indsatser, der fjerner praktiske hindringer for, at en person kan begynde at arbejde som bl.a. støtte til kontakt til læge mv.

Også i relation til personer, der står uden for arbejdsmarkedet på grund af begrænsninger i arbejdssevnen, gælder, at en vellykket indsats for at bringe personen tilbage til arbejdsmarkedet i udstrakt grad forudsætter den fornødne koordinering med øvrige relevante aktører, herunder ikke mindst sundhedssektoren.

2.4. Undervisningslovgivningen

Kommunerne skal sørge for, at borgere (børn og voksne) med medfødte eller erhvervede behov for specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand kan få tilbud herom.

Specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand kan som led i et rehabiliteringsforløb indeholde tilbud, der afhjælper eller begrænser virkningerne af en funktionsevnenedsættelse ved at give undervisning i og rådgivning om nye metoder, teknikker og strategier samt eventuel anvendelse af (IT) hjælpemidler.

Specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand indgår ofte som led i rehabilitering i forbindelse med undersøgelse og/eller behandling indenfor sundhedsvæsenet.

På voksenområdet kan der også være tale om et tilbud, der i samarbejde med den nødvendige sundheds- og socialfaglige bistand indgår i erhvervsrettede forløb på kommunale jobcentre, som retter sig mod personer, der er i fare for at miste deres arbejde fx pga. tab af syns- eller høreevne.

Lov om specialundervisning for voksne³⁰

Specialundervisning for voksne er undervisning og specialpædagogisk bistand, der har til formål at afhjælpe eller begrænse virkningerne af borgerens funktionsnedsættelse. I § 1, stk. 1, i lov om specialundervisning for voksne kaldes dette tilbud kompenserende specialundervisning.

Det kan fx være undervisning i særlige taleteknikker for strubeløse, tegnsprog for døvblevne, teknologisk kommunikation ved sprog-, tale og skriftsproglige vanskeligheder, herunder blindskrift, samt særlige mestringsstrategier og værktøjer for strukturering, hukommelse m.v. i forbindelse med personlighedsmæssige, psykiatriske og psykologiske vanskeligheder.

Af § 2 i bekendtgørelse om specialundervisning for voksne fremgår, at der ud over kompenserende specialundervisning kan gives tilbud om specialpædagogisk bistand i form af rådgivning og vejledning, der skal sikre deltagerens udbytte af specialundervisningstilbuddet. Det kan eksempelvis være en afdækning af deltagerens behov for undervisning eller rådgivning om hen-

³⁰ Jf. Vejledning nr. 9396 af 2. juli 2009 om specialundervisning for voksne.

sigtsmæssige hjælpemidler. Rådgivningen og vejledningen kan rettes mod deltageren selv, mod en gruppe af deltagere og mod eventuelt personale, der varetager opgaver i forhold til deltageren.

Af § 2 i bekendtgørelse om specialundervisning for voksne fremgår desuden, at der kan gives tilbud om hensyntagende specialundervisning som et supplement til den kompenserende undervisning. Med den hensyntagende specialundervisning er det muligt at fæstne og udbygge opnåede kompetencer. Det er dog en forudsætning, at den hensyntagende undervisning gives som led i en samlet undervisningsplan med et kompenserende sigte.

Kommunerne skal tilbyde specialundervisning for voksne til alle, der har opfyldt undervisningspligten (deltageren skal altså ikke være fyldt 18 år), hvis de har en funktionsnedsættelse, der kan afhjælpes eller begrænses gennem det specialpædagogiske tilbud.

Der skal ikke gives tilbud om specialundervisning for voksne, hvis borgeren kan modtage andre relevante tilbud med samme formål efter anden lovgivning.

Specialundervisning for voksne tilbydes på specialskoler, kommunikationscentre (tale, - høre-, og synsinstitutter) og af private initiativtagere (efter en driftsoverenskomst med en kommune).

Ordblindeundervisning for voksne³¹

Ordblindhed er en medfødt funktionsnedsættelse. Men i tilfælde, hvor ordblindhed først opdages og erkendes sent, kan den kompenserende indsats fungere som et afgørende led i rehabiliteringen.

Voksne, der fx i forbindelse med et rehabiliteringsforløb får konstateret ordblindhed, kan efter en visitation få tilbud om ordblindeundervisning. Ordblindeundervisningen tilbydes i henhold til bekendtgørelse om ordblindeundervisning for voksne.

Ordblindeundervisningens indhold skal medvirke til at forbedre deltagerens mulighed for at benytte kompenserende strategier og metoder, der øger deltagerens mulighed for at fungere i beskæftigelse, uddannelse, samfundslivet og privatlivet.

Der skal være tale om ordblindeundervisning, som ikke ydes i henhold til anden lovgivning. Alle voksenuddannelsescentre (VUC) udbyder ordblindeundervisning for voksne. Derudover udbydes undervisningen af institutioner med overenskomst med VUC.

Specialundervisning til børn

Ifølge folkeskolelovens § 3, stk. 2, skal folkeskolen tilbyde specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand til elever, hvis udvikling kræver en særlig hensyntagen eller støtte.

Folkeskoler skal endvidere tilbyde specialpædagogisk bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen.

I følge § 2 i bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand omfatter tilbuddet blandt andet undervisning og træning i funktionsmåder og arbejdsmetoder, der tager sigte på at afhjælpe eller begrænse virkningerne af psykiske, fysiske, sproglige eller sensoriske funktionsvanskeligheder.

Det er primært dette element i folkeskolens tilbud om specialpædagogisk bistand, der er relevant i relation til rehabilitering. Bestemmelsen sikrer førskolebørn og undervisningspligtige børn

³¹ Jf. Vejledning nr. 3. af 4. januar 2010 om ordblindeundervisning for voksne

og unge samme type kompenserende tilbud, som voksne får efter lov om specialundervisning for voksne.

Der er regelsæt med samme formål i de respektive lovgivninger vedrørende elever på friskoler, private grundskoler, efterskoler og ungdomsskoler.

2.5. Sammenfatning

Rehabilitering nævnes ikke i lovgivningen på nogen af de fire sektorområder som en særlig opgave eller et særligt ansvarsområde. Dog er lovbestemte ydelser og tilbud som "genoptræning", "personlig og praktisk hjælp", "revalidering" og "kompenserende specialundervisning" eksempler på ydelser og tilbud, som kan indgå i rehabiliteringsindsatser.

3. Målgrupper for rehabilitering

Målgruppen for rehabiliteringsindsatser er borgere med nedsat funktionsevne, forårsaget af fx ulykke, helbredsmæssige eller sociale problemstillinger, der har brug for en sammenhængende tværfaglig indsats for at genvinde funktionsevnen.

Det betyder, at borgere med rehabiliteringsbehov kan have behov for indsatser fra forskellige forvaltnings- og fagområder.

Den enkelte borgers rehabiliteringsforløb vil ofte påbegyndes i en af de kommunale forvaltninger, alt efter hvad der er den centrale problemstilling, og hvilken indgang til ydelser og tilbud, borgeren har.

Uanset henvendelsesårsag og indgang må borgerens første kontakt med kommunen ikke begrænse adgangen til relevante ydelser fra andre kommunale forvaltningsområder, hvis borgeren har behov herfor.

3.1. Generelt anvendte målgrupper for rehabilitering

Til støtte for sagsbehandlingen, tildeling af ydelser, koordinering af indsatsen samt kommunens overordnede planlægning arbejdes der indenfor de forskellige områder ofte med overordnede målgrupper.

En konkret individuel vurdering af borgerens samlede rehabiliteringsbehov bør dog altid udgøre det faglige grundlag for at iværksætte indsatser.

Sundhedsområdet

På **sundhedsområdet** er målgruppen for rehabilitering borgere, hvis funktionsevne er nedsat som følge af somatisk eller psykisk sygdom, misbrug eller ulykker.

Sygdomme og diagnoser er ikke i sig selv afgørende, når målgrupper for rehabilitering defineres. Det er derimod følgerne af sygdommen, som påvirker funktionsevnen, samt den enkeltes evne til at mestre sygdommen, som er central for vurdering af rehabiliteringsbehovet og indsatsen.

Mange sygdomme, som påvirker kredsløb, immunsystem og vejrtrækning, medfører nedsat funktionsevne, som giver behov for rehabilitering. Det kan fx være hjertesygdomme og lunge-sygdomme.

Sygdomme, der påvirker stofskiftet, immunsystemet og hormonsystemet, kan medføre nedsat funktionsevne, som giver behov for rehabilitering.

Påvirkning af bevægeapparatet, dvs. knogler, led, muskler og bevægelsesfunktioner forårsaget af fx ryg-, muskel- og gigtsygdomme, kan give nedsat funktionsevne, som giver behov for rehabilitering.

Nogle sygdomme og tilstande kan påvirke mange funktioner på én gang, fx neurologiske sygdomme, følger af ulykker med omfattende skader og sygdomme med fremadskridende forløb.

En målgruppe for rehabilitering er borgere med påvirkede mentale/kognitive funktioner. Fx borgere, som efter sygdom eller ulykke har fået en hjerneskade, som har påvirket hjernens funktioner. Kognitive funktioner påvirkes tillige ved psykiske sygdomme og misbrug, der derfor også kan medføre nedsat funktionsevne. Nedsatte eller mistede kognitive funktioner påvirker ofte

andre områder af den samlede funktionsevne både i forhold til udførelse af aktiviteter og i forhold til social deltagelse og arbejdsevne.

En anden målgruppe for rehabilitering er borgere med påvirkning af sanseapparatet. Det kan fx være borgere med synstab/synsnedsættelse eller høretab/hørenedsættelse. Funktionsnedsættelser af syn, hørelse og andre sanser påvirker mulighederne for udførelse af aktivitet og deltagelse i samfundet.

Socialområdet

På **socialområdet** arbejdes der ofte med overordnede målgrupper som 'børn og unge', 'socialt udsatte', 'mennesker med handicap' og 'ældre'. Hjælp efter serviceloven kan dog også være relevant for borgere, som normalt ikke henregnes til socialområdets mere traditionelle målgrupper, fx fordi de på grund af sygdom, ulykke eller andre forhold midlertidigt har behov for støtte.

I praksis skal man endvidere være opmærksom på, at der mange gange er overlap mellem de overordnede grupper og på, at tildelingen af ydelser i en rehabiliteringsindsats altid beror på en vurdering af den enkelte borgers behov ud fra de betingelser for at yde støtte, som knytter sig til den aktuelle bestemmelse i serviceloven.

Serviceloven retter sig mod alle, både børn, unge og voksne, der opholder sig lovligt i Danmark, og som har behov for støtte på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller som har særlige sociale problemer.

Tekstboks 3.1. Målgruppeklassifikationer og fælles begreber på socialområdet.

På det sociale område er der på voksenområdet udviklet en målgruppeklassifikation til voksne med psykisk og/eller fysisk funktionsevnenedsættelse og sociale problemer. Formålet med at udvikle fælles begreber på det sociale område er blandt andet at:

- Sikre mere ensartet socialfaglig dokumentation*
- Generere ledelsesinformation*
- Understøtte udveksling af informationer mellem systemer*
- Danne grundlag for sammenligning af sociale indsatser på tværs og vurdere effekterne af sociale indsatser*

De konkrete begreber kan findes på www.socialebegreber.dk og er indarbejdet i Tilbudsportalen, hvor der er mulighed for bl.a. at søge på tilbud på socialområdet til de definerede målgrupper

En af de overordnede målgrupper for en rehabiliterende indsats på socialområdet er *socialt udsatte* borgere. Det er borgere, som fx er truet af social udstødelse, grupper af sindslidende med særlige vanskeligheder, mennesker med spiseforstyrrelser eller senfølger efter overgreb, hjemløse, misbrugere m.fl. Deenne gruppe af borgere, har som ofte behov for støtte til fx at generhverve basale livsfunktioner eller til at få dagligdagen til at hænge sammen.

En anden overordnet gruppe er *børn og unge*. Den gruppe borgere kan have særlige sociale problemer eller være socialt udsatte på anden vis. Det kan også være børn og unge, der har været udsat for fx overgreb, sygdom eller ulykke, eller som af anden grund har en nedsat funktionsevne eller særlige sociale problemer og som derfor har behov for rehabiliterende ydelser efter serviceloven.

Mennesker med handicap er ligeledes en overordnet målgruppe på socialområdet, som kan have behov for rehabiliterende indsatser. Det gælder både de borgere, som via sygdom eller ulykke har erhvervet en fysisk eller psykisk funktionsevnenedsættelse, og borgere med medfødt(e) handicap, hvor der er sket en forværring af funktionsevnen eller hvor der er opstået til-

stødende problematikker. Målgruppen spænder samtidig fra borgere, der har fået et enkeltstående handicap, som nedsat hørelse eller syn, til borgere, der har fået vidtrækkende fysiske og kognitive handicap, fx som følge af en hjerneskade.

Gruppen af ældre med brug for rehabiliteringsindsatser på det sociale område er ligeledes forskellig, da nogle har brug for en afgrænset indsats, som fx efter en faldulykke, mens andre har et mere massivt behov for hjælp og støtte på grund af flere forskellige sammenfaldende fysiske og psykiske lidelser, som har medført nedsat funktionsevne.

Beskæftigelsesområdet

På beskæftigelsesområdet er det kendetegnende for målgruppen for rehabilitering, at de har andre problemer end ledighed eller problemer i forhold til at kunne fastholde deres ansættelsesforhold. Det indebærer, at en supplerende indsats fra fx sundhedsvæsenet og socialområdet kan være afgørende for, om målgruppen kan få eller bevare en tilknytning til arbejdsmarkedet.

De begrænsninger i arbejdsevnen, som målgruppen kan have i forhold til beskæftigelse, har udspring i mangeartede årsager. Det kan fx dreje sig om en psykisk lidelse/skrøbelighed (permanent, periodisk eller tilbagevendende) og ofte andre relaterede problemstillinger som fx misbrug og/eller begrænsede sociale kompetencer. Herudover kan der være tale om manglende uddannelse samt manglende private netværk og familær støtte og opbakning.

Målgruppen rummer bl.a. udsatte unge uden uddannelse. Disse unge er mere berørte af ledighed og har længere ledighedsperiode end fx unge med en kompetencegivende uddannelse. Mange af disse unge er uden umiddelbare forudsætninger for at kunne påbegynde og gennemføre en uddannelse, da de samtidig kan have problemer med misbrug og manglende familær støtte og opbakning.

Langvarige modtagere af offentlig forsørgelse, herunder sygemeldte, har også en særlig risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet. Generelt for målgruppen af langvarigt sygemeldte gælder, at hovedparten har muskel-skeletlidelser eller psykiske lidelser som fx depression, angst, personlighedsforstyrrelser mv.

Fx får mere end halvdelen af de personer, der får tilkendt førtidspension, tildelt den på baggrund af en psykisk lidelse.

Undervisningsområdet

På specialundervisningsområdet identificeres målgruppen i forbindelse med rehabilitering som børn og voksne, der har en funktionsnedsættelse, der kan afhjælpes eller begrænses gennem undervisning eller anden specialpædagogisk bistand.

Der udpeges ikke særlige handicapgrupper eller funktionsnedsættelser som målgrupper, men erfaringsmæssigt gives tilbuddet ofte til personer med synsnedsættelse, personer med tale-, stemme- og sprogvanskeligheder, personer med hørenedsættelse, personer med erhvervet hjerneskade og personer med psykiatriske, psykiske og sociale vanskeligheder.

Specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand skal kun tilbydes, hvis følgerne af en funktionsevnenedsættelse begrænser personens funktionelle færdigheder i forhold til de daglige opgaver i såvel privatlivet som i samfundslivet (uddannelse, beskæftigelse m.m.).

Det er endvidere et krav for at give tilbud om specialundervisning eller anden specialpædagogiske bistand, at det er sikret, at der foreligger en afdækning af den enkelte deltagers forudsætninger for at modtage tilbuddet. Afdækningen skal foretages på grundlag af udtalelser fra sagkyndige med den fornødne specialpædagogiske viden og med inddragelse af deltageren og/eller dennes pårørende.

3.2. Vurdering af behov for rehabilitering

For at kunne iværksætte en målrettet og systematisk indsats er det vigtigt løbende at foretage en individuel vurdering af borgerens funktionsevne, sætte delmål og slutmål, gennemføre indsatserne, evaluere resultaterne og tilpasse eventuelle fremtidige indsatser herefter.

En individuel vurdering af borgerens funktionsevne kan tage udgangspunkt i såvel funktionsevnenedsættelsens kompleksitet og konstaterede senfølger af evt. sygdomsbehandling som i borgerens samlede livssituation, herunder borgerens evne til egenomsorg.

En faglig vurdering af en borgers nedsatte funktionsevne vil ofte være et tilstrækkeligt grundlag for at iværksætte en indsats. Diagnoser kan indeholde præciserende informationer, men er normalt ikke i sig selv en forudsætning for visitation til de enkelte ydelser eller tilbud. Det betyder også, at en manglende, endnu ikke fastslået eller uspecifik diagnose ikke bør forhindre eller udskyde en indsats mod at rehabilitere en nedsat funktionsevne.

Ligesom den enkelte borger har forskellige rehabiliteringsbehov undervejs i et forløb, kan behovene også være forskellige for borgere med samme funktionsnedsættelse. Det er derfor afgørende, at der altid foretages en individuel vurdering af funktionsevne, helhedssituation og dermed rehabiliteringsbehov.

Udover forskelle i rehabiliteringsbehov, som følge af funktionsevnenedsættelsens sværhedsgrad og kompleksitet, kan forskelle i rehabiliteringsbehov også skyldes forskelle i borgernes personlige ressourcer og dermed evne til fx at mestre egen sygdom. Mindre ressourcestærke borgere vil typisk have behov for flere og andre ydelser og tilbud end mere ressourcestærke borgere.

3.3. Sammenfatning

Inden for de fire lovområder arbejdes der med forskellige overordnede målgrupper for ydelser og tilbud med et rehabiliterende sigte.

Fælles er, at borgere, der har en funktionsevnenedsættelse, herunder en nedsat arbejdsevne, ofte vil være målgruppe for indsatser fra flere lovområder.

Borgernes første kontakt til kommunen må således ikke begrænse adgangen til relevante indsatser inden for andre kommunale forvaltningsområder.

Det er afgørende, at rehabiliteringstilbud gives på baggrund af en individuel vurdering af funktionsevne og helhedssituation og dermed borgerens samlede rehabiliteringsbehov.

4. Ansvar, koordination og samarbejde om rehabiliteringsforløb

Ansvar for rehabilitering er hovedsageligt forankret i kommunerne, men også andre sektorer – særligt sygehuse og almen praksis – har et ansvar.

For at håndtere det delte ansvar og skabe sammenhængende rehabiliteringsforløb mellem sektorer og internt mellem kommunes forvaltninger, bør indsatser i rehabiliteringsforløb koordineres.

Vellykkede rehabiliteringsforløb³² indebærer bl.a.,

- At borgeren er i centrum for forløbet.
- At der er sammenhæng mellem indsatserne i de enkelte sektorer og forvaltninger.
- At det konkrete rehabiliteringsarbejde foregår tværfagligt og har høj kvalitet.

I det følgende sættes fokus på mulighederne for at skabe sammenhæng og kvalitet i den kommunale rehabiliteringsindsats. Først og fremmest ved at sikre mulighed for koordination, samarbejde og vidensdeling internt i kommunen, men også ved samarbejde med andre sektorer – særligt sygehuse og praksissektoren – som har et ansvar på rehabiliteringsområdet.

4.1. Koordination og samarbejde i kommunen

Det er op til kommunalbestyrelsen, hvordan man i den enkelte kommune tilrettelægger rehabiliteringsindsatsen.

En del kommuner anvender fx forløbskoordinatorer og/eller koordinerende teams til at skabe sammenhæng i ydelser og tilbud, der indgår i rehabiliteringsforløb på tværs af de kommunale forvaltninger. Der arbejdes i den forbindelse på beskæftigelsesområdet bl.a. med at udvikle metoder til koordineret og tværfagligt samarbejde med henblik på at få sygemeldte tilbage i arbejde, jf. tekstboks 4.1³³.

Tekstboks 4.1. Det store TTA projekt.

Det store TTA (Tilbagevenden-Til-Arbejdet)-projekt handler om at undersøge, hvorvidt en særlig kommunal struktur og en særlig arbejdsmetode kan nedbringe langtidssygefraværet og muliggøre en hurtigere og varig tilbagevenden til arbejdet for langtidssygemeldte borgere, der modtager sygedagpenge og som risikerer hel eller delvis udstødelse af arbejdsmarkedet.

Kernen i projektet indebærer, at der etableres en struktur med særligt videreuddannede sagsbehandlere – TTA-Koordinatorer – der i et tæt samarbejde med et TTA-Team (psykolog og fysio-/ergoterapeut) samt en klinisk enhed (typisk en arbejdsmediciner og en psykiater) sikrer en grundig afklaring af den sygemeldtes problematikker samt i fællesskab med den sygemeldte lægger en individuel opfølgingsplan, der har et beskæftigelsesrettet sigte.

Kommunerne kan jf. kapitel 2 gøre brug af en række værktøjer i gældende lovgivning til at sikre samarbejde og koordination om rehabiliteringsforløb. Fx genoptræningsplaner efter sundheds-

³² Blandt andet dokumenteret i forhold til personer med dissemineret sclerose, hjerneskade og rygsmerter jf. *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*, Sundhedsstyrelsen, 2011 og *Tværfaglige teams i rehabilitering – overblik på basis af et litteraturstudium*, Syddansk Universitet, 2010.

³³ Som led i sygefraværsaftalen skal der udarbejdes en sygefraværsguide til jobcentermedarbejderne og en guide om bedre samarbejde mellem jobcentre og læger.

lovens § 84, koordinationsplaner efter psykiatrilovens §§ 13a og 13c, jobplaner efter kap. 9 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, opfølgingsplaner efter sygedagpengelovens § 16, mentorordninger efter § 78 i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats og sociale handleplaner efter servicelovens §§ 140 og 141.

Tekstboks 4.2. Koordination ved bl.a. sygefravær og revalidering.

De kommunale jobcentre skal efter behov inddrage relevante aktører i opfølgningen af sygefravær, herunder arbejdsplads, læge, arbejdsløshedskasse, faglig organisation, revalideringsinstitutioner, sygehuse og sygehusafdelinger.

I sager om revalidering, fleksjob og i nogle sygedagpengesager skal kommunen udarbejde en ressourceprofil. Som led i udarbejdelse af ressourceprofilen vil den praktiserende læge, speciallæger, sygehuse, psykologer og behandlingsinstitutioner samt virksomheder, faglige organisationer. A-kasse og arbejdsformidlingen være relevante aktører, som afhængigt af den enkeltes situation kan inddrages.

Tekstboks 4.3. Sociale handleplaner efter serviceloven.

*For voksne under folkepensionsalderen med betydeligt nedsat funktionsevne eller alvorlige sociale problemer er det efter servicelovens § 141 obligatorisk, at kommunen tilbyder borgeren at udarbejde en **handleplan** for indsatsen. En handleplan skal angive formålet med indsatsen, hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet, den forventede varighed af indsatsen samt andre særlige sociale forhold vedrørende boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, hjælpemidler mv. Handleplanen skal således klargøre målet med indsatsen og sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, som samtidig tydeliggør forpligtelsen for alle involverede personer, instanser og forvaltningsgrene. Samtidig bidrager udarbejdelsen af en handleplan til at styrke borgerens indflydelse på sagsbehandlingen, da den så vidt mulig skal udarbejdes i samarbejde med borgeren. Kommunalbestyrelsen har herudover efter servicelovens § 140 pligt til at udarbejde handleplaner til børn, inden der træffes eventuelle afgørelser om foranstaltninger efter servicelovens §§ 52 og 76.*

Det er op til den enkelte kommunalbestyrelse at planlægge og tilrettelægge indsatsen ud fra lokale forhold. Kommunen kan vælge at gøre brug af egne tilbud, regionale tilbud eller private tilbud, herunder specialsygehuses tilbud. Kommunerne kan også indgå tværkommunale samarbejder, ligesom de kan samarbejde med patientforeninger om fx patientuddannelse og egenomsorg.

Flere kommuner samarbejder i den forbindelse om indsatser, fx på genoptræningsområdet. Samarbejdet har til formål at udnytte de involverede kommuners ressourcer mest effektivt, således at der kan gives relevante tilbud til alle typer patienter, herunder også patienter med komplekse behov, som efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt vurderet behov for genoptræning

Sammenhængende rehabiliteringsforløb gør borgerne mere selvhjulpne, hvorfor sammenhængende rehabiliteringsforløb kan være med til at forebygge, udskyde og reducere borgernes behov for hjælp og støtte og på længere sigt give kommunerne økonomiske gevinster gennem færre udgifter til pleje og behandling.

Kommunerne skal ved tilrettelæggelse af indsatserne være opmærksomme på, at borgeren i forhold til enkelte tilbud har mulighed for frit valg af leverandør.

Kommunerne skal desuden sikre den enkelte borger mulighed for at medvirke ved behandlingen af sin sag. Det fremgår fx af § 4 i *lov om retssikkerhed og administration på det sociale område*, at "borgeren skal have mulighed for at medvirke ved behandlingen af sin sag. Kommu-

nen tilrettelægger behandlingen af sagerne på en sådan måde, at borgeren kan udnytte muligheden³⁴.

4.2. Det regionale ansvar for rehabiliteringsindsatser

Sundhedsvæsenets opgaver udføres overordnet af regionernes sygehusvæsen, praksissektoren, herunder alment praktiserende læger og fysioterapeuter, og af kommunerne.

Regionernes sygehuse har ansvar for dele af rehabiliteringsindsatsen fx genoptræning under indlæggelse, for behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet, og for patientrettet forebyggelse som led i sygehusbehandling. Regionerne har samtidig leveringsansvaret for specialiseret genoptræning efter udskrivning fra sygehus³⁵.

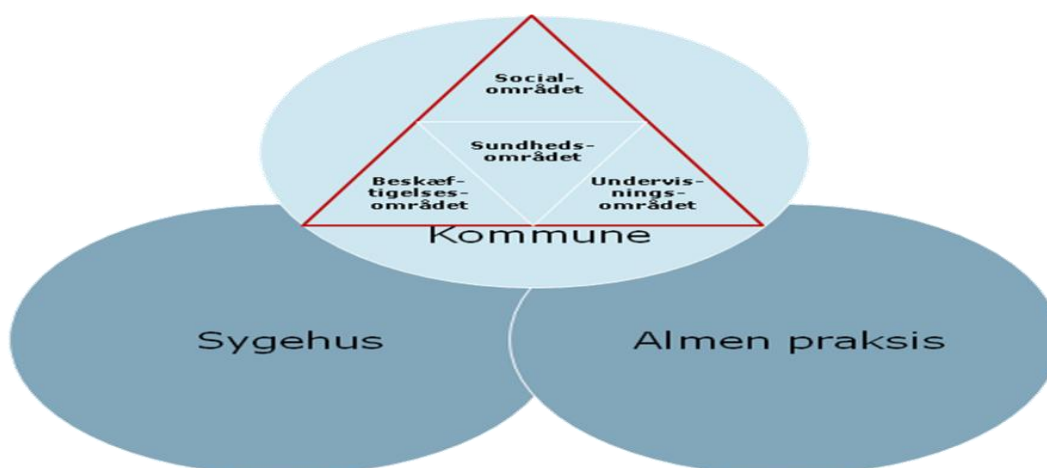
Regionerne har herudover ansvar for at rådgive kommunerne om fx patientrettet forebyggelse og kvalitet og forskning på sundhedsområdet samt for indsatser i praksissektoren via overenskomstregulerede aftaler med privatpraktiserende læger og speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter og psykologer.

Én af almen praksis' kernefunktioner er, at lægerne skal have indsigt i patientens behandlingsforløb, herunder at kende til og støtte patienten i forløb, der involverer sygehus og kommune. Det gælder fx i forhold til borgere med kronisk sygdom, hvor motiverende samtaler og information om sygdommen er vigtige for borgerens mulighed for egenomsorg.

Kommunalbestyrelser, regionsråd og almen praksis skal jf. sundhedslovens § 119 samarbejde om at udvikle indsatser over for kronisk og langvarigt syge.

En styrket indsats over for kronisk og langvarigt syge forudsætter bl.a. sammenhængende patientforløb, hvorfor tilrettelæggelse af bl.a. patientrettet forebyggelse og ind- og udskrivningsforløb også er obligatoriske emner i sundhedsaftalerne, jf. nedenfor.

Figur 4.1. Centrale sundhedsaktører i en rehabiliteringskontekst.



³⁴ Også inden for andre områder har kommunerne pligt til at inddrage borgeren. Det fremgår fx af bekendtgørelse nr. 1402 af 13. december 2006 om beskrivelse, udvikling og vurdering af arbejdsevne, at "udarbejdelse og anvendelse af ressourceprofilen skal tage udgangspunkt i en samtale med borgeren". Også i forhold til specialpædagogisk bistand skal den voksne subsidært barnets forældre, jf. lovgivningen på området, inddrages.

³⁵ Læs mere om patientrettet forebyggelse i *Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3*, Sundhedsstyrelsen, 2009.

4.3. Koordination og samarbejde mellem kommunen og andre sektorer

For at sikre koordination og samarbejde mellem sektorer kan kommuner, sygehuse og almen praksis benytte sig af en række etablerede samarbejdsfora for kommunikation og vidensdeling, jf. tabel 4.1.

Disse samarbejdsorganer kan enten som "sundhedskoordinationsudvalgene" være obligatoriske efter gældende lov eller som "samarbejdsudvalg" og "praksisudvalg" være nedsat i henhold til gældende overenskomst mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Endelig kan de også nedsættes frivilligt af kommuner eller regioner.

Kommunerne kan fx nedsætte rådgivende udvalg – kommunal-lægelige udvalg – bestående af lokale praktiserende læger og kommunale repræsentanter. Udvalget har til formål at styrke samarbejdet om lokale sociale og sundhedsmæssige problemstillinger og deres løsninger.

På mellemkommunalt niveau er der også etableret samordningsudvalg mellem kommuner, almen praksis og sygehuse. Samordningsudvalgene skaber mulighed for en konkret opfølgning på sundhedsaftaler samt drøftelse af udfordringer i forhold til at håndtere konkrete problemer i samarbejdet om patientforløb fx om overgange fra sygehus til kommune/egen læge.

Tabel 4.1. Eksempler på centrale etablerede samarbejdsfora mellem kommuner, sygehuse og almen praksis.

	Almen praksis	Kommune
Region	Samarbejdsudvalg (under overenskomsten for almen praksis) Samordningsudvalg	Sundhedskoordinationsudvalg, Samordningsudvalg
Kommune		KL Kommunekontaktråd
Almen praksis	PLO Praksisudvalg Lægelaug	Sundhedskoordinationsudvalg Samordningsudvalg Samarbejdsudvalg Kommunal-lægelige kontaktudvalg

Hver af landets fem regioner skal iflg. sundhedslovens § 205 indgå en sundhedsaftale med hver kommune i regionen om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet en gang i hver valgperiode³⁶. Region og kommune skal som minimum indgå aftale vedrørende:

- 1) indlæggelses- og udskrivningsforløb
- 2) træningsområdet
- 3) behandlingsredskaber og hjælpemidler
- 4) forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
- 5) indsatsen for mennesker med sindslidelser
- 6) opfølgning på utilsigtede hændelser

³⁶ Læs mere om sundhedsaftaler og sundhedskoordinationsudvalg i *Vejledning om sundhedsaftaler og sundhedskoordinationsudvalg*, Sundhedsstyrelsen, 2009.

På det sociale område skal kommuner og regioner ifølge § 6 i lov om social service og § 185 b i lov om almene boliger årligt indgå en rammeaftale om varetagelsen af opgaverne på det sociale område og det almene ældreboligområde.

Tekstboks 4.4. Rammeaftaler på det sociale område, det almene ældreboligområde og på undervisningsområdet.

Kommunalbestyrelserne i hver region og regionsrådet skal hvert år indgå en rammeaftale om en række typer af tilbud på det sociale område og det almene ældreboligområde bestående af en udviklingsstrategi og en styringsaftale. Aftalen skal være med til:

- at sikre og styre den faglige udvikling af tilbuddene på tværs af kommunegrænser, så alle kommuner til stadighed er i stand til at tilbyde de rigtige tilbud af høj kvalitet også til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer,

- at skabe synlighed og gennemsækelighed om kapacitet, behov for pladser samt takst- og udgiftsudvikling og

*- at sikre koordinering og udvikling af nye tilbud særligt til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer, så ekspertise og ressourcer på særlige områder anvendes hensigtsmæssigt**

På specialundervisningsområdet sørger regionsrådet for, at der hvert år indgås en årlig rammeaftale med kommunalbestyrelserne i regionen.

Rammeaftalen danner grundlag for regionsrådets tilpasning af regionens undervisningstilbud. I rammeaftalen fastlægges desuden de regionale undervisningstilbuds pladsantal, takster for køb af pladser samt regionsrådets forpligtelse til at søge for den løbende faglige udvikling af de regionale undervisningstilbud.

[Ad) Jf. lovforslag L 100, som er under behandling i Folketinget]*

Udskrivningskonferencer og -koordinatorer

Der er generelt stort fokus på overgange fra sygehus til kommune og/eller egen læge. Således beskrives indlæggelses- og udskrivningsforløb bl.a. i de lovpligtige sundhedsaftaler, hvor det er et obligatorisk indsatsområde. Regioner og kommuner arbejder med at få etableret systemer og procedurer for udskrivningsforløb, så der er klarhed om, hvornår kommunen tager over fra sygehuset med henblik på videre rehabilitering i kommunalt regi.

Brug af udskrivningskonferencer og/eller udskrivningskoordinatorer er den typiske organisering af udskrivningsforløb mellem sygehus og kommune.

Ved udskrivningskonferencer mødes kommunen og evt. patientens egen læge på sygehuset for at planlægge og tilrettelægge patientens udskrivning fra sygehuset og koordinere de relevante indsatser.

De steder, hvor ordningen er iværksat, er udskrivningskoordinatoren typisk en kommunal visitator, der arbejder på sygehuset, og som tager kontakt til patienten tidligt i forløbet for at forberede de foranstaltninger, der skal træffes i kommunerne forud for udskrivning af patienten.

Forløbsprogrammer på sundhedsområdet

Samarbejde om tværgående rehabiliteringsforløb håndteres desuden via forløbsprogrammer på sundhedsområdet.

Et forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given kronisk tilstand. Programmet baseres på anvendelse af evidensbaserede anbefa-

linger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling mellem sygehuse, almen praksis og kommuner samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter³⁷.

Regeringen udmøntede i 2010 over en ½ mia. kr. til gennemførelse af lokale forløbsprogrammer for mennesker med kronisk sygdom.

I 2011 offentliggør Sundhedsstyrelsen forløbsprogrammer for mennesker med traumatiske hjerneskader og tilgrænsende lidelser samt apopleksi.

Med kræftplan III er der afsat midler til forløbsprogrammer, så personer, der har haft kræft, kan vende tilbage til en meningsfuld hverdag, og dem, der ikke kan helbredes, får den nødvendige støtte og lindring.

Praksiskonsulenter

For at styrke samarbejdet mellem kommuner, sygehuse og almen praksis gør kommuner og regioner i stigende omfang brug af praksiskonsulenter.

Praksiskonsulenter er typisk alment praktiserende læger, der har til opgave at facilitere et godt samarbejde med kommuner og sygehuse i forhold til fx sygedagpengeområdet og håndtering af kronisk sygdom m.v.

Praksiskonsulenten er det lokale bindeled til almen praksis og har typisk også til opgave at bidrage med almen praksis vinkel i udarbejdelse af patientforløbsbeskrivelser, ligesom praksiskonsulenten kan give kommunerne sparring i forhold til opgaver på sundhedsområdet.

Derudover kan praksiskonsulenten formidle informationer til almen praksis vedrørende kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud til borgeren.

Tekstboks 4.5. Elektronisk henvisning til kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud.

KL, Lægeforeningen og Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger til bedre elektronisk kommunikation ved praktiserende lægers henvisning til kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud. Kommuner, der ønsker at fremme de digitale muligheder, kan finde information i KL's vejledning. Heri beskrives tiltag, der tilsammen kan effektivisere den samlede henvisningsprocedure: a) Indførelse af elektronisk kommunikation gennem MedCom-standarder, b) Ensartet udveksling af patientoplysninger og c) Samlet indgang til sundheds- og forebyggelsestilbud via sundhed.dk eller regionale hjemmesider.

4.4. Kvalitetssikring og styring: Kommunikation, registrering, monitoring og vidensdeling

Kommunernes opgaver på rehabiliteringsområdet kræver information og viden. For bedst muligt at kunne tilrettelægge de lokale indsatser er det nødvendigt at kende sundhedstilstanden hos kommunens borgere og kende til hvilke sundhedsudfordringer, der findes i forskellige dele af kommunen.

Data fra fx den kommunale dokumentationsmodel på sundhedsområdet kan styrke kommunernes viden om borgernes sundhedstilstand og bidrage til udbredelsen af bedste praksis i kommunerne.

³⁷ Læs mere om forløbsprogrammer i *Forløbsprogram for kronisk sygdom*, Sundhedsstyrelsen, 2008.

Tekstboks 4.6. Den kommunale dokumentationsmodel på sundhedsområdet.

Regeringen er i samarbejde med KL og Danske Regioner blevet enige om at udvikle et nationalt sæt af indikatorer, som skal skabe et enkelt og overskueligt overblik over den kommunale sundhedsindsats.

Der er i alt udvalgt 27 nationale indikatorer, som tilsammen udgør dokumentationsmodellen på det kommunale sundhedsområde. De valgte indikatorer afdækker udgifter, aktiviteter og resultater på seks kommunale sundhedsområder.

Samtlige indikatorer forventes offentliggjort sommeren 2011. Indikatorerne skal bidrage til en national monitorering af den kommunale sundhedssektors opgavevaretagelse, herunder effekten af en mere sammenhængende struktur på sundhedsområdet.

Kommunerne har via det kommunaløkonomiske sundhedsinformationsgrundlag (KØS) mulighed for at koble kommunale data med regionale sundhedsdata. Kommunerne får dermed bedre muligheder for at lave analyser af sammenhænge mellem regionale og kommunale indsatser og får dermed mulighed for bedre at planlægge og prioritere indsatser samt for at vurdere deres effekt.

Tekstboks 4.7. Kommunaløkonomisk sundhedsinformationsgrundlag.

Det kommunaløkonomiske sundhedsinformationsgrundlag (KØS) indeholder et udsnit af data fra de kommunale omsorgssystemer, Beskæftigelsesministeriets arbejdsmarkedsdatabase DREAM, CPR-registret og data fra Landspatientregistret.

Gennem KØS kan kommunerne bl.a. få viden om, hvorvidt KOL-patienter, der har været igennem et kommunalt sundhedstilbud, fx om hvordan man lever med kronisk sygdom, gør mindre brug af sundhedsydelse på sygehus eller hos praktiserende læge.

KØS er etableret i et samarbejde mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet, KL og en række kommuner.

Kommunerne har også i den Danske Kvalitetsmodel adgang til et frivilligt kvalitetssikrings- og udviklingssystem, som kan bidrage til højere kvalitet i de kommunale sundhedsydelser, herunder som redskab til at fremme kvaliteten af patientforløb og til at skabe en sammenhængende organisation.

Tekstboks 4.8. Den Danske Kvalitetsmodel.

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), er et nationalt og tværgående kvalitetsudviklingssystem for sundhedsvæsenet. Alle offentlige danske sygehuse samt de privathospitaler og -klinikker, der har aftale med regionerne under det udvidede frie sygehusvalg er omfattet af DDKM på sygehusområdet. Derudover er apotekerne omfattet af DDKM. Standarderne på det præhospitale område er færdigtestede og overdrages til implementering. Det forventes, at der udarbejdes standarder til praktiserende læger m.fl.. Endeligt er de første kommuner på frivillig basis i gang med at indføre DDKM for kommuner.

Der er indtil videre godkendt 31 akkrediteringsstandarder i DDKM for kommuner, som bl.a. omfatter standarder for godoptræning, kroniske sygdomme og koordinering, kontinuitet og overgange.

Kommunerne vil ofte have brug for at tilbyde borgere med rehabiliteringsbehov indsatser på tværs af lovgivningsområder. Iflg. § 5 i Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område skal kommunen fx behandle ansøgninger og spørgsmål om hjælp i forhold til alle de muligheder, der findes for at tilbyde hjælp efter den sociale lovgivning, herunder også rådgiv-

ning og vejledning. Kommunen skal desuden være opmærksom på, om der kan søges om hjælp hos en anden myndighed eller efter anden lovgivning³⁸

Koordination og samarbejde på tværs af forvaltninger indebærer et behov for at udveksle oplysninger af fortrolig karakter mellem myndigheds personer bl.a. inden for og mellem kommunale forvaltninger.

Ved behandlingen og tilrettelæggelsen af rehabiliteringsforløb på tværs af forskellige forvaltninger eller mellem fx kommune og alment praktiserende læge skal der tages hensyn til de almindeligt gældende regler om samtykke, udveksling og videregivelse af fortrolige og personfølsomme oplysninger.

Nærmere regler om indhentelse af samtykke, udveksling og videregivelse af fortrolige og personfølsomme oplysninger fremgår af forvaltningsloven og persondataloven. Hvilket lovgrundlag, der finder anvendelse, afhænger af, hvordan sagen behandles. Når en sag behandles elektronisk, finder persondatalovens regler anvendelse.

Behandles en sag om rehabilitering på tværs af flere sektorer eller forskellige dele af kommunen, skal de pågældende medarbejdere være opmærksomme på at indhente samtykke fra borgeren til, at oplysninger om borgeren, der indgår i sagens behandling, kan udveksles mellem de forskellige parter ligesom borgeren – såfremt det er relevant i forhold til behandlingen af sagen – skal give samtykke til, at der indhentes oplysninger fra andre dele af kommunen eller fra andre sektorer med henblik på behandling af sagen.

Ved sagens behandling skal den ansvarlige myndighed naturligvis være opmærksom på forvaltningslovens øvrige regler om vejledningspligt, partshøring, tavshedspligt, begrundelse, klagevejledning m.v.³⁹

4.5. Sammenfatning

Kommunerne er hovedaktør på rehabiliteringsområdet, idet ansvaret for ydelser og tilbud med et rehabiliterende sigte hovedsageligt er forankret i kommunerne.

Regionerne har efter sundhedsloven ansvar for rehabiliteringsindsatsen under indlæggelse på sygehus samt for indsatser i praksissektoren via overenskomstregulerede aftaler med fx privatpraktiserende læger, fysioterapeuter og psykologer.

Studier viser, at det er centralt for vellykkede rehabiliteringsforløb, at borgeren er i centrum for forløbet, og at der er sammenhæng mellem indsatserne.

³⁸ Læs mere om behandling af sager, frister for afgørelser, helhedsvurdering, samarbejde mellem kommuner og private, klageadgang og forvaltningsretlige grundprincipper, herunder persondataloven i *Vejledning om retssikkerhed og administration på det sociale område*.

³⁹ Læs mere om patienters retsstilling i *Vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.*

5. Eksempler på sammenhængende rehabiliteringsforløb

Kommunerne har hovedansvaret for rehabiliteringsindsatser efter forskellige lovgivninger, hvilket giver kommunerne grundlag for at tilrettelægge sammenhængende, tværfaglige rehabiliteringsforløb.

Mange forløb iværksættes og afsluttes gnidningsløst og udgør derfor heller ikke en større faglig eller organisatorisk udfordring for hverken kommunen eller borgeren.

Nogle forløb kan være mere komplicerede. Der kan være tale om borgere, som efter sygdom eller ulykke har fået omfattende funktionsevnededsættelse, herunder nedsat arbejdsevne, og har behov for ydelser og tilbud, som skal gives af flere fagfolk fra forskellige forvaltninger efter forskellige regelsæt. Der kan også være tale om, at der er behov for en indsats over meget lang tid, og at indsatsen skal justeres løbende, fordi nye behov opstår.

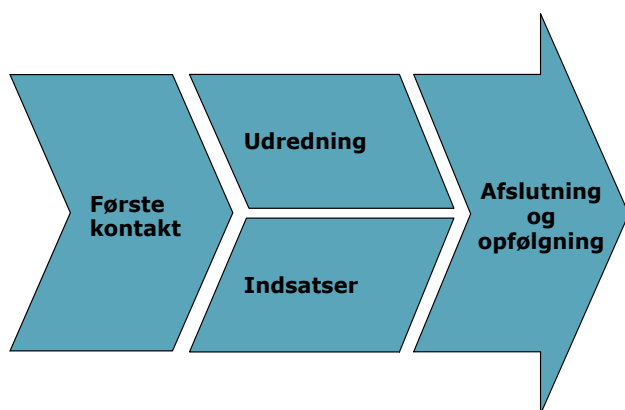
5.1. Faser i et kommunalt rehabiliteringsforløb

Rehabiliteringsforløb kan inddeles i forskellige faser, der alle er centrale i forhold til tilrettelæggelsen af en sammenhængende helhedsorienteret rehabiliteringsindsats.

Faserne omhandler:

- Borgeres første kontakt til kommunen.
- Udredning og afklaring af borgeres funktionsevne og behov for en rehabiliteringsindsats.
- Iværksættelse af rehabiliteringsindsatser.
- Afslutning og opfølgning på en given rehabiliteringsindsats.

Figur 5.1: Faser i et kommunalt rehabiliteringsforløb



Borgeres første kontakt til kommunen

Når borgeren i forbindelse med sygdom, ulykke eller særlige sociale omstændigheder har behov for rehabilitering, vil der være forskellige indgange til kommunen for borgeren. Indgangen kan afhænge af hvilket funktionstab, der er det primære fokus og af, om borgeren fx har været indlagt på sygehus, har talt med egen læge, på egen hånd henvender sig til kommunen eller måske allerede modtager støtte fra en eller flere af kommunens forvaltninger.

Hvis borgeren er indlagt på sygehus, og har behov for opfølgende kommunal rehabilitering, kan det være en fordel, at kommunen inddrages tidligt i forløbet, så den rette indsats kan planlægges, inden borgeren udskrives fra sygehuset.

Borgerens behov for en rehabiliterende indsats kan også identificeres i forbindelse med, at borgeren modtager en anden indsats af kommunen.

Borgerens indgang til kommunen må ikke begrænse adgangen til relevant udredning og til nødvendige tilbud på tværs af kommunale forvaltningsområder. Kommunale medarbejdere skal derfor inddrage og samarbejde i nødvendigt omfang med kolleger i andre forvaltninger og på andre fagområder.

Udredning og afklaring af borgeres funktionsevne og behov for rehabiliteringsindsats

Alt efter borgerens funktionsnedsættelse og situation kan det være relevant at inddrage en eller flere af de metoder, der findes til udredning og afklaring af omfanget af en given funktionsnedsættelse, behov for støtte mv. Det kan fx være relevant at se på gangfunktion, arbejdsevne, vurdering af daglige færdigheder og helbredsundersøgelser.

Viden om eventuelle tidligere indsatser, væsentlige sygdomsoplysninger og andet kan give uddybende informationer om borgeren, herunder fx om prognosen. Disse informationer kan være nyttige, men sjældent nødvendige for tilrettelæggelse af den rehabiliterende indsats.

Borgere i rehabiliteringsforløb vil i de fleste tilfælde opleve forbedringer af funktionsevnen, herunder arbejdsevnen, men i nogle tilfælde kan den enkelte også opleve forværringer, udsving og tilbagevendende problemstillinger, som udløser nye behov. Det er derfor nødvendigt, at der løbende sker en revurdering og tilpasning af behovet for ydelser og tilbud og dermed en tilpasning af den samlede indsats.

Iværksættelse af rehabiliteringsindsats

En central forudsætning for en vellykket indsats er, at indsatsen målrettes den udredte funktionsnedsættelse, og at den herudover retter sig mod de væsentligste problemstillinger i borgerens dagligliv i forhold til hjem, arbejde og fritid.

Et andet væsentligt aspekt for en vellykket indsats er, at samarbejdet med borgeren prioriteres således, at borgeren inddrages og er medbestemmende.

Endelig er en vellykket og kvalificeret rehabiliteringsindsats afhængig af tilstrækkelige faglige kompetencer således, at kvaliteten af indsatsen er høj.

Afslutning og opfølgning på rehabiliteringsindsats

Nogle rehabiliteringsforløb afsluttes uden behov for yderligere indsats, når borgeren helt eller i overvejende omfang har genvundet sin funktionsevne, herunder sin arbejdsevne.

I andre forløb kan borgeren ikke generhverve den fulde funktionsevne og skal fx varigt leve med nedsat funktionsevne eller får på grund af fremadskridende sygdom, alder m.v., yderligere nedsat funktionsevne.

I sådanne forløb skal der tages stilling til borgerens behov for kompenserende ydelser, som for eksempel vedligeholdende fysioterapi, personlig og praktisk hjælp, specialpædagogisk støtte eller hjælpemidler. Hvis arbejdsevnen er varigt og væsentligt nedsat, skal der tages stilling til behov for evt. beskæftigelse på særlige vilkår eller førtidspension.

5.2. Eksempler på koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb

I det følgende præsenteres ni eksempler på sammenhængende rehabiliteringsforløb med forskellig kompleksitet. Eksemplerne illustrerer hver især en mulig håndtering af en fase i et kommunalt rehabiliteringsforløb.⁴⁰

Eksemplerne er tænkt som inspiration til:

- Hvad man skal være særligt opmærksom på i rehabiliteringsforløb.
- Hvordan lovgivningen kan anvendes.
- Hvordan man lokalt kan arbejde med samarbejde og sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af sektor- og forvaltningsområder.

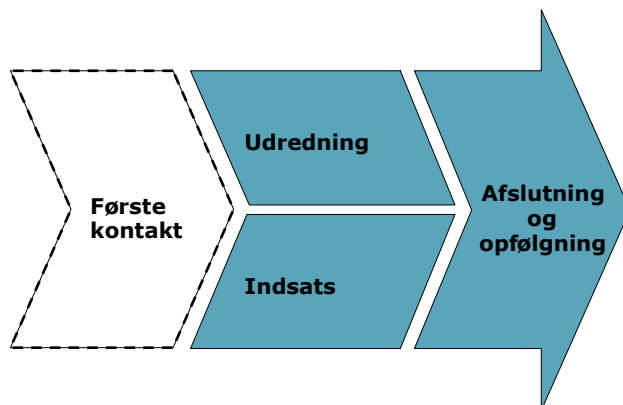
Eksemplerne tager udgangspunkt i borgere med relativt komplekse problemstillinger, hvor der er behov for individuelle tilrettelagte rehabiliteringsforløb gennem en koordineret, tværfaglig og professionel udredning og indsats.

I eksemplerne beskrives muligheder for samarbejde og koordination mellem de involverede organisatoriske enheder, forvaltninger og sektorer. Lovgrundlaget, som indsatsen i eksemplerne kan gives efter, er anført i fodnoter.

Eksemplerne er således illustrative men ikke udtømmende. Der findes andre måder at tilrettelægge, koordinere og organisere kommunale rehabiliteringsforløb på, ligesom andre konkrete indsatser kunne være relevante i de enkelte eksempler.

⁴⁰ Rehabiliteringsforum Danmark har i forbindelse med arbejdet med Hvidbog II indsamlet en række praksishistorier, som har givet inspiration til vejledningens eksempler.

Figur 5.2: Borgeres første kontakt til kommunen.



Det første eksempel illustrerer et rehabiliteringsforløb uden forudgående sygehusindlæggelse, hvor der er særligt fokus på den helhedsorienterede indsats fra borgerens første kontakt med jobcentret.

Borgerens situation og rehabiliteringsforløb

En 47-årig kvinde har været sygemeldt fra jobbet som skolelærer i to måneder pga. stærke rygsmerter og udstråling ned i det ene ben. Den praktiserende læge henviser til udredning på sygehus. I et ambulant forløb på sygehusets rygklinik konstateres en diskusprolaps, der behandles med smertestillende medicin, og kvinden vejledes om selvtræning. Hun informeres ligeledes om, at hun kan forvente smerter gennem seks til tolv måneder og om, at der ikke er grundlag for at overveje operation.

Efter fire måneders sygemelding har kvinden endnu ikke genoptaget sit arbejde. Jobcentret foretager sygedagpengeopfølgning⁴¹, og efter dialog med kvinden⁴² gennemføres en rundbordssamtale. Heri deltager en fysioterapeut fra kommunens træningscenter, sagsbehandleren fra sygedagpengeafdelingen, den praktiserende læge, hendes nærmeste chef og den sygemeldte kvinde.⁴³

Her anbefaler den praktiserende læge, at der iværksættes en indsats rettet mod kvindens mestring af det langvarige smerteforløb. Arbejdsgiveren er indstillet på, at medarbejderen genoptager arbejdet som deltidssygemeldt i det omfang hun magter det i forhold til smerter⁴⁴, hvorfor de sammen aftaler, at hun som udgangspunkt genoptager lærerjobbet 12 timer om ugen.

Jobcentret udarbejder efter rundbordssamtalen en opfølgningsplan i samarbejde med den sygemeldte⁴⁵. Den omfatter:

- *At kvinden deltidssygemeldes⁴⁶*
- *At kommunen henviser til et træningstilbud og et "lær at leve med" kursus vedr. smertehåndtering, som kommunen har etableret⁴⁷.*

Der iværksættes således en samlet indsats som omfatter arbejdsfastholdelse, genoptræning og smertehåndtering, som har det overordnede mål, at den sygemeldte kvinde kan vende tilbage til sit arbejde som skolelærer.

Jobcentrets sagsbehandler følger op på opfølgningsplanen i samarbejde med den sygemeldte, og efter syv måneders hel- og deltidssygemelding genoptager kvinden arbejdet i fuldt omfang. Kvinden har tilbagevendende smerter, som hun har lært at forebygge og reducere via smertestillende medicin og egen fysisk træning, ligesom hun psykisk lettere kan håndtere smerterne.

⁴¹ Jf. Sygedagpengeloven kapitel 6.

⁴² Jf. Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (retssikkerhedsloven).

⁴³ Jf. Sygedagpengeloven § 8, stk. 1, og § 9, stk. 1.

⁴⁴ Jf. Sygedagpengeloven § 7 og 17.

⁴⁵ Jf. Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (retssikkerhedsloven).

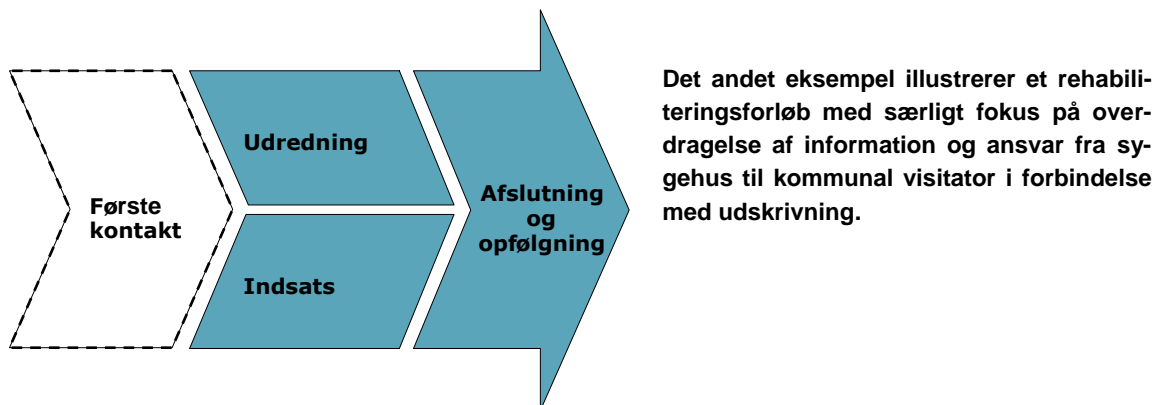
⁴⁶ Jf. Sygedagpengeloven § 7 og § 17.

⁴⁷ Jf. Sundhedslovens § 119.

Centrale indsatser i eksemplet i forhold til borgerens første kontakt til kommunen:

- *Den kommunale enhed, som har første kontakt til borgeren, inddrager relevante aktører på tværs af forvaltningsområder, så der sikres den fornødne tværfaglige bredde i udredningen af den sygemeldtes funktionsevne i samarbejde med den sygemeldte.*
- *I det konkrete tilfælde afholdes fælles samtale mellem den praktiserende læge, borgerens arbejdsgiver, det kommunale træningscenter, jobcentret og borgeren selv.*
- *Jobcentret formulerer på baggrund af en tværfaglige udredning en realistisk og målrettet opfølgingsplan for forløbet, som jobcentret efterfølgende følger op på.*

Figur 5.3: Borgeres første kontakt til kommunen.



Borgerens situation og rehabiliteringsforløb

En 49-årig kvinde indlægges på sygehuset med en blodprop i hjernen, der har medført halvsidig lammelse, spasticitet og afasi. Hun har hidtil været rask og har igennem mange år været ansat i en administrativ funktion i en stor privat virksomhed. Hun er gift og har to voksne børn. I forbindelse med sygdommeldingen modtager hun fuld løn fra arbejdspladsen.

Under indlæggelsen får kvinden medicinsk behandling, træning af daglige færdigheder hos ergoterapeut og fysioterapeut samt taletræning hos logopæd.⁴⁸ Hun gør fremskridt og opnår en usikker gangfunktion over korte afstande, som dog er præget af lammelse og spasticitet. Funktionen i arm og hånd bedres ligesom også talebesværet mindskes. Logopæden har mistanke om, at andre kognitive funktioner kan være påvirket og foreslår en neuropsykologisk undersøgelse efter udskrivelsen.

Kvinden og ægtefællen deltager i en udskrivningssamtale på sygehusafdelingen, hvor de informeres om, at afdelingen vil kontakte kommunen med henblik på at aftale udskrivelsestidspunktet og den fremtidige genoptræning. Kvinden giver samtykke til fremsendelse af personlige oplysninger til kommunens visitation og den praktiserende læge.⁴⁹ Ægtefællen mener, at det vil være vanskeligt for hans kone at klare sig alene hjemme i huset med tre etager, bl.a. fordi hans job indebærer rejseaktivitet. Disse informationer gives til kommunen sammen med den mellem kommune og region aftalte varsling⁵⁰, en statusbeskrivelse og en genoptræningsplan, som er udarbejdet af ergoterapeut og fysioterapeut sammen med kvinden.

Inden udskrivelsen aftales hjemmebesøg med kvinden og hendes mand og den kommunale visitator, som er ergoterapeut, med henblik på vurdering af de fysiske forhold i hjemmet. Da kvinden ikke er sikker i at gå på trapper, bliver det klart, at hun ikke kan klare sig alene hjemme. Kommunen tilbyder midlertidigt ophold på et tværkommunalt døgntilbud for borgere med erhvervede hjerneskader⁵¹, hvor der er ansat terapeuter og plejepersonale samt tilknyttet neuropsykolog og logopæd.⁵² Samme dag melder visitator tilbage, at der vil være en plads i løbet af en uge, hvilket kvinden accepterer. Hun udskrives fra sygehuset til døgntilbuddet med henblik på yderligere genoptræning og udredning af kognitive funktioner. Jobcentret, som varetager opfølgningen i forhold til sygedagpengesager, informeres om situationen, og den forestående sygedagpengeopfølgning sker uden samtale, da kvinden ikke er i stand til at medvirke i opfølgningen. Det aftales, at jobcentret vil blive orienteret, når hun er i hjemmet igen.⁵³

⁴⁸ Jf. Sundhedslovens § 5.

⁴⁹ Jf. Sundhedslovens kapitel 5 og kapitel 9.

⁵⁰ Sådanne forløb kan fx håndteres via de obligatoriske sundhedsaftaler jf. sundhedslovens § 205 og Bekendtgørelse nr. 778 af 13. august 2009 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

⁵¹ Døgntilbud som dette har forskellige benævnelser som fx rehabiliteringscenter, hjerneskadecenter og genoptræningscenter eller midlertidigt botilbud.

⁵² Henvielse til bekendtgørelse om rammeaftaler [afventer vedtagelse i Folketinget].

⁵³ Jf. Sygedagpengeloven § 13.

I løbet af de kommende uger gør kvinden store fremskridt fysisk. Neuropsykologen vurderer, at kvinden fortsat har udtalt talebesvær, hvorfor hun modtager specialundervisning hos en logopæd, hvor hun bedres i forhold til talebesværet og lærer strategier til at kommunikere med andre mennesker, når hun ikke kan udtrykke sig fyldestgørende⁵⁴. Hun trænes endvidere i forskellige daglige færdigheder, som bl.a. madlavning, og når hun udfører kendte aktiviteter, kan hun i stigende grad formulere sig. Efter syv uger afholdes et besøg i kvindes hjem med deltagelse af visiterende sygeplejerske og en fysioterapeut fra kommunen samt logopæden fra døgntilbuddet, der fungerer som koordinator, da de væsentligste tilbageværende problemstillinger relaterer sig til kommunikation.

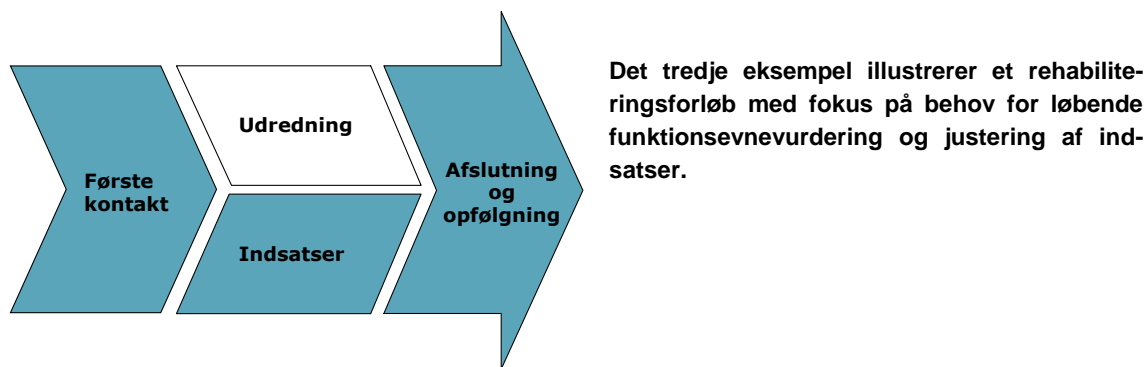
Efter opholdet på døgntilbuddet koordinerer kommunens tværfaglige hjerneskadeteam den fortsatte indsats vedrørende genoptræning af motoriske funktioner, taletræning, vurdering af neuropsykologiske funktioner, vurdering af arbejdsevne og sygedagpengeopfølgning. Teamet omfatter medarbejdere fra relevante forvaltningsområder og har beslutningskompetence.

Centrale indsatser i eksemplet i forhold til borgerens første kontakt til kommunen:

- Sygehuset tager tidligt i forløbet kontakt til kommunen og videregiver relevant information således, at kommunen har mulighed for at planlægge forløbet, før borgeren udskrives. Den kommunale visitor tager kontakt til borgeren, mens denne stadig er indlagt på sygehus, for at drøfte en plan for borgerens videre forløb, når denne udskrives fra sygehuset.
- Efter udskrivning fra sygehus koordinerer kommunens tværfaglige hjerneskadeteam ydelser og tilbud i borgerens rehabiliteringsforløb og justerer løbende indsatsen i forhold til den konkrete udvikling i borgerens funktionsevne.

⁵⁴ Jf. Bekendtgørelse nr. 658 af 3. juli 2000 af lov om specialundervisning for voksne.

Figur 5.4: Udredning og afklaring af borgeres funktionsevne og behov for en rehabiliteringsindsats.



Borgerens situation og rehabiliteringsforløb

En 36-årig kvinde udskrives fra sygehuset efter behandling for en kræftsvulst i den øverste del af rygmærskanalen. Kvinden er blevet opereret og har fået kemoterapi og strålebehandling ambulantly. Kvinden er musiker og fuldtidsansat i et orkester. Hun er gift og har to børn på henholdsvis tre og syv år.

Ved afslutningen af behandlingen på sygehuset har hun været fuldtidssygemeldt i 10 måneder. Efter strålebehandling har hun fået føleforstyrrelser i hænder og fødder, styringsbesvær af venstre hånd, og hun har lidt balanceproblemer. Igennem hele behandlingsforløbet har hun forsøgt at spille på sit instrument dagligt, og en neuropsykologisk undersøgelse viser, at hun ikke har påvirkede kognitive funktioner.

Kommunen modtager en genoptræningsplan⁵⁵ fra sygehuset efter afslutning af strålebehandling og iværksætter et genoptræningsforløb for kvinden, som hun gennemfører med gode resultater på hånd- og gangfunktionen.

Der har været dialog mellem den sygemeldte kvinde og jobcentret, som efter den første kontakt, og på baggrund af indhentede helbredsoplysninger, har sat hendes sygedagpengeopfølgning på standby. Jobcentret følger løbende op på, om betingelserne for standby-ordningen er opfyldt.⁵⁶ Kvinden har haft kontakt til orkesterchefen, som foreslår, at hun genoptager sit arbejde på halv tid efter genoptræningsforløbet, hvis hun magter det. Arbejdsgiverens oplæg indebærer, at vikaren fortsætter i den resterende arbejdstid. Kvinden og arbejdsgiveren lægger i fællesskab en plan for hendes fremtidige arbejde for resten af sæsonen. Sagebehandleren udarbejder i samarbejde med kvinden en opfølgningsplan,⁵⁷ hvor det aftales, at hun genoptager arbejdet på deltid efter genoptræningsforløbet.

Kvinden genoptager arbejdet som aftalt for resten af sæsonen og genindtræder i orkestret på fuld tid i den efterfølgende sæson. Hun klarer de daglige gøremål i familien uden problemer, og kommunens støtte til praktiske gøremål og til børnene er ophørt.

Et halvt år senere får kvinden balanceproblemer og dobbeltsyn, og hun indlægges med mistanke om tilbagefald af kræftsygdommen. Undersøgelser viser, at der er ny vækst i svulsten, hvorfor hun gennemgår en ny serie af strålebehandlinger. Ved behandlingens afslutning udarbejder sygehuset en ny genoptræningsplan til kommunen. I dette forløb er kvinden træt og opnår ikke afgørende resultater mht. sin funktionsevne. Hun opgiver selv træningen efter tre uger pga. træthed og konstant kvalme. Den lægelige vurdering efter en ny kontrolundersøgelse er, at hun har en hurtigt voksende kræftform, som trods gentagne behandlingsforsøg må formodes at komme igen. Hun er i denne periode meget psykisk påvirket og bekymret for ægtefællens og børnenes fremtid. Familien opsøger Kræftens Bekæmpelses rådgivning, som tilbyder samtaler med hende og ægtefællen og ikke mindst børnerådgivning. Den nye situation påvirker hele familien meget, og efter en samtale med daginstitutionen, tilbyder institutionen at tage kontakt til den kommunale forvaltning med henblik på at undersøge muligheden for støtte i hjemmet. Ægtefællens mor og en søster

⁵⁵ Jf. Sundhedsloven § 84.

⁵⁶ Jf. Sygedagpengelovens § 16.

⁵⁷ Jf. Sygedagpengelovens § 16.

har indtil nu på skift boet hos familien som aflastning, men dette er ikke en langtidsholdbar løsning. Kommunen bevilger aflastning i forhold til børnene.⁵⁸

Sygedagpengeopfølgningen sættes på standby, da det viser sig, at kræftsygdommen har spredt sig flere steder i kroppen, og at en beskæftigelsesrettet indsats ikke vurderes at være mulig.

Kvinden får tilbud om palliativ kemoterapi, som lindrer nogle af symptomerne, men samtidig giver bivirkninger i en sådan grad, at hun i denne fase har brug for hjælp til personlig pleje. Hun er sengeliggende det meste af tiden og er oppe i nogle timer, når børnene kommer hjem fra skole. Ægtefællen har overtaget alle praktiske opgaver i hjemmet. Hjemmesygeplejen⁵⁹ og den praktiserende læge er involveret og har tæt kontakt til familien i denne periode. Den praktiserende læge henviser til hospice, og hun bliver i løbet af en uge tilbudt plads på hospice i nærheden af hjemmet. I løbet af denne periode, indtil hendes død en måned senere, har ægtefællerne haft flere samtaler med en præst og en psykolog på hospicet og har fået aflastningsstøtte i forhold til børnene.⁶⁰

Centrale indsatser i eksemplet i forhold til udredning og afklaring af borgeres funktionsevne og behov for en rehabiliteringsindsats:

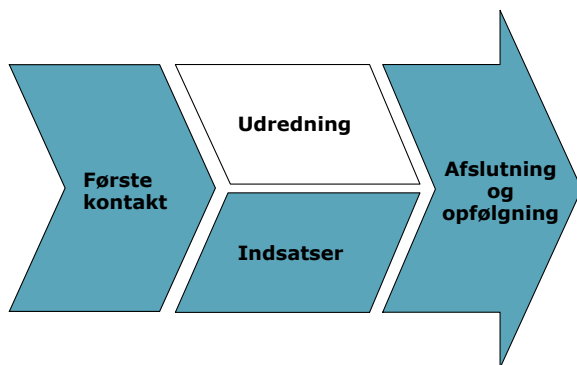
- *Borgerens behov for genoptræning vurderes senest ved udskrivning fra sygehus, således at der om nødvendigt kan udarbejdes en genoptræningsplan.*
- *Kommunen inddrages tidligt i forhold til den sygemeldte og dennes familie og vurderer behovet for støtte, ligesom den gennem hele forløbet justerer den relevante støtte til familien, herunder i forhold til børnene.*
- *Kommunen har samarbejde med lokale frivillige patientforeninger og er dermed vidende om deres tilbud, der kan indgå i borgerens rehabiliteringsforløb.*
- *Jobcentret foretager løbende vurderinger, og der træffes beslutning om at sætte opfølgningen af sygedagpengesagen på standby og indstille yderligere beskæftigelsesrettede indsatser ved livstruende sygdomme.*
- *Den praktiserende læge har løbende kontakt med familien og indgår i tæt samarbejde med hjemme-sygeplejen samt med jobcentret.*

⁵⁸ Jf. Servicelovens § 84.

⁵⁹ Jf. Sundhedslovens §§ 138 og 139.

⁶⁰ Jf. Servicelovens § 84.

Figur 5.5: Udredning og afklaring af borgeres funktionsevne og behov for en rehabiliteringsindsats.



Det fjerde eksempel illustrerer et rehabiliteringsforløb med fokus på tværfagligt samarbejde om udredning af psykisk sygdom, misbrug og uerkendte handicap.

Borgerens situation og rehabiliteringsforløb

En 23-årig mand med uafklarede, psykiske problemer, som bl.a. er kommet til udtryk ved en problemfyldt skolegang, indlæringsproblemer og aggressiv adfærd. Han har haft blandingsmisbrug med alkohol, hash, kokain og medicin, og han drikker fortsat meget. Han har påbegyndt et antal kortere uddannelsesforløb men uden at fuldføre. Han er p.t. boligløs og kontanthjælpsmodtager og er i kontakt med jobcentret med henblik på selvforsørgelse. Der er forsøgt flere mislykkede aktiveringsforløb.

Jobcentret har mistanke om alvorlige psykiske problemer på grund af hans adfærd og er usikre på, hvor stort misbrugsproblemet er. Jobcentret kontakter kommunens tværgående enhed for rehabilitering forankret i socialforvaltningen med henblik på at udarbejde en samlet og prioriteret plan for indsatsen.⁶¹ Enheden har bl.a. en psykiatrisk speciallæge tilknyttet, der foretager en psykiatrisk udredning. Konklusionen fra psykiateren er, at der kan være tale om skizofreni, uden at manden er psykotisk, og at misbruget kan være opstået som en form for selvmedicinering for at dæmpe uro, angst og øvrige negative symptomer. Den psykiatriske speciallæge foreslår, at han indlægges på psykiatrisk afdeling med fokus på behandling af mennesker med sindslidelser, der samtidig har et misbrugsproblem ("dobbelt diagnoser").

Manden indlægges og starter dels medicinsk behandling og dels psykoterapi, og der forsøges at få overblik over misbrugsproblemet omfang. Aftalen mellem jobcentret og afdelingen er, at der holdes kontakt mellem parterne hver tredje uge. Den praktiserende læge har kendt manden, siden han var barn, og inddrages med henblik på at kunne bidrage med information, der kan belyse den samlede problemstilling.

Han undersøges for, om der er problemer med kognitive funktioner. Undersøgelsen viser, at han ved siden af de psykiske problemer har et hidtil uopdaget handicap i form af svær ordblindhed. Der træffes beslutning om, at iværksættelse af den beskæftigelsesrettede indsats afventer anden indsats, herunder afklaring af behandlingsresultater og indsats fra undervisningsregi.⁶²

Han henvises til et voksenuddannelsescenter (VUC) mhp. at blive visiteret til ordblindeundervisning i tilslutning til rehabiliteringsforløbet.⁶³

I perioden, hvor han er indlagt til behandling for den psykiske lidelse og rusmiddelproblemet, forsøger kommunen at finde en permanent bolig til ham. Han har i lang tid boet forskellige steder, bl.a. hos sin mor og hos venner.

I løbet af cirka seks måneder har manden fået det meget bedre, er i stand til at opretholde en fornuftig døgnrytme, og hans angst er ikke længere fremtrædende. Hans medicinske behandling følges nu i en ambulant funktion i psykiatrisk regi, hvor han kan henvende sig efter behov. I forbindelse med udskrivning tager den psykiatriske afdeling kontakt til kommunen med henblik på at aftale det videre forløb i forhold til

⁶¹ Jf. Servicelovens § 141.

⁶² Jf. Sygedagpengelovens § 15.

⁶³ Jf. Bekendtgørelse om ordblindeundervisning for voksne (BEK nr.1372 af 15/12/2005).

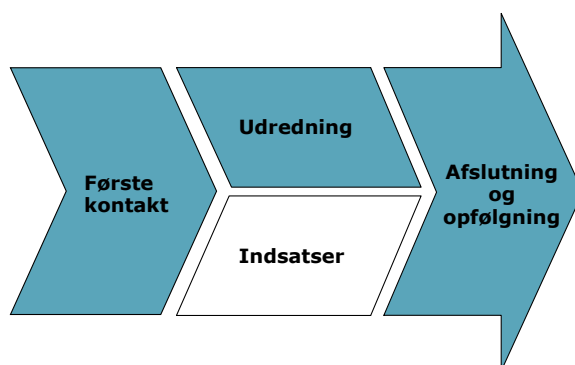
misbrugsbehandling⁶⁴. Han udredes endnu engang i jobcenterregi med henblik på aktivering. Her giver han udtryk for, at han ikke ønsker at tage en uddannelse og helst vil arbejde udendørs, fordi han tit føler sig klemmt, når han er inden døre med mange mennesker. Der iværksættes derfor et aktiveringsforløb i form af virksomhedspraktik som gartnermedhjælper i en privat virksomhed, og forløbet gennemføres uden problemer.

Centrale indsatser i eksemplet i forhold til udredning og afklaring af borgeres funktionsevne og behov for en rehabiliteringsindsats:

- *Jobcentret foretager en helhedsvurdering og er opmærksomt på fx psykiske problemer og misbrug, som kan være en årsag til sociale problemer og manglende arbejdsevne.*
- *Jobcentret samarbejder med socialforvaltningen om en nærmere udredning af borgerens funktionsevne, herunder arbejdsevne.*
- *Kommunens socialforvaltning og jobcenter samarbejder med den regionale behandlingspsykiatri, og det tværfaglige samarbejde bidrager til en detaljeret udredning af borgerens problemstillinger, herunder uopdagede handicap, så det kommunale jobcenter efterfølgende kan tilbyde borgeren ydelser, der matcher hans behov.*

⁶⁴ Jf. den lokale sundhedsaftale og evt. en udskrivningsaftale i henhold til psykiatriloven.

Figur 5.6: Iværksættelse af en rehabiliteringsindsats.



Det femte eksempel illustrerer et rehabiliteringsforløb med fokus på indsatser i forhold til at sikre en borger med en psykisk lidelse en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Borgerens situation og rehabiliteringsforløb

En 41-årig kvinde indlægges på psykiatrisk afdeling med svær mani, som har udviklet sig over et par uger. Kvinden er gift og har to mindre børn. Hun har arbejde som sygeplejerske og er blevet sygemeldt en uge før indlæggelsen. Hun modtager fuld løn under sygdomsforløbet.

Kvinden har haft én manisk episode før, som hun har været i behandling for, og hun har siden været stabil og velfungerende med medicinsk behandling. Hun har været ansat i flere år på en sygehusafdeling og hidtil som en værdsat medarbejder. Afdelingssygeplejersken og nogle nære kolleger kender til hendes manio-depressive sygdom, som hun har været åben omkring, og hun har bedt dem om at reagere, hvis de synes, at der er tegn på depressive eller maniske symptomer. Det har de gjort i forbindelse med den seneste maniske episode, hvorefter hun skrev en opsigelse til arbejdsgiveren. I løbet af de par uger, hvor den svære mani udviklede sig, har hun desuden nået at formøble en del af familiens opsparede midler, bestilt en ny bil og sat familiens hus til salg. Ægtefællen får dog annulleret handlerne med assistance fra en advokat.

Kvinden behandles under indlæggelse på den psykiatriske afdeling og udskrives efter halvanden måned. Herefter aftales, at hun bør være i langvarig, medicinsk behandling, og kvinden henvises via egen læge til praktiserende psykiater med henblik på opfølgende behandling.

Efter syv ugers sygdom møder kvinden til samtale i jobcentret med henblik på sygedagpengeopfølgning. Hun er nu uden job, da hun skrev sin opsigelse inden indlæggelsen. Arbejdsgiveren ønsker at opretholde opsigelsen, da den seneste tid har været vanskelig at håndtere, og der er ansat en ny medarbejder.

Jobcenteret udarbejder en ressourceprofil med henblik på afklaring af hendes ressourcer og problemstillinger efter arbejdsevnetemetoden. I forhold til jobønsker giver kvinden udtryk for, at hun ikke ønsker at vende tilbage til en travl, akut sygehusafdeling. Derimod kunne hun godt tænke sig at arbejde i en lægepraksis, evt. på nedsat tid. Der indledes en virksomhedspraktik⁶⁵ i 12 uger i et stort lægehus, hvor hun arbejder tre timer om dagen. Efter endt virksomhedspraktik er konklusionen, at hun ikke fungerer godt i dette arbejde. Hun giver udtryk for, at hun måske gerne vil arbejde i psykiatrien og har hørt om et særligt uddannelsesforløb, hvor personer med sindslidelser indgår som særlige kompetencepersoner i psykiatrien (Medarbejdere med Brugererfaring). Jobcentret tager kontakt til udbyderen af uddannelsen og aftaler, at kvinden skal møde til en samtale hos uddannelseslederen for mere information. Uddannelseslederen er positiv og vurderer, at hendes sundhedsfaglige erfaring er en væsentlig ressource i forhold til jobmuligheder. Jobcentret bevilger uddannelsesforløbet som revalidering⁶⁶ med det formål, at hun bliver selvforsørgende igen.

Efter et års efteruddannelse opslår nabokommunens jobcenter en stilling på halv tid som jobkonsulent med særlig fokus på opfølgning og indsats for borgere med psykiske lidelser. Hun ansættes i dette job, hvor hun arbejder i et tværfagligt team.

⁶⁵ Jf. Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats kapitel 11.

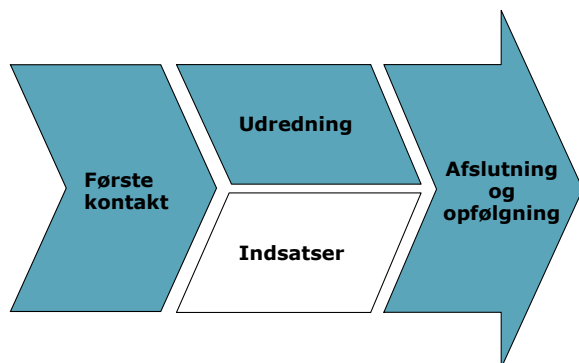
⁶⁶ Jf. Lov om aktiv socialpolitik § 46.

Kvinden fortsætter den vedligeholdende medicinske behandling med opfølgende samtaler hos den praktiserende psykiater hver tredje måned.

Centrale indsætter i eksemplet i forhold til iværksættelse af en rehabiliteringsindsats:

- *Jobcentret udarbejder sammen med borgeren en ressourceprofil om borgerens ressourcer og barrierer.*
- *Jobcentret inddrager borgeren og justerer løbende indsatsen for at imødekomme borgerens behov og udvikling i funktionsevne, herunder arbejdsevne, med henblik på at sikre, at borgeren fastholdes på arbejdspladsen.*

Figur 5.7: Iværksættelse af rehabiliteringsindsats.



Det sjette eksempel illustrerer et rehabiliteringsforløb, med fokus på en målrettet koordineret og sammenhængende indsats på tværs af sektorer, til en borger med tilbagevendende psykisk sygdom og nedsat arbejdsevne.

Borgerens situation og rehabiliteringsforløb

En 52-årig, nyligt fraskilt mand kommer til sin praktiserende læge med klager over søvnbesvær, nedtrykthed, selvmordstanker og flere somatiske klager. Manden har gennem mange år periodevis haft vanskeligt ved at passe sit arbejde som universitetsansat lektor og har i perioder også haft et relativt stort alkoholforbrug. Den praktiserende læge vurderer, at han har en mellemsvær til svær depression. Manden indvilger i, at den praktiserende læge indlægger ham på psykiatrisk afdeling.

I løbet af nogle uger letter depressionen, og ved udskrivning kontakter sygehuset distriktspsykiatrien med henblik på medicinsk opfølgning. Den kommunale socialpsykiatri besøger ham i hjemmet. Hjemmet bærer præg af kaos og rod, og via bostøtte fra en kommunal medarbejder⁶⁷ laves praktiske aftaler med manden om, hvordan han kan få orden på dagligdagen. Derefter går det kun langsomt fremad, og efter yderligere et par måneder vurderer psykiateren, at manden igen er så depressiv, at en genindlæggelse er nødvendig.

I hele perioden er manden sygemeldt og modtager løn under sygdomsforløbet. Han frygter at miste jobbet pga. de tilbagevendende depressioner og stort sygefravær.

Efter endnu en måneds indlæggelse på psykiatrisk afdeling udskrives manden til hjemmet med daglige besøg af distriktspsykiatrisk sygeplejerske. Efter noget tid ser det ud til, at hans tilstand er stabiliseret, og han accepterer at være i fortsat medicinsk behandling.

I kommunens socialpsykiatri får han støtte til at holde fast i den medicinske behandling og får ugentlige besøg af en kontaktperson med henblik på at få de daglige rutiner til at fungere såsom indkøb, madlavning, rengøring, tøjvask og genoptagelse af fritidsaktiviteter. Det aftales med arbejdsgiveren, at manden kan vende gradvis tilbage til arbejdet begyndende med fem timer om ugen fordelt på to eftermiddage. I denne periode løses han fra forsknings- og undervisningsforpligtelsen og arbejder med mindre, administrative opgaver. Samtidig erkender manden, er det er nødvendigt fremover at mindske arbejdsbelastningen, og at han har behov for vedvarende medicinsk behandling.

Den opfølgende, medicinske behandling varetages af praktiserende læge i samarbejde med socialpsykiatrien, som har mulighed for at intensivere støtten, hvis han får tilbagefald.⁶⁸

Efter et par måneder er situationen så stabiliseret, at arbejdsgiveren efter dialog med jobcenteret kan udarbejde en plan for tilbagevenden til arbejdet, hvor timetallet langsomt forøges. Jobcentret har i øvrigt løbende foretaget sygedagpengeopfølgning og har været i dialog med kommunens socialpsykiatri om en koordineret indsats for at bringe manden tilbage i arbejde⁶⁹.

⁶⁷ Jf. Servicelovens § 85.

⁶⁸ Sundhedsaftaler for det psykiatriske område (jf. det obligatoriske indsatsområde "indsatsen for mennesker med sindslidelser").

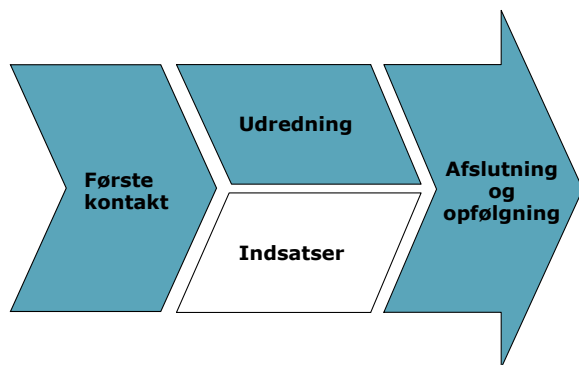
⁶⁹ Jf. Sygedagpengelovens kapitel 6.

Han har imidlertid vanskeligt ved at arbejde mere end 20 timer om ugen. Efter aftale med sin arbejdsgiver søger han derfor jobcentret om et fleksjob, der som led i afklaringen af hans arbejdsevne i samarbejde med arbejdsgiveren afprøver ham i andre funktioner på arbejdspladsen. Resultatet af arbejdsprøvningen er, at han ikke kan varetage et job på ordinære vilkår. Jobcentret visiterer ham derfor til et fleksjob på 20 timer i sin hidtidige stilling.

Centrale indsatser i eksemplet i forhold til iværksættelse af en rehabiliteringsindsats:

- Koordination og samarbejde mellem psykiatrisk afdeling og, distrikts- og socialpsykiatrien sikrer borgeren en faglig relevant og sammenhængende indsats, som løbende revurderes.
- Den kommunale socialpsykiatri og jobcentret er opmærksomme på, at der er flere samtidige behov i forløbet; herunder opretholdelse af medicinsk behandling, arbejdsfastholdelse med henblik på selvfor-sørgelse og relevant støtte til opretholdelse af dagliglivets rutiner.
- Den kommunale socialpsykiatri og jobcentret inddrager borgeren og foretager en løbende tilpasning af indsatser og vurdering af fremtidig arbejdsevne samt er opmærksomme på muligheden for tilbagevendende problemstillinger.

Figur 5.8: Iværksættelse af en rehabiliteringsindsats.



Det syvende eksempel illustrerer et rehabiliteringsforløb med fokus på koordinerede, tværfaglige indsatser og lydhørhed over for borgernes ønsker.

Borgerens situation og rehabiliteringsforløb

En 35-årig tømrer har været sygemeldt i tre måneder efter en arbejdsulykke med fald fra et tag. Hans venstre ben er svært beskadiget og amputeres under knæet. Ulykken anerkendes som en arbejdsskade, og en erstatningssag er indsendt til Arbejdsskadestyrelsen med henblik på udmåling af méngrad og vurdering af erhvervsevnetab.⁷⁰ Manden er samboende med en jævnaldrende kvinde og har ingen børn. Manden er vant til meget fysisk aktivitet såsom løb, cykling og skisport.

Han er fuldtidssygemeldt og modtager sygedagpenge. Han har en privat ulykkesforsikring, som dækker indtægtstabet mellem sygedagpenge og lønindkomst i sygeperioden, indtil der foreligger en afgørelse fra Arbejdsskadestyrelsen. Jobcentret indkalder manden til en opfølgningssamtale inden udgangen af ottende sygefraværsuge. Da han er indlagt på sygehuset, sker den første opfølgningssamtale telefonisk, og det aftales, at han kontakter jobcentret, når han ved, hvornår han skal udskrives.⁷¹

Under indlæggelsen mobiliseres han hurtigt og træner dagligt med en foreløbig protese. Der ordineres en benprotese til varigt brug. Han er meget energisk i træningen og gør hurtigt store fremskridt. Han har et stærkt ønske om at genoptage jobbet som tømrer. Der er nogen tvivl om det realistiske i at gå på stiger med protese, men han argumenterer for, at hvis man kan løbe og gå på ski med protese, så kan man også køre bil og gå på stiger.

Ved måltagning til protesen hos bandagisten spørger manden til muligheden for få en avanceret computerstyret protese, som kan give ham fuld arbejdsevne og mulighed for de fysiske fritidsaktiviteter, som er meget vigtige for ham.⁷² Den faglige vurdering, som konfereres med overlægen på sygehusafdelingen, fysioterapeuten og bandagisten er, at en sådan protese kan give ham de bedste muligheder for at blive arbejdsdygtig igen og derudover genoptage fritidsaktiviteterne.

Han bliver udskrevet fra sygehuset, og sygehuset udarbejder en genoptræningsplan til specialiseret genoptræning på sygehus, da træningen med den særlige benprotese kræver specialviden og tæt tværfagligt samarbejde mellem læge, fysioterapeut og bandagist. Denne funktion findes kun ét sted i landet, hvilket ikke er på det pågældende sygehus men dog inden for rimelig afstand således, at genoptræningen kan gennemføres i ambulans regi.

Han taler med sin praktiserende læge om kørekort. Lægen udarbejder en helbredsattest med henblik på politiets og Sundhedsstyrelsens vurdering af, om der skal stilles særlige krav i forbindelse med bilkørsel. Embedslægen godkender, at manden må køre bil, forudsat bilen har automatgear.

⁷⁰ Jf. Lov om arbejdsskadeforsikring §§ 17, 17a og 18.

⁷¹ Jf. Sygedagpengeloven kap.6.

⁷² Hjemmel til dækning af udgifter til protese og andre hjælpemidler findes i § 15 i lov om arbejdsskadesikring. Der er mulighed for at dække udgifter til anskaffelse af proteser, briller og lignende hjælpemidler. Det er dog et krav, at anskaffelsen er nødvendig for at mindste arbejdsskadens følger, både ved fastsættelse af det varige mén og vurderingen af erhvervsevnetabet. Ved dækning af udgifter til mere avancerede hjælpemidler skærpes vurderingen af den nødvendighed, der ligger til grund for anskaffelsen.

Efter fire måneders intensiv, ambulans og specialiseret genoptræning på sygehuset kan manden gå på alle typer underlag uden hjælpemiddel. Han lærer også sig selv at gå på en trappestige. Genoptræningen afsluttes, og han bliver tilknyttet sygehusets ambulatorium med henblik på behandlingskontrol.

Han har løbende kontakt med jobcentret, herunder i form af telefonisk opfølgning. Jobcentret har endvidere indhentet oplysninger fra sygehuset. Konklusionen er, at den endelige vurdering af arbejdsevnen først kan finde sted, når der ikke er mulighed for yderligere forbedring af arbejdsevnen. Der er en vis skepsis i jobcentret om, hvorvidt mandens ønsker og bestræbelser om at opnå fuld arbejdsdygtighed som tømmerer er realistiske. Lægekonsulenten foreslår, at man beder om en specifik helbredsattest, så den samlede problemstilling kan belyses grundigt. Den endelige konklusion er, at det ikke forekommer urealistisk, at han kan genoptage sit arbejde som tømmerer, og at han på grund af sin stædighed og viljestyrke har opnået langt bedre resultater i genoptræningen med protese, end man typisk ser.

Ved jobcentrets opfølgning efter 10 måneders sygemelding giver han udtryk for, at han ønsker at komme i job. Hans arbejdsgiver vil gerne have ham tilbage som tømmerer men er usikker på, om det er forsvarligt på grund af protesen.

Jobcentret foreslår, at han kommer i virksomhedspraktik på sin gamle arbejdsplads to til tre timer dagligt. I virksomheden er det kutyme, at tømmerne arbejder sammen to og to og kører i firmaets bil, som også har nødvendigt værktøj og kan transportere materialer. I perioden med virksomhedspraktik kører hans makker bilen, men han klarer de allerfleste arbejdsopgaver uden problemer. Der er dog det problem, at han føler usikkerhed i højderne, når han bevæger sig på stiger på stiger og stilladser. Dog mener han, at det må han lære at leve med. Han får også smerter i knæet, når han belaster det meget og får belastningssymptomer på huden, som kræver aflastning.

Ved afslutningen af virksomhedspraktikken er den fælles konklusion, at han ikke kan arbejde på fuld tid som tømmerer på nuværende tidspunkt. Hans største ønske er dog at holde fast i tømmererarbejdet – og helst på så normale vilkår som muligt.

Efter drøftelse med arbejdsgiveren og den faglige organisation vælger han et aftalebaseret skånejob hos sin nuværende arbejdsgiver, hvor det aftales, at han fremover arbejder i et lidt reduceret timetal og til en mindre løn og samtidig fritages for de tungeste og farligste opgaver.⁷³

Da han modtager sit nye kørekort, køber han en ny bil for noget af sin erstatning. Han opfylder ikke kravene for at få en handicapbil men kan få tilskud til automatgear⁷⁴, da der er stillet et specifikt krav i kørekortet om dette.

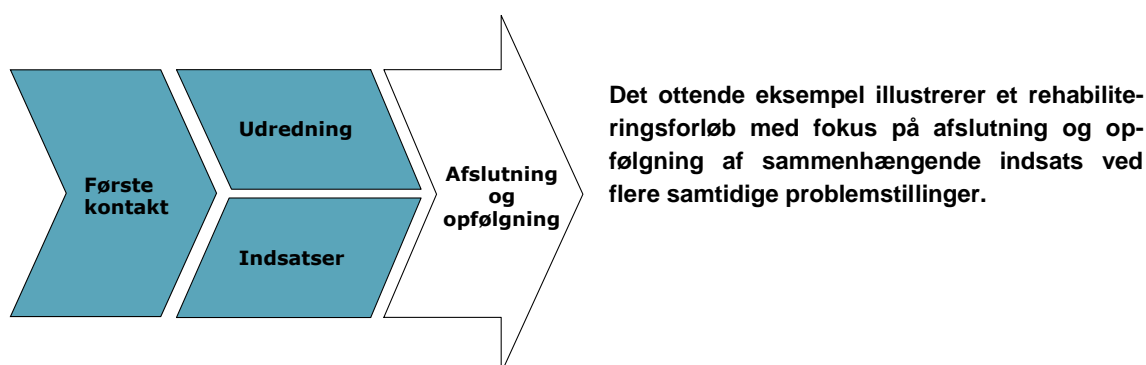
Centrale indsatser i eksemplet i forhold til iværksættelse af en rehabiliteringsindsats:

- Sygehus og kommune lægger vægt på borgerens egen vurdering af muligheder og behov og foretager således en individuel, konkret vurdering af borgerens muligheder fremover.
- Jobcentret gennemgår alle muligheder for at fastholde borgeren i job ud fra dennes ressourcer. Lægekonsulenten i jobcentret inddrages i dette arbejde.
- Jobcentret foretager en løbende tilpasning af indsatser samt en vurdering af fremtidig arbejdsevne.
- Socialforvaltningens indsats i form af tildeling af hjælpemiddel understøtter jobcentrets - og borgerens - indsats for arbejdsfastholdelse.

⁷³ Aftalebaserede skånejob er job på særlige vilkår. De oprettes uden løntilskud og dermed uden det offentlige medvirken og forhandles individuelt. Aftalebaserede skånejob er beskæftigelse på helt almindelige vilkår med ret til arbejdsløshedsdagpenge og efterløn, men vil afvige fra overenskomsterne i en eller anden udstrækning – fx lavere løn og kortere arbejdstid. Sociale kapitler findes i dag i hovedparten af arbejdsmarkedets overenskomster.

⁷⁴ Jf. Bekendtgørelse om støtte til køb af bil efter servicelovens § 114.

Figur 5.9: Afslutning og opfølgning på en rehabiliteringsindsats.



Borgerens situation og rehabiliteringsforløb

En 78-årig kvinde indlægges akut efter en faldulykke i hjemmet og opereres for hoftebrud. Inden ulykken har kvinden haft symptomer i form af svimmelhed og lettere konfusion i perioder. Hun bor i en stor lejlighed på fjerde sal, er alene på tredje år efter ægtefællens død og har to børn, der bor i nærheden. Hun har klaret sin hverdag og alle gøremål uden assistance fra andre.

Under indlæggelsen træner hun dagligt med sygehusets fysioterapeut. Ved en afsluttende udskrivnings-samtale udviser datteren bekymring over moderens længerevarende svimmelhed, konfusion og væggtab. Kvinden udredes herefter på geriatrisk afdeling, og det viser sig, at hun i lang tid har spist og drukket meget lidt. På en tværfaglig konference, hvor repræsentanter fra geriatrisk afdeling og kommunen samt kvinden og sønnen deltager, aftales, at hun udskrives med en genoptræningsplan til ambulant genoptræning i kommunen.⁷⁵ Kvinden er imidlertid ikke i stand til at klare sig selv endnu, så hun tilbydes et midlertidigt ophold i en kommunal plejebolig, der ligger i tilknytning til et kommunalt genoptræningscenter.

I genoptræningsperioden gør hun store fremskridt, og sideløbende vejleder en kommunal diætist kvinden i kost og ernæring.⁷⁶ Det aftales endvidere, at opfølgningen varetages af et geriatrisk team, som har til opgave at sikre samarbejdet mellem sygehuset og kommunen med henblik på at forebygge nye indlæggelser.⁷⁷

Efter tre måneders genoptræning har kvinden opnået så god en funktion, at det vurderes, at hun kan komme tilbage til sin lejlighed. Hun spiser og drikker også uden problemer, har taget nogle kilo på i vægt og har ingen symptomer på svimmelhed.

I forbindelse med afslutningen af det midlertidige ophold foretages et hjemmebesøg med deltagelse af kvindens datter, hvor det vurderes, om kvinden har behov for hjælp til at klare sig selv i hverdagen. Det viser sig, at kvinden ikke kan klare trapperne, og der er enighed om, at hun næppe vil kunne magte trapperne fremover. Hun vil gerne have en anden bolig med bedre adgangsforhold, og der søges om en ny fremtidig bolig. Indledningsvis har hun brug for hjælp til madlavning, indkøb og tøjvask og kan ikke komme i ejendommens vaskekælder. Datteren vil gerne købe ind, og kvinden får tilbud om at få varm mad fra den kommunale madservice. Hun visiteres endvidere midlertidigt til hjælp til rengøring og tøjvask.⁷⁸ Genoptræningen fortsætter i kommunens genoptræningscenter, hvor hun hentes og bringes, da hun ikke selv kan klare transporten.⁷⁹

⁷⁵ Jf. Sundhedsloven §§ 84 og 140.

⁷⁶ Jf. Sundhedslovens § 119.

⁷⁷ Jf. den lokale sundhedsaftale vedr. det obligatoriske indsatsområde om indlæggelser og udskrivninger .

⁷⁸ Jf. Servicelovens § 83.

⁷⁹ Jf. Sundhedslovens §§140 og 172 om befordring.

Ved afslutningen af genoptræningsindsatsen visiteres kvinden til vedligeholdende træning med henblik på at undgå, at hun mister yderligere funktioner.⁸⁰ Hun begynder så småt selv at lave mad igen, og i forbindelse med, at hun får tilbudt en ny bolig, besøges hun igen. Efter flytningen besøges hun igen med henblik på at vurdere, hvordan hun klarer sig. Kvinden synes, dagligdagen fungerer godt i den nye lejlighed, og hun er nu selv i stand til at lave mad. Hun bor i nærheden af gode indkøbsmuligheder, og ergoterapeuten foreslår, at de afprøver, om en rollator kan gøre hende så sikker, at hun kan gå ud alene. Forsøget går godt, og hun varetager derefter selv indkøb, madlavning og tøjvask. Hun fortsætter med hjælp til rengøring og får en faldalarm pga. et fald i hjemmet. Hun spiser og drikker nu igen normalt og begynder så småt at genoptage sit sociale liv.

Efter nogle måneder kommer en sygeplejerske fra det udgående team fra geriatrisk afdeling på besøg for at følge op på indlæggelsen. Der er enighed om, at kvinden ikke har behov for sygehusets indsats længe. Hun har dog regelmæssig kontakt med hjemmesygeplejen og kan kontakte dem, hvis der opstår nye behov.⁸¹

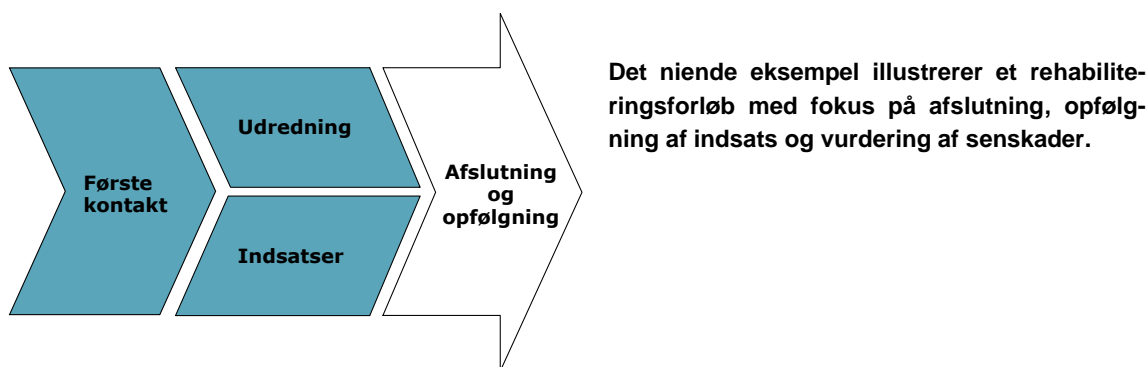
Centrale indsats i eksemplet i forhold til afslutning og opfølgning på en rehabiliteringsindsats:

- Kommunen justerer løbende indsatsen i forhold til indhold og intensitet efter vurdering af ændringer i borgerens funktionsevne.
- Borgeren selv og dennes pårørende inddrages, gives mulighed for aktiv deltagelse og ved, hvilke relevante personer i kommunen de kan kontakte, når der opstår nye behov, så indsatsen kan justeres.
- Kommunen er undervejs i forløbet og ved afslutningen heraf opmærksom på borgerens behov for kompenserende ydelser. Kommunen overvejer i forlængelse af genoptræningen borgerens behov for vedligeholdelsestræning for at fastholde den opnåede funktionsevne.

⁸⁰ Jf. Servicelovens § 86, stk. 2.

⁸¹ Jf. Sundhedslovens §§ 138 og 139.

Figur 5.10: Afslutning og opfølgning på en rehabiliteringsindsats.



Borgerens situation og rehabiliteringsforløb

En 17-årig pige, som går i 1.g, bliver kørt ned af en bilist, da hun cykler hjem fra skole. Hun får en middelsvær hjerneskade med diffuse, svære symptomer på fysiske og kognitive skader. Efter den akutte behandling på traumecentret overflyttes hun til en specialiseret genoptræningsafdeling. Hun udredes og vurderes løbende gennem to måneder, mens hun samtidig fem timer dagligt træner sine fysiske og kognitive funktioner. Efter en tværfaglig konference på sygehusets genoptræningsafdeling med deltagelse af hendes forældre, aftales det at tage kontakt til kommunen med henblik på udskrivelse og planlægning af fremtiden, herunder om at genoptræningen skal fortsættes i kommunalt regi⁸². I første omgang udskrives pigen af gymnasiet efter aftale, idet der er tale om et længerevarende sygeforløb, hvor hun ikke har været i stand til at modtage sygeundervisning.

Kommunen har et tværfagligt hjerneskadeteam, der modtager henvendelsen fra sygehuset. De arrangerer et møde, hvor den koordinerende terapeut og socialrådgiveren fra sygehuset deltager sammen med forældrene og pigen selv.

Kommunens hjerneskadeteam foreslår efter mødet et forløb, som indebærer en undersøgelse af, om pigen kan vende tilbage til gymnasieundervisning og fortsætte genoptræningen ambulant, så hun kan bo hjemme hos forældrene igen. Gymnasiets rektor vurderer i samarbejde med hjerneskadeteamet og Ungdommens Uddannelsesvejledning, om hun kan genoptages på gymnasiet. Der er lidt tvivl herom, fordi hun ser ud til at have nogle problemer med koncentration og udtrætning, men hun vil meget gerne tilbage i gymnasiet. Gymnasiet genoptager hende i 1. g. ved skoleårets begyndelse. Der søges specialpædagogisk støtte med henblik på deltagelse i den almindelige undervisning på lige vilkår⁸³. Efter at have vurderet dokumentationen fra hjerneskadeteamet og traumecentret samt indstillingen fra uddannelsesstedet bevilges støtte i form af studiestøttetimer.

Ved skolestart er gymnasiet opmærksomt på, at hun kan have vanskeligheder, og som led i skolens fastholdelsesarbejde holdes jævnligt samtaler med hende om, hvordan det går. Hun klarer sig relativt godt i skolen, og hendes problemer med koncentrationsbesvær, når der er mange lydindtryk, og udtrætning, får hun hjælp til at håndtere.

Efter det første år på gymnasiet gentages den neuropsykologiske undersøgelse hos hjerneskadeteamets neuropsykolog, hvor det viser sig, at hun er bedret meget i forhold til alle områder, hvor hun tidligere havde problemer. I løbet af 3.g tager uddannelsesstedet og Studievalg sammen med pigen kontakt til hjerneskadeteamet igen mhp. rådgivning om uddannelsesvalg. Hun klarer sig relativt godt i de fleste fag, men der er en vis usikkerhed om, hvorvidt hun kan klare en universitetsuddannelse, som hun gerne vil.

Pigen ender med at søge den universitetsuddannelse, som hun oprindeligt havde tænkt sig, og i den forbindelse afklares i et samarbejde mellem hjerneskadeteamet, Styrelsen for Statens Uddannelsesstøtte og

⁸² Jf. Sundhedslovens §§ 84 og 140.

⁸³ Jf. Bekendtgørelse om særlige tilskud til specialpædagogisk bistand ved ungdomsuddannelserne mv. (BK nr. 873 af 1/09/2008).

uddannelsesstedet hendes behov for yderligere specialpædagogisk bistand.⁸⁴ Det vurderes desuden, at hun har behov for at søge handicaptillæg til SU.

Efter første studieår viser det sig, at hun klarer studiet tilfredsstillende.

Centrale indsatser i eksemplet i forhold til afslutning og opfølgning på en rehabiliteringsindsats:

- *Det kommunale hjerneskadeteam, der har koordineret borgerens rehabiliteringsforløb, samarbejder bl.a. med borgerens uddannelsessted for at sikre, at uddannelsesstedet er opmærksomt på, at borgeren, som konsekvens af hjerneskaden, kan have problemer med koncentration og udtrætning.*
- *Kommunen er efter endt rehabilitering opmærksom på løbende opfølgning i forhold til at vurdere evt. senskader hos borgeren, som kan vanskeliggøre et igangværende uddannelsesforløb, og sikre at tilbud og muligheder følger udvikling i funktionsevne.*

⁸⁴ Jf. Bekendtgørelse nr. 210 af 1. marts 2007 af lov om specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelser.

www.im.dk



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
Tlf. 72 26 90 00
Fax 72 26 90 01