



Den 25. februar 2025

## **Notat vedr. hjerneskadekoordinator funktion**

I budgetaftalen for 2025-2028 fremgår det, at rådighedsforslaget om nedlæggelse af hjerneskadekoordinatorstillingen udgår, og at Social- og Sundhedsudvalget drøfter, hvordan hjerneskadekoordinatorens opgaver indgår i det samlede vejlederteam.

I dette notat beskrives administrationens forslag om at omdanne hjerneskadekoordinator stillingen til en tværgående koordinator funktion med sundhedsfaglige kompetencer.

### **Hjerneskadekoordinator funktionen**

Hjerneskadekoordinatorens opgave har hidtil været at koordinere rehabiliteringsforløb for borgere med erhvervet hjerneskade. Vedkommende er borgerens og de pårørendes kontaktperson i det kommunale system, og det er hjerneskadekoordinatorens ansvar at sikre koordinering og tilpasning af den rette indsats til rette tid og sted i forløbet, indtil borgerens situation er afklaret som helhed. Hjerneskade-koordinatoren er medansvarlig for, at borgeren og dennes pårørende oplever at sammenhængende, koordineret og medinddragende forløb.

Hjerneskadekoordinatorstillingen i Ishøj Kommune har senest været forankret på socialområdet i relation til vejlederteamet. Forud herfor var den forankret på sundhedsområdet i relation til andre koordinatorfunktioner.

Der er p.t. afsat 30 timer ugentligt til hjerneskadekoordinatorfunktionen, og det er administrationens vurdering, at der ikke er tilstrækkeligt med hjerneskadeforløb til de 30 timer.

### **Komplekse borgerforløb**

De behov, der viser sig i et rehabiliteringsforløb for borgere med erhvervet hjerneskade, er på mange områder fælles for andre alvorlige sygdomme og diagnoser, hvor borgeren og dennes pårørende befinder sig i en kompleks og livsomvæltende situation. Behovet for tværfaglig koordinering samt iværksættelse af rette indsats på rette tid og sted vil være afgørende for resultatet af rehabiliteringsforløbet og derved for borgerens fremtidige funktionsniveau.

Den kommunale indsats overfor en borger med hjerneskade, eller anden alvorlig sygdom, kan overordnet inddrages i to faser med forskellige behov og inddragelse af forskellige faglige kompetencer.

#### Den akutte fase

Den første og indledende fase er af akut karakter. I denne fase er der behov for intensiv hjælp og koordinering, så borgeren understøttes rettidigt i sit rehabiliteringsforløb med relevant faglig forståelse. Det er afgørende, at genoptræningen iværksættes hurtigt og intensivt for at bedre borgerens



funktionsniveau mest muligt. Sideløbende vil der være behov for at koordinere med andre relevante områder, så som sygepleje og hjælpemidler. I denne fase er der størst fokus på de sundhedsfaglige aspekter af rehabiliteringsforløbet.

## Et nyt hverdagsliv

Efter den akutte fase skal borgeren lære at håndtere hverdagslivet og leve et liv med nye forudsætninger. I denne fase af rehabiliteringsforløbet vil borgerne ofte have behov for hjælp, omsorg, støtte og optræning, der kan sikre livsmestring og understøtte borgeren i at udvikle færdigheder til at leve et så selvstændigt og godt liv som muligt. For flere borgere vil denne støtte være af socialpædagogisk karakter og vil derfor naturligt blive varetaget af medarbejdere fra vejlederteamet. For andre borgere vil det være relevant fx at afsøge mulighederne for støtte og netværksdannelse gennem fællesskaber og foreninger i civilsamfundet.

Når denne fase indtræffer, vil koordinatorens rolle udfases mere og mere i takt med, at kompleksiteten i borgerens rehabiliteringsforløb mindskes.

## **En tværgående koordinator funktion**

Behovet for støtte og koordinering vil være størst og mest intensivt i den akutte fase af et komplekst rehabiliteringsforløb, hvorfor det er meningsfuldt at en person med sundhedsfaglige kompetencer varetager koordinatorfunktionen og at denne forankres på sundhedsområdet i relation til genoptræningen og andre koordinatorfunktioner, så der opnås en større fleksibilitet og mindre sårbarhed i opgaveløsningen.

Den tværgående koordinator skal ligesom hjerneskadekoordinatoren, koordinere de komplekse forløb, som borgerne ikke selv har overskuddet til pga. de store livsomvæltninger. Derudover skal vedkomne sikre inddragelse og understøttelse af pårørende samt samarbejde internt i kommunen, tværsektorielt og i forhold til civilsamfundet.

## **Struktur for netværk på tværs**

Der er mange forskellige aktører involveret, når en borger rammes af alvorlig og livsomvæltende sygdom som fx en hjerneskade og skal i gang med et komplekst rehabiliteringsforløb. Fokus fra kommunens side er at sikre et rettidigt, sammenhængende og koordineret forløb for borgeren og de pårørende. Når det tværfaglige samarbejde styrkes, forbedres tilbuddet til borgerne.

Dette skal blandt andet sikres ved at skabe struktur for tværgående netværksmøder, som understøtter et tæt og tværfagligt samarbejde tidligt og løbende i borgerens forløb. Koordinatoren samt repræsentanter fra Forebyggelse og Rehabilitering (genoptræningen), Social- og Sundhedsfaglig enhed (myndighed) og Den sociale udførerenhed (vejlederteamet) skal være faste deltagere i netværksmøderne. Derudover kan repræsentanter fra fx Hjemmeplejen og Sygeplejen, Center for Børn og Forebyggelse samt Center for Beskæftigelse og Erhverv indkaldes efter behov.



## Afrunding

Omdannelsen af funktionen vil bidrage til realiseringen af både socialstrategien og sundhedsstrategien. Koordinatorfunktionen skal sikre, at borgerne modtager sammenhængende og koordinerede forløb med gode overgange, idet der etableres formaliserede og strukturerede rammer for internt samarbejde. De sammenhængende og koordinerede forløb vil ligeledes være med til at gøre Ishøjborgernes sundhed til et fælles anliggende, fremme samarbejdet på tværs og sikre indsatser på tværs af generationer. Derudover skal koordinatorfunktionen være med til at understøtte differentieringen i tilbud overfor borgerne, idet indsatsers omfang og varighed dels afgøres af borgerens og de pårørendes sundhedskompetencer og dels af graden af kompleksitet i forløbet.