



Manual for Regionshospitalet Hammel Neurocenter

Interventioner i projekt Bristede Drømme - Nyt håb

- styrket indsats for unge med erhvervet hjerneskade (15-30 år) i Region Midtjylland 2013-2016

INDHOLDSFORTEGNELSE

Om projektet og manualen	2
Kontaktpersoner	2
Projektmappe	3
Oversigtsdiagram	5
Beskrivelse af interventionerne	6
”SKAL” interventioner	6
Netværksarbejde	6
Tværsektorielt planlægningsmøde	8
Overlevering	9
Opfølgende møde med praktiserende læge	10
Neuropædagogisk strategi og dagsprogram	13
Opfølgning på medicinering af unge	14
”KAN” interventioner	15
Faglig informationsudveksling	15
Koble pårørende med andre pårørende	16
Træning i eget hjem/nærmiljø under indlæggelse	17
Træningsorlov i indlæggelsesperioden	18
Ungementor	19
Kompetencecenter	21
Udredning og rehabilitering af unge med lettere erhvervet hjerneskade i ambulanseregion	22
Bilag 1. Netværkskort og brugen heraf	24
Bilag 2. Forberedelsesark	27

Om projektet og manualen

Projekt Bristede Drømme–Nyt Håb retter sig mod 15-30 årige med erhvervet hjerneskade, der har bopæl i Region Midtjylland. Projektet inkluderer patienter/borgere fra 1.3.2014 -1.3. 2016. Lignende projekter kører i de andre regioner.

Denne manual omhandler udelukkende patienter indlagt på RHN.

Målgruppen for denne manual er ansatte på Regionshospitalet Hammel Neurocenter

Der foreligger desuden en manual for ansatte i kommunerne. Begge manualer kan findes på www.ungehjerneskadeprojekt.rm.dk.

Der kan læses mere om projektets baggrund, formål og aktører på hjemmesiden www.ungehjerneskadeprojekt.rm.dk.

Projektets interventioner

I aktuelle manual er alle projektets interventioner beskrevet.

”Oversigtsdiagram – Interventioner” på næste side giver et samlet overblik over interventionerne på nær projektet, der handler om et behandlingsprogram for unge med svære følger efter hjernerystelser. Dette projekt beskrives i bilag 4.

Nederst på oversigten står ”socialt netværk”. Dette er en indsats som Hjernesagen og Hjerneskadeforeningen vil sætte i værk i projektperioden og er ikke en egentlig intervention som monitoreres, hvorfor der ikke er et særskilt skema herfor.

Nogle interventioner gennemføres i alle patientforløb. Andre interventioner kan vælges – dvs. de kan tages i anvendelse, hvis de er relevante i det aktuelle forløb. På beskrivelse af den enkelte intervention er det angivet om denne er

SKAL

eller

KAN

Nogle af interventionerne er kun for unge med problemskabende adfærd (udadreagerende og/eller seksualiserende). Dette er også angivet på beskrivelse af interventionen ved dette tegn:

**SKAL ved problem-
skabende adfærd**

Interventionerne i denne manual er inddelt efter disse tre grupperinger; rækkefølgende er også herefter: 1) ”SKAL” interventioner, 2) interventioner der ”SKAL” anvendes ved unge med problemskabende adfærd og 3) ”KAN” interventioner.

Endeligt omfatter betegnelsen ”netværk” i interventioner den unges forældre og andre i familien samt den unges vennekreds.

Kontaktpersoner

Målgruppen (15-30 årige og bosiddende i Region Midtjylland) indlægges i projektperioden på alle afsnit.

I skemaet neden kan ses, hvem der er Bristede Drømme-Nyt håb nøglepersoner på RHN. Nøglepersonen har til opgaven at føre teams’ene på dennes respektive afsnit ind i, hvad BD-Nh interventionerne handler om, når en BD-Nh patient indlægges. Teams’ene vil også løbende

kunne sparre med nøglepersonen i forhold til at få det bedste ud af projektet i forhold til målgruppen.

Afsnit/ Kontakt person	Sine Secher Morten sen	Anna Birthe Ander sen	Susan Jensen	Solveig Schmidt Madsen	Marie Friis Gerdsen	Marie Grim strup	Lise Højgaard Birling	Hanne Skovgaard og Kristine Egebjerg	Ally Palsdottir og Eike Farmann Nielsen
Mail adresser	sinenort@rm.dk	annaaner@rm.dk	S.Jensen@midt.rm.dk	solvmad@rm.dk	marigerd@rm.dk	Marigrim@rm.dk	ingebirl@rm.dk	Bristede.droemme@midt.rm.dk	adalpals@rm.dk eller eikeniel@rm.dk
Telefon nummer								23744163	23744113/ 78419348
H1							X		
H2				X					
H3		X							
H4		X							
H10					X				
H11			X						
H20			X						
Tidlig Klinik	X								
Børn- og Unge klinikken						X			
Projekt Ungeamb ulatoriet									X
Vejledere i netværks arbejdet på RHN og unge mentor i projektet								X	

Projektmappe

Der registreres data på alle 15-30 årige indlagte såvel som ambulante som har bopæl i Region Midtjylland.

Registreringen foregår i to forskellige skemaer.

Når den unge indlægges henter nøglepersonen projektmappen hos lægesekretærkontoret i ambulatoriet.

Projektmappen for indlagte indeholder:

Oversigtsdiagram over interventionerne Vejledning til teamet

"Informationspjece Bristede drømme – Nyt Håb" til udlevering til patienten eller de pårørende.

1. **Samtykke** – som er et specielt samtykke til projektet. Samtykket underskrives af patienten eller nærmeste pårørende. Samtykket skannes ind i EPJ, hvorefter papirudgaven sættes tilbage i mappen.
2. **fagpersonskema** - heri registrerer teamet projektdata på side 2-3.
3. **manualen** – manual som beskriver alle interventioner og arbejdsgange på RHN
4. **afregningsark** – her registrerer teamet i forbindelse med udskrivelse, hvilke interventioner, der er anvendt fra RHN og kommune. Afsnittet og kommunen kan få

Version 1.4

økonomisk kompensation fra projektet. Projektledere sørger for at der hver 3. måned laves en opgørelse.

5. **monitoreringsark** til hver intervention (nogle interventioner kan forekommer flere gange så der kan udfyldes flere ark for samme intervention). Det er fremhævet med gult, hvem der udfylder monitoreringsarket.

Desuden findes "Informationsbrev til praktiserende læge", "Huskeseddel til konsultation hos praktiserende læge" og "ASP pjecen til pårørende" her.

Når patienten udskrives forbliver projektmappen i afsnittet indtil 4 ugers opfølgende kontakt hos praktiserende læge eller 8 ugers opfølgende kontakt for unge med problemskabende adfærd ved hospitalslæge. Herefter afleveres projektmappen til sekretær Linda Kaiser i ambulatorium sekretariatet i bygning 2.

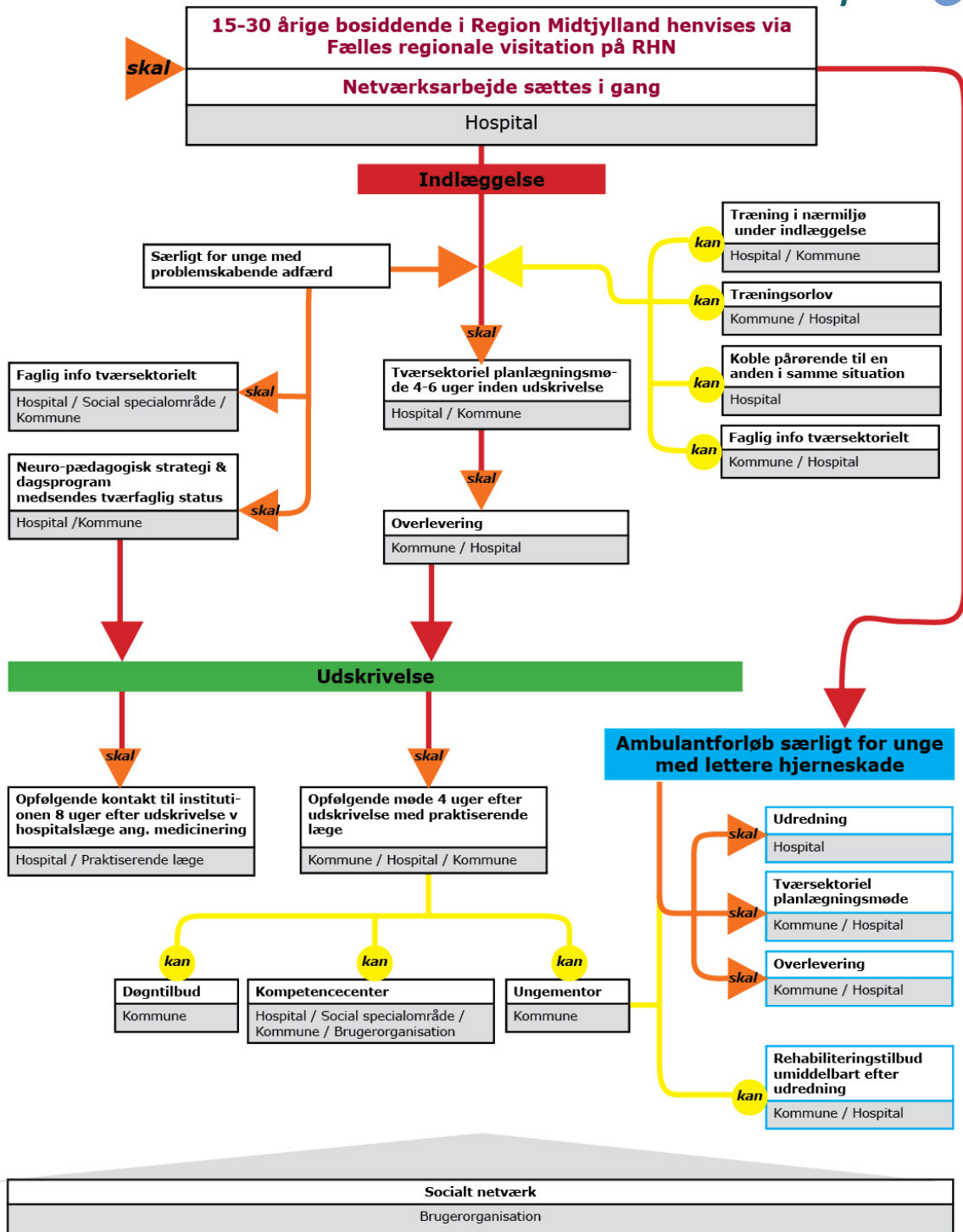
Lægeseekretær indkalder den unge 8 uger efter udskrivelsen til fremmøde i ambulatoriet, hvor ambulatorieteamet indhenter data.

Dokumentation

Der dokumenteres efter sædvanlige procedurer i EPJ.

Oversigtsdiagram

Interventioner for 15-30 årige med erhvervet hjerneskade og bosiddende i Region Midtjylland



Beskrivelse af interventionerne

”SKAL” interventioner

Intervention	Netværksarbejde	SKAL
Formål / vision	At den unge hjerneskadede og dennes netværk over tid undgår marginalisering og ensomhed og oplever at kunne være del af betydningsfulde og bæredygtige fællesskaber.	
Mål	Målet med interventionen er, at netværket sammen med den unge hjerneskadede bedre kan håndtere de ændrede vilkår.	
Målgruppe for interventionen	Unge mellem 15-30 år med erhvervet hjerneskade og deres nære netværk. Det vil sige, at det sociale system, som den unge er en del af er målgruppe for interventionen.	
Hvordan gennemføres interventionen	<p>Netværksarbejde under indlæggelse</p> <p>Teamet kan modtage vejledning i netværksarbejdet ved at kontakte ungementer (se nedenstående kontaktoplysninger)</p> <p>Det nære team påbegynder netværksarbejdet, dvs.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvis det vurderes relevant og givende ift. det videre forløb, udarbejder teamet netværkskort med <u>den unge</u>, evt. med støtte fra nærmeste pårørende. For indsigt i redskabet se bilag 1. Hensigten med netværkskortet er at igangsætte initiativer, som kan vedligeholde den unges netværk, enten af den unge selv eller med støtte fra det nære team. • Hvis det vurderes relevant og givende, udarbejder teamet netværkskort med <u>den unges nærmeste pårørende</u> (se bilag 1) Hensigten med dette er at igangsætte initiativer, som kan vedligeholde de pårørendes netværk og eller støtte de pårørende i den nye livssituation. <p>Desuden kan følgende initiativ sættes i gang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koble pårørende med andre pårørende (se særskilt intervention) <p>I forbindelse med udskrivelse tilbydes den unge og/eller den unges nærmeste pårørende kontakt med ungementer med henblik på fortsat nedtværksarbejde (se interventionen Ungementer).</p> <p>Hvis den unge og /eller pårørende ønsker kontakt til ungementer kontaktes: Hanne Skovgaard Petersen: hannpete@rm.dk Kristine Egebjerg Hansen: krshns@rm.dk Mailen skal sende til begge ungementer.</p> <p>Udførende teammedlem udfylder monitoreringsark.</p> <p>Netværksarbejde efter udskrivelse:</p> <p><u>For den unge</u> Hvis ungementerfunktionen har udsigt til at blive aktuel efter udskrivelse, inviteres Ungementer med til overleveringsmøde for sikre, at den unge, den unges pårørende samt kommunale medarbejdere ved, at ungementerfunktionen er en mulighed. Ønsker den unge kontakt til ungementerfunktionen, kontaktes han/hun af ungementer ca. 4 uger efter udskrivelse. I ungementors kontakt til den unge kan tages udgangspunkt i det netværkskort, der evt. er udarbejdet under indlæggelse.</p> <p><u>For den unges nærmeste pårørende.</u> Den unges nærmeste pårørende/netværk tilbydes støtte i den rehabiliteringsproces, som de skal gennemgå, for at være et stærkt netværk for den unge Hvis der under indlæggelse er udarbejdet netværkskort på den pårørende kan ungementer i kontakten, tage udgangspunkt i dette.</p> <p>For nærmere beskrivelse af ungementors funktion se intervention ”Ungementer”</p> <p>Ungementer udfylder monitoreringsark</p> <p>For begge parter (den unge og den unges pårørende) gælder at der er mulighed for via bristede.droemme@midt.rm.dk eller via telefon til ambulatoriet 78419588 at kontakte ungementer senere, hvis man har sagt nej tak til et besøg.</p>	

	<p>I forbindelse med ambulat udredning Hvis udredning er foregået ambulat eller ved kort indlæggelse tilbydes den unge og dennes nærmeste pårørende/netværk kontakt af ungementor til støtte af netværksarbejdet.</p>
Hvornår i forløbet gennemføres interventionen	Netværksarbejde foregår i hele den unges forløb. Se ovenfor.
Hvem involveres	<p>Under indlæggelse: Det nære team på rehabiliteringshospital Den unge og hans/hendes betydningsfulde netværk (set fra den unges perspektiv)</p> <p>Efter udskrivelse eller i ambulante forløb: Ungementor Den unge og hans/hendes betydningsfulde netværk (set fra den unges perspektiv)</p>
Tilsluttet samspil med anden intervention	Ungementor Koble pårørende Udredning i ambulatorium

Intervention	Tværasektorielt planlægningsmøde	SKAL
Formål / vision	Formålet er at den unge får et koordineret, sammenhængende og forpligtende rehabiliteringsforløb.	
Mål	<p>Specifikke mål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at informere kommunen om den unges behov (træningsbehov, plejehjemsbehov, jobafklaring, boform osv.) • afdække muligheder for det videre rehabiliteringsforløb • at skabe tryghed for den unge i at videre planlægning sker på baggrund af relevante informationer <p>Rehabiliteringsstedet kan være hospital, regional institution, eller midlertidig kommunal institution. "Eget hjem" forstås bredt som egen bolig, familiens bolig, plejehjem, anden institution.</p>	
Målgruppe for interventionen	<p>Alle unge mellem 15 og 30 år med erhvervet hjerneskade som er indlagt i et rehabiliteringsforløb</p> <p>Eksklusion: Unge der overflyttes fra et hospital til et andet hospital.</p>	
Hvordan gennemføres interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • RHN socialrådgiver aftaler dato og tidspunkt for mødet, som foregår 4-6 uger før forventet udskrivelse. • I mødet deltager den unge, dennes nærmeste pårørende, relevante fra teamet fra RHN og fra den unges hjemkommune • Mødet afholdes fysisk på rehabiliteringsstedet eller ved video-/telefonmøde af ca. 1 times varighed Hvis den unge skal hjem i egen bolig/familiens bolig kan mødet evt. afholdes i hjemmet <p>Teammedlemmer udfylder monitoreringsark</p>	
Hvornår i forløbet gennemføres interventionen	<p>Før forventet udskrivelse fra rehabiliteringsstedet, hvis forløbslængden tillader det optimalt 4-6 uger før skiftet sker. Har den unge en meget problemskabende adfærd, udadreagerende og/eller sexualiserende gerne 8 uger før udskrivelsen.</p>	
Hvem involveres	<ul style="list-style-type: none"> • Den unge og dennes nærmeste pårørende. • Fra kommende rehabiliteringssted eller hjemkommunen deltager medarbejdere, som den unge skal samarbejde med fremover • Fra nuværende rehabiliteringssted deltager medarbejdere fra den unges team. 	
Tilsluttet samspil med anden intervention	<p>Faglig informationsudveksling mellem fagprofessionelle på tværs af sektorer. Overlevering i forbindelse med udskrivelse til eget hjem eller skift af rehabiliteringssted.</p>	

Intervention	Overlevering i forbindelse med udskrivelse til eget hjem eller skift af rehabiliteringssted	SKAL
Formål / vision	Formålet er at den unge får et koordineret, sammenhængende og forpligtende rehabiliteringsforløb	
Mål	Specifikke mål: <ul style="list-style-type: none"> • at udveksle viden og information mellem fagprofessionelle fra nuværende rehabiliteringssted og fagprofessionelle fra kommende rehabiliteringssted / fra den unges hjemkommune • at skabe tryghed for den unge og dennes pårørende ved skift af rehabiliteringssted eller ved udskrivelse til eget hjem 	
Målgruppe for interventionen	Unge mellem 15 og 30 år med erhvervet hjerneskade: <ul style="list-style-type: none"> • som er indlagt på hospital eller bor på andet rehabiliteringssted, og som skal udskrives til eget hjem eller skifte rehabiliteringssted, eller • som er i et ambulant udredningsforløb 	
Hvordan gennemføres interventionen	Der aftales tid og sted for overleveringsmøde. <ul style="list-style-type: none"> • Hvis mødet afholdes som videokonference eller fysisk møde arrangeres det som oftest af socialrådgiveren • Hvis overleveringen foregår med praktisk demonstration af relevante aktiviteter for den unge f.eks forflytninger, ADL aktiviteter, neuropædagogisk tilgang, planlægges dette af teamet • Aftaler ved telefonkontakt kan gennemføres af relevante teammedlemmer Der kan holdes op til tre overleveringsmøder. <p>Fysisk overlevering afholdes enten på nuværende rehabiliteringssted / ambulatorium eller i den unges hjem / kommende rehabiliteringssted.</p> <p>Deltagende teammedlem udfylder monitoreringsark</p> <p>Fokus for opfølgning, tidspunkt og deltager aftales.</p> <p>I EPJ gennemføres udskrivelse til ambulant status således: Afslut på pil; Afslut til eget ambulatorium; Noter dato; Afslut til stamafdeling skriv 6630409; Afslut til afsnit KLHJSKADU</p>	
Hvornår i forløbet gennemføres interventionen	Overleveringen finder sted tæt på eller ved udskrivelsen/skiftet/afslutning i ambulatoriet.	
Hvem involveres	Den unge og evt dennes nærmeste pårørende. Medarbejdere fra rehabiliteringsstedet eller ambulatoriet og medarbejdere tilknyttet det sted/den kommune, der skal modtage den unge: <ul style="list-style-type: none"> • Fra kommende rehabiliteringssted eller hjemkommunen deltager medarbejdere, som den unge skal samarbejde med fremover • Fra nuværende rehabiliteringssted eller ambulatorium deltager medarbejdere fra den unges team. 	
Tilsigtet samspil med anden intervention	Tværsektorielt planlægningsmøde	

Intervention	Opfølgende møde med praktiserende læge	SKAL
Formål / vision	Formålet er at den unge får et koordineret, sammenhængende og forpligtende rehabiliteringsforløb	
Mål	Specifikke mål: <ul style="list-style-type: none"> • At informere gensidigt om status • At kvalificere det fremtidige samarbejde mellem den unge og læge • At den unge bliver tryk ved sektorovergangen 	
Målgruppe for interventionen	Unge med erhvervet hjerneskade mellem 15 og 30 år som udskrives fra rehabiliteringssted til eget hjem eller døgndækkende institution. Undtaget er de børn som overgår til opfølgning på børneafdeling.	
Hvordan gennemføres interventionen	<p>Ved udskrivelse – RHN opgaver</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teammedlem fra rehabiliteringshospitalet booker dobbelt tid til møde hos praktiserende læge efter aftale med patient og pårørende. Mødet skal ligge ca. 4 uger efter udskrivelse. Lægepraksis gøres opmærksom på at et teammedlem kan ringes op ved mødets start eller efter endt konsultation • Teamet bestemmer og afpasser med arbejdsplanen hvilket teammedlem, praktiserende læge kan træffe i forbindelse med deltagelse i mødet på den aftalte dag. • Teamet udfylder "Huskeseddel til konsultation hos praktiserende læge" (fane 5, monitoreringsark 10) og sætter den i afsnittets kalender på den aftalte dato for konsultationen. Dette som en hjælp til at huske aftalen, når patienten ikke længere er indlagt. • Teammedlemmet udfylder og sender "Informationspjece til praktiserende læge" (fane 5, monitoreringsark 10). • Teammedlemmet orienterer telefonisk hjerneskadekoordinator/kontaktperson fra kommunen om konsultationstidspunkt. Udskrives patienten til døgndækkende institution, orienteres personale herfra om konsultationen. • Tidspunktet for konsultationen skrives i tværfaglig status. Anvend under punkt 10 standardtekst "Bristede drømme-nyt håb". • Kopi af tværfaglig status opbevares forrest i patientens "Bristede drømme" mappe, således at det teammedlem, som eventuelt bliver kontaktet af lægen, hurtigt kan orientere sig i sagen før mødet. <p>Efter udskrivelse – kommunens opgaver</p> <p>Kontaktperson fra kommune/døgndækkende institution gennemgår tværfaglig status med den unge og pårørende og der udvælges fokuspunkter som forberedelse til mødet.</p> <p>Selve mødet</p> <p>Mødet afholdes hos lægen, evt. i den døgndækkende institution eller den unges hjem. Deltagere fra rehabiliteringssted deltager pr. telefon.</p> <p>Indhold i mødet skal ifølge sundhedsaftalen tilpasses de aktuelle problemstillinger for borgeren og vil typisk indeholde følgende elementer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • den aktuelle fysiske og psykiske tilstand sat i relation til udskrivelsesstatus • socialmedicinske problemstillinger • vurdering af igangværende behandling incl medicin og neurorehabilitering/genoptræning • evt. planlægning af supplerende undersøgelser og kontroller • evt. attester i forhold til arbejdsskade, ulykke og kritisk sygdom mm • evt. henvisninger til speciallæger m.fl. • evt. vurdering af habilitet vedr. bilkørsel <p>Lægen leder mødet. Der tages udgangspunkt i borgerens valgte fokusområder, som fremlægges af borger og eventuel kontaktpersonen.</p> <p>Hvis teammedlem fra rehabiliteringshospital deltager telefonisk i konsultationen, stiller vedkommende ved mødets afslutning spørgsmålene som er angivet i monitoreringsskemaet "Opfølgende møde hos praktiserende læge" (fane 5, monitoreringsark 10).</p>	

	<p>Deltagende teammedlem udfylder monitoreringsark</p> <p>Kun hvis et teammedlem fra RHN deltager i konsultationen (per telefon) kan interventionen registreres som gennemført. Til slut i konsultationen skal teammedlemmet stille spørgsmålene fra monitoreringsarket 10 (under fane 5) til både patient og læge.</p> <p>Hvis ikke teammedlem fra RHN deltager i konsultationen, skal intervention monitoreres ved at afkrydse "mødet er ikke afholdt".</p>
Hvornår i forløbet gennemføres interventionen	<p>RHN opgave</p> <p>Før udskrivelse bestilles hos praktiserende læge dobbelt konsultationstid til mødet.</p> <p>Mødet afholdes ca. 4 uger efter udskrivelse</p>
Hvem involveres	<p>Den unge og pårørende/netværk.</p> <p>Praktiserende læge.</p> <p>Kontaktperson fra kommunen (terapeut, koordinator, socialrådgiver, PPR) eller døgndækkende institution.</p> <p>Repræsentant fra teamet på rehabiliteringshospital.</p>
Tilsluttet samspil med anden intervention	<p>Overlevering i forbindelse med udskrivelse til eget hjem, eller skift af rehabiliteringssted.</p> <p>Opfølgning på medicin ved unge med problemskabende adfærd</p>

”SKAL” interventioner for de i målgruppen, som har problemskabende adfærd

Intervention	Faglig informationsudveksling Mellem fagprofessionelle på tværs af sektorer	SKAL ved problemskabende adfærd
Formål / vision	Formålet er, at der på tværs af sektorer skabes grundlag for et fælles afsæt for rehabiliteringsforløbet, således at den unge får et koordineret, sammenhængende og forpligtende rehabiliteringsforløb gennem vidensdeling, gensidig informationsudveksling og faglig sparring mellem rehabiliteringssted og kommune.	
Mål	Specifikke mål: <ul style="list-style-type: none"> • At sikre at kommunens medarbejdere får relevant faglig viden til planlægning af den unges rehabilitering i kommunalt regi • At indhente relevant viden til rehabiliteringshospitalet, som ikke oplyses via anamnese og e-journal. Dette for at kvalificere forløbet på rehabiliteringsstedet ved at sætte fokus på ressourcer og svagheder i det tidligere livsforløb og sammenholde med nuværende hjerneskade. Der kan ved behov være særligt fokus på at afdække tidligere misbrug og problemskabende (udadreagerende og/eller seksualiserende) adfærd. 	
Målgruppe for interventionen	Unge mellem 15 og 30 år som er indlagt på rehabiliteringshospital og som er i et komplekst forløb pga: <ul style="list-style-type: none"> • hjerneskadens sværhedsgrad og placering • sociale eller familiære forhold, eller • tidligere og/eller nuværende problemskabende (udadreagerende og/eller seksualiserende) adfærd, misbrug eller lign. 	
Hvordan gennemføres interventionen	Patient/pårørende orienteres om mødets afholdelse og formål med mødet. RHN's sædvanlige samtykkeerklæringer skal være udfyldt. Fagligt informationsudveksling mellem rehabiliteringssted og kommune kan foregå på 3 måder: <ul style="list-style-type: none"> • Telefonkontakt • Telefonmøde/videokonference • Fysisk møde Ved telefonmøde/videokonference eller fysisk møde aftales mødet 2-3 uger før afholdelse og specifikke mål for mødet aftales. Mødet forventes at vare 30-45 min. Teamet og socialrådgiver/hjerneskadekoordinator aftaler fokus for mødet og hvem der arrangerer og deltager. Deltagende teammedlem udfylder monitoreringsark. OBS. Møde handler om informationsudveksling/vidensdeling og er ikke et forum hvor der tages beslutninger om den unges fortsatte rehabilitering. Beslutninger kan kun tages på tværsektorielle planlægningsmøder, hvor den unge og/eller dennes pårørende/netværk er til stede.	
Hvornår i forløbet gennemføres interventionen	Første møde afholdes efter behov på baggrund af teamets vurdering af forløbets kompleksitet. Der kan aftales opfølgende møder efter behov.	
Hvem involveres	Fagprofessionelle fra rehabiliteringssted <ul style="list-style-type: none"> • relevante fra teamet • hjerneskadekoordinator/ socialrådgiver Fagprofessionelle fra hjemkommunen <ul style="list-style-type: none"> • hjerneskadekoordinator og andre relevante personer 	
Tilsluttet samspil med anden intervention	Tværsektorielt planlægningsmøde	

Intervention	Neuropædagogisk strategi og dagsprogram medsendes foreløbig Tværfaglig Status, ved unge med problemskabende adfærd (udadreagerende og/eller sexualiserende adfærd)	SKAL ved problemskabende adfærd
Vision / formål	Formålet er at den unges problemskabende adfærd i det kommende døgn-dækkende tilbud kan reduceres gennem et kompenserende og støttende miljø. Formålet er finde og/eller skabe et kompenserende og støttende miljø, der imødekommer den unges behov i det kommende døgn-tilbud.	
Mål	Målet med interventionen er at formidle viden og information fra rehabiliteringshospital til den unges hjemkommune om den unges problemskabende adfærd med henblik på valg af døgn-dækkende tilbud efter udskrivelse.	
Målgruppe for interventionen	Unge mellem 15-30 år med erhvervet hjerneskadede som har problemskabende adfærd og deraf følgende behov for et døgn-dækkende tilbud med struktur, som kan hindre eller minimere den problemskabende adfærd	
Hvordan gennemføres interventionen	Når det vurderes, at den unge har problemskabende adfærd med behov for omfattende struktur i et døgn-dækkende tilbud efter udskrivelse fra rehabiliteringshospital, skal <ul style="list-style-type: none"> • neuropædagogisk strategi og • dagsprogram medsendes den foreløbige tværfaglige status, som sendes til kommunen som forberedelse til det tværasektorielle planlægningsmøde. Udførende teammedlem udfylder monitoreringsark	
Hvornår i forløbet gennemføres interventionen	Før tværasektorielt planlægningsmøde som ved denne målgruppe finder sted minimum 6 uger før skiftet sker. Dog gerne 8 uger før.	
Hvem involveres	Medarbejdere på rehabiliteringshospital - skriver og sender neuropædagogisk strategi og dagsprogram sammen med tværfaglig status. Hjerneskadekoordinator/koordinerende person i kommunen - modtager neuropædagogisk strategi og dagsprogram sammen med tværfaglig status.	
Tilsluttet samspil med anden intervention	Faglig informationsudveksling mellem fagprofessionelle, på tværs af sektorer. Overlevering i forbindelse med udskrivelse, til eget hjem, eller skift af rehabiliteringssted. Døgn-tilbud.	

Intervention	Opfølgning på medicinering af unge med problemskabende adfærd <i>(udadreagerende og/eller seksualiserende adfærd)</i>	SKAL ved problemskabende adfærd
Formål / vision	At den unges medicinering er hensigtsmæssig og tilpasset den unges adfærd og behov.	
Mål	Målet med interventionen er: <ul style="list-style-type: none"> at vurdere og justere den unges medicinindtag så den er hensigtsmæssig og tilpasset den unges adfærd og behov 	
Målgruppe for interventionen	Unge mellem 15-30 år med erhvervet hjerneskadede, som under rehabilitering på hospital er medicineret på grund af problemskabende adfærd, og som efterfølgende er udskrevet til døgn dækkende tilbud	
Hvordan gennemføres interventionen	<p>Ved udskrivelsen medsendes</p> <ul style="list-style-type: none"> neuropædagogisk strategi, dagsprogram og tværfaglig status forberedelsesark (se bilag 2) som skal hjælpe udskrivelsesstedet til observationer af den unge. <p>Før udskrivelsen</p> <ul style="list-style-type: none"> hospitalslægen dikterer tidspunktet i EPJ. Lægesekretæren i indlæggelsesafdelingen booker tid til telefonmøde mellem læge på rehabiliteringshospitalet, og medarbejder på den unges bosted med henblik på vurdering af optimal medicinering. Mødet afholdes 6-8 uger efter udskrivelse. Mødetidspunkt noteres i Tværfaglig Status af teamet og i afsnitskalenderen noteres hvem fra teamet der deltager i telefonkonsultationen. <p>Når den unge udskrives overgår patienten til Klinik for Hjerneskade - Unge på RHN Patienten afsluttes i EPJ ved at udskrive til ambulante opfølgning således: Afslut på pil; Afslut til eget ambulatorium; Noter dato; Afslut til stamafdeling skriv 6630409; Afslut til afsnit KLHJSKADU</p> <p>Ambulatoriekontakten</p> <ul style="list-style-type: none"> Sekretæren sender brev til den unge om den ambulante kontakt til bostedet. Den unge deltager om muligt. <p>Ved gennemførelse af mødet</p> <ul style="list-style-type: none"> Samtalen tager udgangspunkt i det medsendte forberedelses ark forløbslæge og teammedlem kan aftale forberedelse ved behov kan lægen aftale opfølgning i form af nyt telefonmøde eller besøg i ambulatoriet der sendes epikrise til den unges praktiserende læge om mødets resultat <p>Lægen udfylder monitoreringsark</p>	
Hvornår i forløbet gennemføres interventionen	6-8 uger efter udskrivelse fra rehabiliteringshospital.	
Hvem involveres	Den unges teamsygeplejerske og faste læge på rehabiliteringshospital Medarbejder på døgn dækkende institution (sygeplejerske eller den unges kontaktperson)	
Tilsluttet samspil med anden intervention	Overlevering i forbindelse med udskrivelse til den unges eget hjem eller skift af rehabiliteringssted . Opfølgende møde med praktiserende læge Neuropædagogisk strategi og dagsprogram medsendes tværfaglig status, ved unge med problemskabende adfærd.	

”KAN” interventioner

Intervention	Faglig informationsudveksling mellem fagprofessionelle på tværs af sektorer	KAN
Formål / vision	Formålet er, at der på tværs af sektorer skabes grundlag for et fælles afsæt for rehabiliteringsforløbet, således at den unge får et koordineret, sammenhængende og forpligtende rehabiliteringsforløb gennem vidensdeling, gensidig informationsudveksling og faglig sparring mellem rehabiliteringssted og kommune.	
Mål	Specifikke mål: <ul style="list-style-type: none"> • At sikre at kommunens medarbejdere får relevant faglig viden til planlægning af den unges rehabilitering i kommunalt regi • At indhente relevant viden til rehabiliteringshospitalet, som ikke oplyses via anamnese og e-journal. Dette for at kvalificere forløbet på rehabiliteringsstedet ved at sætte fokus på ressourcer og svagheder i det tidligere livsforløb og sammenholde med nuværende hjerneskade. Der kan ved behov være særligt fokus på at afdække tidligere misbrug og problemskabende (udadreagerende og/eller sexualiserende) adfærd. 	
Målgruppe for interventionen	Unge mellem 15 og 30 år som er indlagt på rehabiliteringshospital og som er i et komplekst forløb pga: <ul style="list-style-type: none"> • hjerneskadens sværhedsgrad og placering • sociale eller familiære forhold, eller • tidligere og/eller nuværende problemskabende (udadreagerende og/eller sexualiserende) adfærd, misbrug eller lign. 	
Hvordan gennemføres interventionen	Patient/pårørende orienteres om mødets afholdelse og formål med mødet. RHN's sædvanlige samtykkeerklæringer skal være udfyldt. Fagligt informationsudveksling mellem rehabiliteringssted og kommune kan foregå på 3 måder: <ul style="list-style-type: none"> • Telefonkontakt • Telefonmøde/videokonference • Fysisk møde Ved telefonmøde/videokonference eller fysisk møde aftales mødet 2-3 uger før afholdelse og specifikke mål for mødet aftales. Mødet forventes at vare 30-45 min. Teamet og socialrådgiver/hjerneskadekoordinator aftaler fokus for mødet og hvem der arrangerer og deltager. Deltagende teammedlem udfylder monitoreringsark. OBS. Møde handler om informationsudveksling/vidensdeling og er ikke et forum hvor der tages beslutninger om den unges fortsatte rehabilitering. Beslutninger kan kun tages på tværsektorielle planlægningsmøder, hvor den unge og/eller dennes pårørende/netværk er til stede.	
Hvornår i forløbet gennemføres interventionen	Første møde afholdes efter behov på baggrund af teamets vurdering af forløbets kompleksitet. Der kan aftales opfølgende møder efter behov.	
Hvem involveres	Fagprofessionelle fra rehabiliteringssted <ul style="list-style-type: none"> • relevante fra teamet • hjerneskadekoordinator/ socialrådgiver Fagprofessionelle fra hjemkommunen <ul style="list-style-type: none"> • hjerneskadekoordinator og andre relevante personer 	
Tilsluttet samspil med anden intervention	Tværsektorielt planlægningsmøde	

Intervention	Koble pårørende med andre pårørende der har været igennem en lignende situation	KAN
Formål / vision	Formålet med interventionen er, at de pårørende gennem støtte fra ligestillede oplever at kunne klare/håndtere de ændrede livsvilkår.	
Mål	Målet er, at den unges pårørende gennem kontakt og erfaringsudveksling med andre, som har været i lignende situation, får input til at håndtere egen proces.	
Målgruppe for interventionen	Nærmeste pårørende til unge mellem 15-30 år med hjerneskade, f.eks forældre, ægtefælle/kæreste, søskende, børn, nær ven. Undervejs i forløbet kan interventionen rettes mod nære pårørende med forskellig relation til den unge	
Hvordan gennemføres interventionen	<p>Undervejs i alle rehabiliteringens faser overvejes det, om de pårørende kan profitere af at tale med andre pårørende, der har oplevet lignende og er længere i forløbet. Det bør overvejes, hvordan de pårørende matches på bedst mulig vis for at understøtte relationen (køn, alder, social baggrund, skadens art).</p> <p>De pårørende kobles via:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lokalt kendskab (andre på afdelingen eller i pårørendegruppen / i kommunen) - via patientforeningerne, folderen "ASP" er vedlagt mappen <p>Den professionelle rolle er udelukkende som igangsætter.</p> <p>Under indlæggelse Teamet spørger de pårørende, om de har lyst til en sådan kontakt og udlevere pjecen fra ASP.</p> <p>Efter behov følges der af teamet op på om kontakten er sket og, om der er behov for yderligere intervention fra de fagprofessionelles side.</p> <p style="background-color: yellow;">Udførende teammedlem udfylder monitoreringsark</p> <p>Efter udskrivelse og i ambulante forløb Der kan etableres kontakt til andre pårørende via ungementor i funktionen som netværksmedarbejder. (se beskrivelse af interventionen Netværksarbejde) Ungementor udfylder monitoreringsark</p>	
Hvornår i forløbet gennemføres interventionen	Det vil være individuelt om der er behov for kontakt til andre pårørende og hvornår i forløbet. Kontakten kan etableres: <ul style="list-style-type: none"> • under indlæggelse • efter udskrivelse • som led i et ambulante forløb 	
Hvem involveres	Den unges nærmeste pårørende Andre pårørende der har været i samme situation	
	Under indlæggelse: én fra den unges nære team Efter udskrivelse: ungementor i funktionen som netværksmedarbejder Ambulante forløb: ungementor i funktionen som netværksmedarbejder	
Tilsluttet samspil med andre interventioner	Kontakt til netværkskonsulent	

Intervention	Træning i eget hjem/nærmiljø under indlæggelse	KAN
Formål / vision	Formålet med hjemmetræning under indlæggelse er, at den unge får et forløb der er tilpasset vedkommendes behov og opnår optimalt udbytte af rehabiliteringen.	
Mål	<p>Specifikke mål kan være:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at øge motivationen for træning/rehabilitering • at overføre det lærte til hjemmet/nærmiljøet • at give patienten indsigt i egen formåen/funktionsevne • at overføre viden fra hjemlige omgivelser til rehabiliteringsmiljøet • at vidensdele med kommunalt personale • at forberede patient og pårørende på overgangen til det hjemlige miljø • at forberede ophold i hjemmet, f.eks dagsbesøg eller overnatning <p>Fokus kan være på såvel fysiske, kognitive, som sociale aspekter af funktionsevnen..</p>	
Målgruppe for interventionen	<p>Unge mellem 15 og 30 år med erhvervet hjerneskade som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • teamet vurderer skal hjem til egen bolig/familiens bolig efter udskrivelse • har et hjem der fysisk og familiemæssigt muliggør hjemmetræning • er i stand til fysisk og kognitivt at klare transport og træning i hjemmet • kan profitere af at træne i eget miljø eller anvende den opnåede funktion i eget miljø. 	
Hvordan gennemføres interventionen	<p>Patientens team - oftest ergoterapeut og/eller fysioterapeut, evt sygeplejerske/sosu-assistent</p> <ul style="list-style-type: none"> • laver aftaler med patient og pårørende om hjemmetræning herunder formål og tidspunkt • sikrer at hjemmet/nærmiljøet er tilgængeligt for den unge. Hjælpemidler stilles til rådighed af rehabiliteringshospital. • kontakter hjemkommunen hvis der ønskes kommunal deltagelse med henblik på at vidensdele med/overlevere til kommunalt personale <p>Transporten foregår med sædvanlige befordringsmuligheder for rehabiliteringsstedet. Hvis det understøtter formålet kan transporten foregå med offentlige transportmidler.</p> <p>Antal hjemmetræninger under indlæggelsen afhænger af patientens behov</p> <p>Deltagende teammedlem udfylder monitoreringsark.</p>	
Hvornår i forløbet gennemføres interventionen	Hjemmetræningernes placering i indlæggelsesforløbet er fleksibel i forhold til patientens behov og målet med hjemmetræningen	
Hvem involveres	<p>Patientens team</p> <p>Evt kommunale medarbejdere</p> <p>Evt pårørende og/eller øvrige netværk</p>	
Tilsluttet samspil med	<p>Træningsorlov i indlæggelsesperioden.</p> <p>Tværasektorielt planlægningsmøde.</p>	

Intervention	Træningsorlov i indlæggelsesperioden	KAN
Vision/Formål	Formålet med træningsorlov, er at den unge får et forløb der er tilpasset vedkommendes behov og opnår optimalt udbytte af rehabiliteringen.	
Mål	Specifikke mål kan være: <ul style="list-style-type: none"> • at øge motivationen for træning/rehabilitering • at overføre det lærte til hjemmet/nærmiljøet • at give den unge indsigt i egen formåen/funktionsevne • at overføre viden fra hjemlige omgivelser til fortsat rehabilitering • at vidensdele med kommunalt personale • at forberede patient og pårørende på overgangen til det hjemlige miljø Fokus kan være på såvel fysiske, kognitive, som sociale aspekter af funktionsevnen..	
Målgruppe for interventionen	Unge mellem 15 og 30 år med erhvervet hjerneskade som er indlagt på rehabiliteringshospital og som: <ul style="list-style-type: none"> ▪ teamet vurderer skal hjem til egen bolig/familiens bolig efter udskrivelse ▪ har et hjem der muliggør en træningsorlov ▪ kan profitere af at træne i eget miljø og anvende den opnåede funktion i eget miljø ▪ det vurderes, at der via træningsorlov i eget miljø, kan opnå øget indsigt, og/eller en øget motivation for den videre rehabiliteringsindsats i hospitalsregi. 	
Hvordan gennemføres interventionen	Inden orlov: <p>Teamet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • planlægger orloven i samarbejde med afsnittets læge og nærmeste ledere • aftaler formål med og længde på træningsorlov med den unge, dennes pårørende. Der er mulighed for orlov mellem 1-3 uger. • vurderer afhængig af formål med orlov, om der skal trænes i orlovsperioden. • vurderer behov for personlig hjælp under træningsorlov og laver evt. aftaler med den unge, dennes pårørende og hjemkommunen om dette. • aftaler hvem -teammedlemmer fra hospital eller fra kommune - der skal forestå den unges træning i orlovsperioden. Dette afhænger af patientens behov, og praktiske muligheder, herunder afstand fra rehabiliteringshospitalet til den unges bopæl. • sikrer sig at hjemmet er tilgængeligt for den unge. Hjælpe midler stilles til rådighed af rehabiliteringshospitalet. Ved behov for permanente boligændringer kan der evt. laves aftale med kommunen. • udskriver den unge til projekt-unge ambulatoriet ved orlovens start. I EPJ gennemføres udskrivelse til ambulans status således: Tryk på "Afslut til eget ambulatorium". Vælg 6630409, og derefter kognitiv amb indtil projekt Ungeamb er oprettet. Dette sker forventelig 1.7.2014. <p>Under orlov:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der kan trænes op til 3 gange pr. uge • ved orlov uden træning kontaktes den unge/familien af et teammedlem på rehabiliteringshospitalet. Antal gange afhænger af den unges/familiens behov og målet med orloven. • den unge eller familien kan kontakte teamet på rehabiliteringshospitalet ved behov • kontakt foregår pr tlf. • ydelser der er givet i orlovsperioden registreres på ambulatorieforløbet • Når den unge vender tilbage afsluttes ambulatorie forløbet, og den unge genindlægges. <p>Deltagende teammedlem(er) udfylder monitoreringsark 3-10 dage efter endt træningsorlov.</p>	
Hvornår i forløbet gennemføres interventionen	Træningsorlov placeres på det tidspunkt i rehabiliteringsforløbet, hvor den unge kan profitere mest af den.	
Hvem involveres	Patientens team på rehabiliteringshospitalet laver aftaler med den unge, dennes pårørende, og kommunale nøglepersoner, hvis disse skal inddrages i træningsorloven.	
Tilsluttet samspil med anden intervention	Træning i egen hjem / nærmiljø under indlæggelse. Tværsektorielt planlægningsmøde. Overlevering i forbindelse med udskrivelse, til eget hjem, eller skift af rehabiliteringssted.	

Intervention	Ungementor I projektperioden varetager ungementor to forskellige interventioner med forskelligt foci, henholdsvis <ul style="list-style-type: none"> • Netværksarbejde • Selvstændighed og mestring For overordnet beskrivelse af netværksarbejde både under og efter indlæggelse henvises til interventionen: "Netværksarbejde".	KAN
Vision/Formål	<ul style="list-style-type: none"> • At den unge hjerneskadede og dennes netværk over tid undgår marginalisering og ensomhed og oplever at kunne være del af betydningsfulde og bæredygtige fællesskaber. • At netværket sammen med den unge hjerneskadede bedre kan håndtere de ændrede vilkår • At skabe størst mulig udvikling og selvstændighed for den unge gennem støtte til dennes mestring af den nye livssituation. 	
Mål	Netværksarbejde Målet med interventionen er: <ul style="list-style-type: none"> • At netværket sammen med den unge hjerneskadede bedre kan håndtere de ændrede vilkår. • At synliggøre ressourcepersoner i den unges eller pårørendes netværk. • At udbygge netværket ved behov. Selvstændighed og mestring Målet med interventionen er, at den unge får støtte til: <ul style="list-style-type: none"> • At kunne forvalte sin energi • At kunne strukturere sin hverdag • At kunne forvalte egen økonomi At kunne forvalte evt. problemskabende (udadreagerende og/eller sexualiserende) <ul style="list-style-type: none"> • adfærd • At kunne reagere og reflektere konstruktivt ift. egne handlinger • At kunne forvalte kontakten til f. eks: studie, kommune, praktik pladser, job, jobcenter, UU vejleder, fritidstilbud, efterskole, højskole. 	
Målgruppe for interventionen	Unge mellem 15-30 år med let eller moderat hjerneskade, som har behov for støtte til mestring af nye livsvilkår, og som ikke modtager denne støtte fra anden side. Målgruppen inkluderer bl.a. unge med problemskabende (udadreagerende og/eller sexualiserende) adfærd.	
Hvordan gennemføres interventionen	Ungementorens arbejde foregår i den unges nærmiljø, men kan også finde sted som skype-møde eller telefonkontakt. Fokus i samarbejdet med den unge afhænger af dennes behov (se mål) Der vil være en veksling mellem faste og ad hoc kontakter.	
Hvornår i forløbet gennemføres interventionen	Opstartes ved udskrivelse eller afslutning fra ambulatorium hvis det vurderes relevant og herefter efter behov. Ungementor kan være særlig vigtig når: <ul style="list-style-type: none"> • Den unge flytter hjemmefra eller skifter bolig eller boform. • Den unge starter uddannelse, praktik, arbejde el. lign. • Der sker familiære forandringer for den unge, ift. kæreste, ægtefælle, børn mm. 	
Procedure ift. iværksættelse af interventionen	Kan tilknytning til Ungementor blive relevant kontaktes ungementorerne inden overleveringsmødet mhp. mulig deltagelse. Se mail under "kontakt". Netværksarbejdet: Hvis den unge ønsker det, kontaktes han/hun af ungementor ca. 4 uger efter udskrivelse eller afsluttet ambulans forløb. <i>For den unges nærmeste pårørende:</i>	

Version 1.4

	<p>Efter udskrivelse tilbydes den unges nærmeste pårørende/netværk støtte i den rehabiliteringsproces, som de skal gennemgå, for at være et stærkt netværk for den unge. Ungementor forestår støtten til den unges nærmeste pårørende/netværk.</p> <p>Selvstændighed og mestering:</p> <p>Det besluttet altid i samarbejde med hjemkommunens hjerneskadekoordinator eller hjerneskadeteam om ungementor skal tilknyttes.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Tilknyttes ungementor kan denne kort præsentere sig selv ved overleveringsmødet.▪ Hvis den unge ikke har ønsket kontakt til ungementor men dette ønske opstår senere kan hjerneskadekoordinator i hjemkommunen maile herom til bristede.droemme@midt.rm.dk.
Kontakt	<p>Ungementorerne kontaktes via mail: hannpete@rm.dk krshns@rm.dk Der sendes en mail til begge mailadresser.</p>

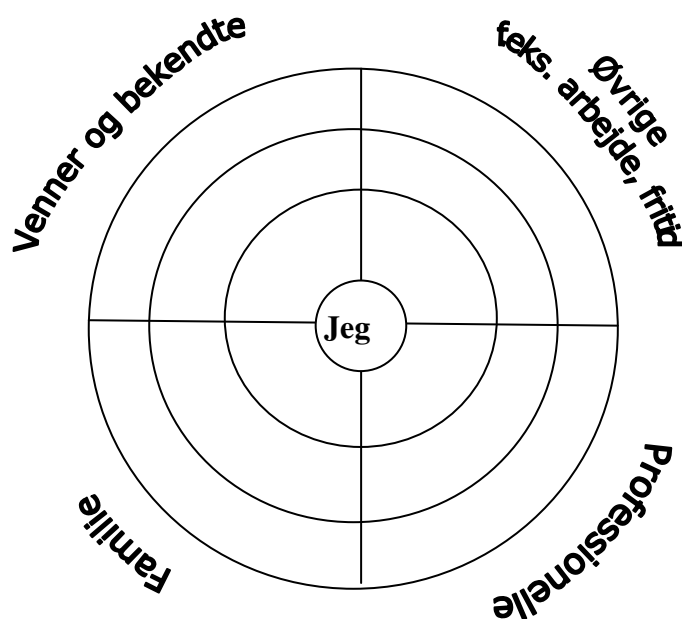
Intervention	Kompetencecenter	KAN
Vision/Formål	At den unge, dennes netværk og fagprofessionelle tilbydes den nødvendige viden, støtte, og kompetencer til neurorehabilitering.	
Mål	<p>1) understøtte og udvikle de allerede eksisterende kompetencer indenfor neurorehabilitering i Region Midt, med særligt fokus på målgruppens behov.</p> <p>2) tilbyde sundhedsfaglige, tværfaglige specialiserede ydelser til individuelle forløb</p> <p>3) understøtte og medvirke til videreudvikling af mulighed for pårørendenetværk og netværk for unge med erhvervet hjerneskade.</p>	
Målgruppe for interventionen	Den unge med erhvervet hjerneskade mellem 15 og 30 år, samt de fagprofessionelle og den unges netværk.	
Hvordan gennemføres interventionen	<p>Ad. 1)</p> <p>Et særligt fokus er at udvikle og afprøve nye læringsmetoder via ny teknologi, hvor fagprofessionelle nøglepersoner i den unges forløb kan få adgang til neurofaglig viden. Dette arbejde påbegyndes i efteråret 2014, hvor nøglepersoner omkring den unge der er UU-vejledere, studievejledere, sagsbehandlere på jobcentre og jobkonsulenter samt praktiserende læger tilbydes kompetenceudvikling ift. at få øje på unge med en ikke-diagnosticeret hjerneskade.</p> <p>Uddannelsescentret på RHN, planlægger, og udbyder efterspurgte, bæredygtige kompetenceudviklingsforløb med særligt fokus på målgruppens behov. Kompetenceudviklingsforløbene udarbejdes i samråd med interessenter, der er involverede i denne målgruppes neurorehabiliteringsforløb.</p> <p>Ad. 2)</p> <p>Tilbyde sundhedsfaglige, tværfaglige specialiserede ydelser til individuelle forløb. Konkret kan ydelsen være i form af videokonference eller teambesøg i kommunen.</p> <p>Der etableres et korps af fagfolk med specialiseret neurofaglig viden fra hospital og social specialområde.</p> <p>Disse ydelser kan planlægges af et team eller bestilles af en kommune via den Fælles Regionale Visitation.</p> <p>Ydelsen påbegyndes pr.1.11.2014, hvor "understøttelse af specialiserede sager" afsluttes.</p> <p>Ad. 3)</p> <p>At samarbejde med brugerorganisationerne om at understøtte og videreudvikle, og udbrede deres tilbud om hot-line, pårørende netværk og netværk for de unge hjerneskadede. Ungementorerne indgår i denne opgave.</p>	
Hvornår i forløbet gennemføres interventionen	I projektperioden	
Hvem involveres	<p>Ydelser leveres, og kvalificeres via:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uddannelsescentret ▪ Interessenter, der er involverede i denne målgruppes neurorehabiliteringsforløb ▪ Projekt Ungeambulatoriet ▪ Ungementorer ▪ Brugerorganisationer 	
Tilsluttet samspil med andre interventioner	<p>Projekt Ungeambulatorium.</p> <p>Koble pårørende til en anden i samme situation</p> <p>Netværksarbejde</p> <p>Unge-mentorer</p>	

Intervention	Udredning og rehabilitering af unge med lettere erhvervet hjerneskade i ambulans regi
Vision/formål	At unge opspores, og udredes med henblik på at modtage relevant rehabiliteringsindsats
Mål	<ul style="list-style-type: none"> • At den unge opspores • At den unge udredes • At den unge efter udredning tilbydes videre indsats
Målgruppe for interventionen	<p>Unge med lettere hjerneskadede fra Region Midtjylland i alderen 15-30 år, der har følger eller mistanke om følger efter nyopstået hjerneskade:</p> <p>Hvem kan henvises til udredning: Unge mellem 15 og 30 år med lette følger eller mistanke om følger efter nyopstået:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apopleksi (blodprop i hjernen og hjerneblødning) • Subarachnoidalblødning (SAH (hjernehindblødning)) • Traumatisk hjerneskade • Tumor Cerebri (kræft samt godartede svulster i hjernen), hvor tilstanden er stabil • Encephalopati (diffus hjerneskade på grund af iltmangel, giftstoffer eller anden skadelig påvirkning) • Infektion (betændelse i hjernen og i hjernens hinder) • Sequelae (følger på grund af en hjerneskade og dennes behandling med reference til en af ovenstående diagnoser). <p>Unge med tidligere opståede lette hjerneskader, som har behov for en udredning, kan også blive henvist.</p> <p>I projektperioden vil unge med nyopståede skader have første prioritet</p> <p>Hvilke patientgrupper er ikke omfattet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • følger efter whiplash • progredierende neurologiske lidelser, herunder dissemineret sclerose, Parkinson og ALS • hjerneskaden er opstået før 28. dag efter fødslen • følger efter commotio cerebri (hjernerystelse) • Post-commotivt syndrom (langvarige følger efter hjernerystelse) • Metastaser til hjernen fra kræft i andre dele af kroppen
Hvordan gennemføres interventionen	<p>Opsporing: Via hospitalsafdelinger, praktiserende læge, hjerneskadekoordinator eller anden nøgleperson fra kommunalt regi.</p> <p>Henvisning: Lægehenvielsen sendes elektronisk til FRV der videreformidler til ungevisitationen. Oplysninger der ønskes medsendt fremgår af informationspjece der forefindes på hjemmesiden: www.ungehjerneskadeprojekt.rm.dk</p> <p>Udredning Udredningen foregår i tæt samarbejde med den unges hjemkommune og i tæt samarbejde med flere faggrupper. Neurolog, neuropsykolog, fysioterapeut og ergoterapeut deltager altid og derudover andre relevante faggrupper ad hoc. Der er kommunal deltagelse i følgende møder i et udredningsforløb:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Første møde med henblik på at få et fælles afsæt for udrednings- og rehabiliteringsforløbet. • Tværsektoriel planlægningsmøde • Overleveringsmøde • Imellem disse to møder udarbejder det tværfaglige team i ambulatoriet konklusion på undersøgelsens resultater, som herefter formidles til patient/pårørende og kommunen. <p>Rehabilitering Opfølgende rehabilitering planlægges og gennemføres af den unges hjemkommune på baggrund af udredningen og i samarbejde med den unge og dennes pårørende. Rehabiliteringen forventes at foregå på specialiseret eller avanceret niveau afhængig af skadens omfang og påvirkning af den unges livssituation.</p>

Hvornår i forløbet gennemføres interventionen	Udredningen planlægges når <ul style="list-style-type: none"> • relevante oplysninger og undersøgelser er indhentet • timing i forhold til den unges skadestidspunkt er bedst mulig • der er aftalt deltagelse af kommunal medarbejder til anamneseoptagelse og overleveringsmøde
Hvem involveres	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorieteamet • Ad Hoc: sygeplejerske, logopæd og RHN socialrådgiver. • Den unge og dennes pårørende • Repræsentant fra hjemkommune, Evt. praktiserende læge, ungementor mhp. netværksarbejde (se denne intervention)
Tilsluttet samspil med andre interventioner	Netværksarbejde Koble pårørende Tværsektorielt planlægningsmøde Overlevering i forbindelse med udskrivelse til eget hjem, eller skift at rehabiliteringssted Faglig informationsudveksling Ungementorordning

Bilag 1. Netværkskort og brugen heraf

Definition	Netværkskort. Definition: Et netværkskort er et dialogredskab, der visuelt fremstiller det samlede sociale system den unge og dennes nære netværk er del af. Netværkskortet kan bruges i to spor: a) Fokus på netværket omkring den unge hjerneskadede b) Fokus på støtte til den unges nærmeste pårørende i forløbet
Formål	Det nære mål er at afdække netværket omkring den unge og dennes pårørende med henblik på inddragelse under rehabiliteringen. Ift. den unge er formålet, via inddragelse af betydningsfulde personer i den unges netværk, at skabe grundlag for at relationen bedre kan fortsætte i det videre forløb. På den måde søges at forebygge social isolation for den hjerneskadede. Ift. de nærmeste pårørende er formålet, via inddragelse af disses netværk under rehabiliteringen af den hjerneskadede, at afdække muligheden for praktisk hjælp og mental støtte i den nye livssituation. Herudover fokuseres samtidig på vedligeholdelse af det sociale netværk omkring de pårørende.
Målgruppe for interventionen	Unge med erhvervet hjerneskade mellem 15-30 år og dennes nære netværk. Interventionen kan tilbydes såvel indlagte, udskrevne samt unge i ambulante forløb. Herudover kan der tillige, ved behov, udarbejdes netværkskort på den unges nære pårørende.
Hvordan gennemføres interventionen	Interventionen gennemføres under indlæggelse af en fagprofessionel fra det nære team, som den hjerneskadede og de pårørende har stor tillid til. Efter udskrivelse og i ambulante forløb gennemføres interventionen af ungementor. Som sundhedsfagligt personale går man ind i den hjerneskadedes og i netværkets private rum, når man arbejder med et netværkskort, hvorfor det er vigtigt at opbygge en god og respektfuld relation. Da udarbejdelse af netværkskortet kan være en følsom proces, anbefales at interventionen ikke afbrydes. Det er derfor hensigtsmæssigt at sætte rigeligt med tid af til interventionen (ca. en time). I forlængelse heraf er det ligeledes vigtigt at afsætte forberedelsestid, så redskabet bliver tilpasset den pågældende fokuspersion.



I introduktionen laves en kontekstafklaring, som tilpasses den pågældende fokuspersion. Man kan komme ind på følgende punkter:

I forhold til den unge:

- At man som sundhedsfagligt personale ved, at det er vigtigt for alle at fastholde kontakten med betydningsfulde personer for at få kræfter til at møde de udfordringer, man står overfor. Det støttende netværk vil således kunne styrke rehabiliteringsprocessen.
- At man ved, at det kan være svært at finde energi til at fastholde kontakten, hvorfor man som professionel tilbyder at støtte processen.
- Rammesætning for samtalen (bl.a. tidsramme samt præcisering af, at netværksskortet er privat med mindre anden aftale laves med den unge).

I forhold til de nærmeste pårørende:

- At formålet er at danne et overblik over den pårørendes sociale netværk for herved at finde ud af, hvem der kan støtte vedkommende mentalt og praktisk i den nye livssituation.
- At man som sundhedsfagligt personale ved, at det er vigtigt for alle at fastholde kontakten med betydningsfulde personer for at få kræfter til at møde de udfordringer, man står overfor.
- At man ved, at det kan være svært at finde energi til at fastholde kontakten, og man derfor som professionel tilbyder at støtte processen.
- Rammesætning for samtalen (bl.a. tidsramme samt præcisering af, at netværksskortet er privat med mindre andet aftales).

Kortet udfyldes ud fra spørgsmålene: Hvem er i dit netværk? og hvilke personer er betydningsfulde for dig?

Fokuspersionen sættes i midten af cirklen. De personer som nævnes kan indtegnes i forhold til den oplevede betydning af relationen set med fokuspersionens øjne. Dvs. personerne placeres visuelt tæt på eller længere ude i forhold til fokuspersionen. Det kan i nogle tilfælde være virksomt at supplere kortet med pile for herved at synliggøre om fokuspersionen har et ønske om, på sigt, at ændre placeringen på enkelte personer i dennes netværk. F.eks. hvis fokuspersionen gerne vil have at relationen i fremtiden bliver stærkere eller svagere.

Kommentar til kortets udformning:

Skabelonen er tænkt som et forslag. Det vigtigste er, at netværksskortet udarbejdes med udgangspunkt i fokuspersionens behov.

Netværksskortet kan også udarbejdes ud fra et stykke blankt papir, hvor man f.eks. blot tegner en inderste cirkel med fokuspersionens navn og en yderste indrammende cirkel. I denne skabelon undlades således både de graduerende cirkler samt den firdelte inddeling i "professionelle", "Familie", "Venner og bekendte" og "Øvrige". Ift.

Version 1.4

	<p>det visuelle overblik kan det i denne forbindelse være en fordel at gruppere personerne i netværket ift. tilhørsforhold f.eks. skole/arbejdskammerater, sportskammerater mm. Denne gruppering kan illustreres ved afslutning af samtalen med farvemarkering.</p> <p>Til slut i processen drøftes, om der er nogle personer i netværket, der kan være en støtte og derfor kan inddrages i rehabiliteringen. I denne forbindelse drøftes endvidere eventuelle konkrete tiltag.</p>
Dokumentation	<p>Det færdiggjorte netværkskort er privat og udleveres derfor til fokuspersonen ved samtals afslutning. Mod tilladelse fra fokuspersonen kan en kopi af netværkskortet sættes ind i papirjournalen. Hvis denne fremgangsmåde vælges skal netværkskortet dog læses med ydmyghed af de øvrige teammedlemmer, da netværkskortet er et dialogredskab og derved har begrænset værdi for andre end dem, der deltager i samtalen.</p>
Hvornår i forløbet gennemføres interventionen	<p>Netværkskortet kan tilbydes</p> <ul style="list-style-type: none">• under indlæggelse• efter indlæggelse• til ambulante udredte unge <p>Under indlæggelse tilbydes interventionen tidligt i forløbet når den professionelle vurderer, at der er opbygget en tryk og tillidsfuld relation til den unge/nærmeste pårørende. Netværkskortet udarbejdes kun, hvis teamet vurderer, det vil gavne den unge/nærmeste pårørende og samtidig har tid til at intervenere ift. de konkrete forslag om tiltag.</p> <p>Netværkskortet er et dynamisk dokument, som løbende vil kunne ændre sig. I samarbejde med fokuspersonen overvejes derfor behovet for justeringer eller eventuel udarbejdelse af nyt netværkskort.</p>
Hvem involveres	<ul style="list-style-type: none">▪ Ved indlæggelse er det en professionel fra det nære team på RHN som gennemfører interventionen.▪ Ved ikke indlagte er det ungementor▪ Den unge og dennes nære netværk

Bilag 2. Forberedelsesark

Forberedelse til samtale mellem rehabiliteringshospital og det behandlende team.

Forberedelsesarket anvendes under interventionen **Opfølgning på medicinering af unge** med problemskabende adfærd (**udadreagerende og/eller sexualiserende adfærd**).

Hvilken form for problemskabende adfærd har klienten – er der ændringer siden indflytning hos Jer – i så fald hvilke?
Er der ændret i medicinen siden udskrivelse fra rehabiliteringshospital – hvis ja i så fald hvilke ændringer? Er der anvendt pn-medicin?
Hvordan er klientens døgnrytme i forhold til søvn/hvile?
Hvordan ser en typisk dag ud for klienten - hvilke aktiviteter deltager klienten i?
Er der et mønster i adfærden – tid, aktivitet (situation), omgivelser (incl. personer)?
Hvad hjælper af tiltag, når klienten udviser problemskabende adfærd?

Bilag 2 findes på www.ungehjerneskadeprojekt.rm.dk under siden "interventioner".



Redaktører:
Projektgruppen for Projekt Bristede Drømme-Nyt håb
www.ungehjerneskadeprojekt.rm.dk