

Til

KL

Dokumenttype

Rapport

STRATIFICERING PÅ HJERNESKADEOMRÅDET

STRATIFICERING PÅ HJERNESKADEOMRÅDET

Dato **14. september 2012**

INDHOLD

1.	Indledning	1
2.	Konklusioner og anbefalinger	2
2.1	Samlet vurdering af VUM som stratificerings- og samarbejdsværktøj	3
3.	Præsentation af DHUV/VUM	5
4.	Kommunernes afprøvning af DHHUV/VUM	6
5.	DHUV/VUM som stratificeringsredskab	8
5.1	Muligheder for at anvende DHUV/VUM som stratificeringsredskab i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade	8
5.2	Begrænsninger for at anvende DHUV/VUM som stratificeringsredskab i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade	10
5.3	Udviklingspotentialer i forhold til at anvende DHUV/VUM som et stratificeringsredskab	12
6.	DHUV/VUM som koordineringsredskab	14
6.1	Muligheder for at anvende DHUV/VUM som et koordinationsredskab i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade	14
6.2	Begrænsninger for at anvende DHUV/VUM som et koordinationsredskab i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade	14
6.3	Udviklingspotentialer i forhold til at anvende DHUV/VUM som et koordinationsredskab i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade	16

BILAG

Kompleksitetsskema

1. INDLEDNING

KL har igangsat et arbejde, som skal skitsere en model, som kommunerne kan anvende til stratificering af borgere med erhvervet hjerneskade. Stratificering bruges som et dynamisk redskab til at fordele grupper af patienter til rette behandling, rehabilitering, opfølgning m.v. Hensigten med stratificeringen er at sikre den rette afdækning af borgerne og på baggrund heraf at kunne anvise de(n) rette indsats(er). KL's sigte er, at en sådan model skal sikre, at borgere med hjerneskade, som ofte er i kontakt med flere dele af den kommunale forvaltning, får en ensartet og samlet sagsbehandling herunder udredning og stratificering.

DHUV (digitalisering på handicap- og udsatte voksne-området) og Voksenudredningsmetoden (VUM) (som beskrives i næste afsnit) forventes at være et godt udgangspunkt for stratificeringsmodellen. Flere kommuner har gode erfaringer med at anvende DHUV og VUM i forhold til personer med handicap og psykiske lidelser, men der er endnu ikke opsamlede erfaringer med, hvordan metoden specifikt fungerer i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade.

KL har derfor aftalt med fire kommuner, at de afprøver DHUV/VUM i forhold til en række borgere med erhvervet hjerneskade med henblik på at afprøve de muligheder og barrierer, der er forbundet med at anvende metoden til stratificering og koordination i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade.

De fire kommuner, som har afprøvet metoden, er:

- Allerød
- Gribskov
- Helsingør
- Varde

Efter kommunernes afprøvning har Rambøll gennemført casebesøg i hver af de fire kommuner med henblik på at afdække kommunernes erfaringer med at anvende DHUV/VUM i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade.

I denne rapport præsenteres kommunernes erfaringer med at anvende DHUV/VUM. Idet digitaliseringen (DHUV) endnu ikke er implementeret i de besøgte kommuner, er det primært erfaringer med VUM alene, som fremgår.

2. KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER

I nærværende kapitel opsummeres konklusioner og anbefalinger på baggrund af de fund, som præsenteres i rapportens øvrige kapitler.

Der skelnes mellem VUM som et stratificeringsredskab og som et koordinationsredskab i kommunerne.

Den overordnede opfattelse af VUM er positiv. Tre ud af fire kommuner ser VUM som en forbedring i forhold til deres nuværende sagsbehandlingspraksis på handicapområdet.

Alle de interviewede medarbejdere er enige om, at VUM kan anvendes i forhold til senhjerneskadede, men det varierer på tværs af de interviewede, hvorvidt de ser potentiale i VUM som basis for en stratificering af borgere med erhvervet hjerneskade. De fleste ser muligheder, men også begrænsninger.

Overordnet set vurderer kommunerne, at VUM kan anvendes som sagsbehandlingsværktøj i forhold til målgruppen af borgere med erhvervet hjerneskade, og det vurderes, at der ikke er større udfordringer forbundet med at anvende metoden over for denne målgruppe. Enkelte opmærksomhedspunkter, i forhold til hvordan borgeren forstår sin funktionsnedsættelse (borgerens erkendelse), fremhæves dog at være potentielt udfordrende for funktionsevnevurderingen. Baggrunden er, at borgeren ikke altid har erkendt følgevirkningerne efter en erhvervet hjerneskade, hvilket kan vanskeliggøre vurderingen af borgerens aktuelle funktionsniveau. Dette er dog en generel udfordring ift. målgruppen, som man bør være opmærksom på.

Hvad angår mulighederne i forhold til stratificering på baggrund af VUM, er det særligt metodens brede fokus på at komme hele vejen rundt om borgeren, som fremhæves som en styrke for at kunne stratificere. Metodens fokus på funktionsevnevurdering er endvidere relevant.

Begrænsningerne handler derimod, ifølge kommunerne, om, at stratificering kræver helheds-tænkning, hvilket VUM ikke rummer på nuværende tidspunkt. Stratificering kræver ifølge flere af de interviewede, at metodens fokus på den enkelte sag i VUM sammenkobles med kommunen som helhed, således at der på tværs af forvaltningerne/kommunen sættes fokus på, hvad der forstås ved de enkelte niveauer (basalt, avanceret og specialiseret). Ligeledes er der behov for, at disse konkretiseres, eventuelt med udgangspunkt i de allerede definerede kategorier i ICF. Endeligt bør brug af redskabet kobles sammen med det serviceniveau, kommunen har opstillet.

Samlet set kan det konkluderes, at stratificering af målgruppen med afsæt i VUM vurderes som en mulighed, såfremt der tages højde for følgende forhold:

- Stratificeringen skal ske tidligt i forløbet, og det skal være afklaret, hvor stratificeringskompetencen organisatorisk skal være forankret i kommunen. Der kan være behov for sundhedsfaglige kompetencer og yderligere objektive undersøgelser for at sikre en ensartet vurderingen af borgerens behov på tværs af de involverede medarbejdere og faggrupper.
- Der skal være fokus på borgerens samlede behov for ydelser, således at der sker en samlet stratificering på tværs af de mange lovområder og paragraffer i stratificeringen.

Således fremstår det væsentligt, at man i sin stratificering dels holder borgerens behov ift. andre lovgivninger for øje, og dels er opmærksom på de forskellige sagsbehandlingsmæssige lovkrav inden for forskellige områder.

Kommunerne pointerer, at en god stratificering hænger sammen med en velkoordineret indsats af borgerens forløb og giver således bedst mening, hvis det gøres via et fælles redskab på tværs af afdelinger/forvaltninger i kommunen.

I forlængelse heraf oplever kommunerne, at der er en del strukturelle barrierer forbundet med at anvende VUM som fælles redskab på tværs af kommunen. Flere medarbejdere ser muligheder i at anvende indholdet i VUM på tværs af kommunen, eksempelvis ved at anvende målsætningsarbejdet i et koordinerende perspektiv. Medarbejderne ser desuden muligheder i forhold til at anvende VUM sammen med andre redskaber såsom omsorgsjournalen (Fælles Sprog II) og resourceprofilen i jobcenterregi. Samtidig peger medarbejderne også på en række begrænsninger, der særligt knytter sig til manglende it-understøttelse og forskellige lovgivninger, arbejdsgange og sagsbehandlingsredskaber.

VUM betragtes endvidere som et redskab, der har sit afsæt i det socialfaglige område. Holdningen er, at det kræver en sammentænkning af redskaber på tværs af kommunale forvaltninger og afdelinger, såfremt redskabet skal anvendes som et koordinerende redskab. Dette skyldes, at der eksisterer mange andre redskaber og arbejdsgange på de øvrige fagområder (fx Fælles Sprog II m.fl.), som man er nødt til at tage højde for.

Alt i alt er de fire kommuner positivt indstillede over for at anvende VUM til borgere med erhvervet hjerneskade, men at bruge det som koordineringsredskab vil kræve en videreudvikling. Kommunerne ser en stor udfordring i, at sikre det tværgående aspekt i VUM, så VUM ikke blot bliver endnu et redskab i rækken.

Endvidere fremhæver flere medarbejdere, at det er nødvendigt, at VUM understøttes ledelsesmæssigt for at sikre et tværgående organisatorisk fokus i kommunen.

VUM's potentiale, i forhold til borgere med en erhvervet hjerneskade, kan sammenfattes med udgangspunkt i principperne fra SWOT-analysen¹, hvor metodens styrker, svagheder, muligheder og risici gennemgås, hvilket uddybes i nedenstående afsnit.

2.1 Samlet vurdering af VUM som stratificerings- og samarbejdsværktøj

Tabel 2-1: Samlet vurdering af VUM som stratificerings- og samarbejdsværktøj

Styrker	Svagheder
<ul style="list-style-type: none"> • Godt og grundigt sagsbehandlingsværktøj • Udførlig og detaljeret beskrivelse af borgeren • Gode tjeklister • Relevant at have fokus på funktionsevnevurdering • Godt at kunne skelne sagsbehandlerens og borgerens udsagn/opfattelse • Fokus på målsætningsarbejde med borgeren 	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende historik i starten af udredningen om borgerens situation forud for hjerneskade (og årsagen til hjerneskaden) • Ikke tydeligt, hvilke kompetencer som kræves ift. at anvende VUM som stratificeringsredskab – og hvornår i et forløb en stratificering skal foregå • Det subjektive i funktionsevnevurderingen (versus brugen af objektive test) • Kan ikke stå alene - kræver koordination og sammentænkning på tværs af områder • Fokus på enkeltsager og dermed manglende mulighed for koordinering • Tager ikke højde for andre lovgivningsområder i sin nuværende form

¹ Strengths (Styrker), Weaknesses (Svagheder), Opportunities (Muligheder), Threats (Risici).

Muligheder	Risici
<ul style="list-style-type: none"> • Kommunens nuværende niveau af koordinering og stratificering kan fremmes af VUM • Målsætningsarbejdet i VUM er relevant at søge at anvende koordinerende • Muligheder i VUM for at spille sammen med andre redskaber såsom omsorgsjournalen (Fælles Sprog II) og ressourceprofilen i jobcenterregi 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunens nuværende niveau af koordinering og stratificering kan hæmmes af VUM • Kommunernes it-understøttelse af VUM med mangfoldighed af systemer (både på tværs af kommuner og internt på tværs af afdelinger) udfordrer muligheden for koordinering og dermed også hensigtsmæssig stratificering • Manglende bredde og ejerskab – primært et socialfagligt redskab

Det er på baggrund af ovenstående fund og konklusioner Rambølls vurdering, at VUM har potentialer, men er ikke færdigudviklet i sin nuværende form, både hvad angår dets brug som stratificeringsredskab og som koordineringsredskab. Det skal dog understreges, at en del af de udviklingspotentialer, som kommunerne påpeger, i høj grad skyldes, at der er tale om borgere med meget komplekse vanskeligheder. Samtidig er en del af de identificerede udfordringer kulturelt betingede.

VUM fremhæves af flere at være et socialfagligt funderet redskab. En udbredt brug af VUM vil derfor forudsætte, at andre fagligheder omkring borgere med erhvervet hjerneskade indarbejdes i redskabet, så det muliggøres, at VUM integreres inden for andre lovområder.

VUM's fokus på funktionsevnevurdering er en væsentlig fordel og en god forudsætning for stratificering. Der synes dog samtidigt at være et væsentligt tidsaspekt i, hvornår det giver mening at stratificere, og hvem der i givet fald skal have kompetencen hertil. Det er endvidere væsentligt at holde for øje, at det muligvis kræver visse faglige (evt. sundhedsfaglige) forudsætninger at kunne stratificere en borger i målgruppen korrekt, idet funktionsevnevurderingen gerne skulle være ens på tværs af sagsbehandlere. Det er vurderingen, at stratificering giver mest mening, hvis det sker på tværs og koordineret, således at stratificeringen tager afsæt i borgerens samlede forløb.

VUM er en nyudviklet sagsbehandlingsmetode i kommunerne, som er ved at blive udbredt i kommunerne. VUM's potentiale er derfor endnu ikke fuldt belyst. Det er derfor Rambølls vurdering, at det endnu ikke er muligt for kommunerne at vurdere alle muligheder og begrænsninger i redskabet, før VUM er blevet en mere integreret del af den kommunale sagsbehandling.

3. PRÆSENTATION AF DHUV/VUM

DHUV/VUM er en ny metode udviklet af Social- og Integrationsministeriet og KL til sagsbehandling og udredning på handicap- og udsatte voksne-området.

VUM er selve udredningsmetoden, mens DHUV er digitaliseringen af handicap og udsatte voksne-området.

VUM tager udgangspunkt i den enkelte borger og har til formål at forbedre den faglige og lovgivningsmæssige kvalitet i sagsbehandlingen.

Metoden anskueliggør myndighedsrollen i sagsbehandlingen og dækker hele sagsbehandlingsprocessen på handicap- og udsatte voksne-området. Metoden omfatter syv væsentlige trin i sagsbehandlingen og indeholder redskaber, som understøtter sagsbehandleren i de forskellige dele af processen (fra sagsåbning til sagsopfølgning):

- Udredningen
- Handleplanen
- Indstillingen
- Afgørelsen
- Bestillingen
- Opfølgningen.

Metoden kan anvendes til sagsbehandling og udredning af borgere med både fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsnedsættelser og dækker dermed de forskellige målgrupper på området. Udredningen skal give sagsbehandleren en struktureret viden om borgerens problemer, ressourcer og ønsker og dermed skabe et grundlag for at træffe afgørelse. På baggrund heraf kan myndigheden iværksætte hjælpen og følge op på indsats og resultater.

Metoden er udviklet med henblik på at understøtte sagsbehandling tildeling af ydelser inden for Serviceloven og almenboligloven. Det er dog også muligt for kommunerne at anvende metoden på andre områder².

² Voksenudredningsmetoden, Metodehåndbogen s. 4

4. KOMMUNERNES AFPRØVNING AF DHUV/VUM

Tre ud af de fire kommuner, som deltager i nærværende undersøgelse, har arbejdet og afprøvet VUM over en længere periode på handicapområdet. Gribskov deltog som pilotkommune i udviklingsprocessen omkring VUM (fra 2009-2011), mens Helsingør og Varde kommuner har anvendt metoden siden sommeren 2011.

Helsingør, Gribskov og Varde har således allerede anvendt metoden på andre målgrupper inden for voksen-handicap (herunder fx somatisk handicappede, udviklingshæmmede, hjerneskadede). Allerød har indtil nu anvendt andre redskaber i deres sagsbehandling og har således udelukkende afprøvet VUM på udvalgte senhjerneskadede borgere ifm. nærværende undersøgelse. Allerød Kommune skal fremadrettet anvende metoden, når it-systemet, som understøtter brugen, er implementeret i sommeren/efteråret 2012.

Det gælder for alle kommuner, at de ikke nødvendigvis bruger alle dele af VUM, men at de derimod anvender de dele af VUM, som de finder mest passende og supplerende i forhold til deres hidtidige arbejdsgange. VUM forventes først fuldt implementeret, når it-understøttelsen er på plads.

Som udgangspunkt for undersøgelsen blev de enkelte kommuner bedt om at afprøve VUM på så mange sager (cases) som muligt vedr. borgere med erhvervet hjerneskade, således at disse kunne være udgangspunktet for interviews med de metodeafprøvende sagsbehandlere om muligheder og begrænsninger ved metoden. Kommunerne blev desuden bedt om at udvælge cases, så der var eksempler på borgere med såvel basale og avancerede som specialiserede rehabiliteringsbehov.

Kommunerne havde fra medio maj til medio juni 2012 til at afprøve VUM på deres udvalgte cases. Grundet den korte tidsfrist for projektet var det et begrænset antal cases, den enkelte kommune kunne bidrage med (ca. 2 per kommune). Der er derfor ikke tale om en repræsentativ afdækning af metodens potentiale over for målgruppen, men afprøvningen har givet et indledende billede af metodens muligheder og begrænsninger.

I forbindelse med de afholdte casebesøg har Rambøll gennemført interviews med relevante kommunale medarbejdere for at afdække deres vurdering af de muligheder og barrierer, der er forbundet med at anvende DHUV/VUM i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade. Følgende medarbejdere er blevet interviewet på casebesøgene:

- Hjerneskadekoordinatorer
- Repræsentanter fra kommunens administrative chefniveau på voksen-handicapområdet (alle 4 kommuner)
- Metodeafprøvende sagsbehandlere (alle kommuner)
- Medarbejderrepræsentanter fra afdelingerne vedr. voksenhandicap, sundhedsområdet og jobcenterregi (i tre ud af fire kommuner).

I nærværende undersøgelse er de medarbejdere, som primært varetager sagsbehandlingen (inden for Serviceloven) af borgere med erhvervet hjerneskade i kommunerne, blevet bedt om at afprøve VUM på udvalgte cases med borgere af forskellig kompleksitet (fordelt inden for de tre gradueringer af rehabiliteringsbehov, enten basalt, avanceret eller specialiseret, jf. Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade). Nedenfor ses en oversigt over de metodeafprøvende deltagere og antallet (og sværhedsgraden) af de cases, de gennemgik.

Tabel 4-1: Oversigt over kommunernes metodeafprøvende medarbejdere og antal cases

Kommune	Metodeafprøvende medarbejdere	Organisatorisk placering	Antal afprøvede cases (erhvervet hjerneskade)
Allerød	Hjerneskadekoordinator (2 personer)	Borgerservice - social indsats	3 cases 3 avanceret/specialiseret niveau
Gribskov	Handicaprådgiver (1 person)	Handicapteamet (under Social og Sundhed)	2 cases: 1 basalt niveau 1 avanceret/specialiseret niveau
Kommune	Metodeafprøvende medarbejdere	Organisatorisk placering	Antal afprøvede cases (erhvervet hjerneskade)
Varde	Sagsbehandler på hjerne-skadeområdet (1 person)	Social- og handicapservice	Ca. 15 på basalt niveau
Helsingør	Handicaprådgiver (2 personer) og hjerneskadekoordinator	Center for Psykiatri og Handicap	1 case <i>niveau ikke specificeret</i>

Det har været hjerneskadekoordinatorer, som primært har afprøvet metoden i Allerød. Metoden er anvendt af sagsbehandlere på handicapområdet i Gribskov, Helsingør og Varde.

5. DHUV/VUM SOM STRATIFICERINGSREDSKAB

I nærværende kapitel præsenteres kommunernes erfaringer med og opfattelser af anvendelsen af VUM som stratificeringsredskab i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade.

Der er delte erfaringer og holdninger til, hvorvidt VUM kan anvendes som stratificeringsredskab. I dette kapitel skelnes der mellem muligheder og begrænsninger set i forhold til at kunne stratificere med udgangspunkt i VUM. De steder, hvor kommunerne har haft bemærkninger til de tre niveauer af stratificering (basalt, avanceret og specialiseret), er disse inddraget. Det skal dog indledningsvist fremhæves, at kommunerne ikke brugte denne skelnen i udpræget grad under interviewene.

5.1 Muligheder for at anvende DHUV/VUM som stratificeringsredskab i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade

Overordnet set ser de fire kommuner gode muligheder for at anvende DHUV/VUM i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade (herefter senhjerneskedede). Metoden fremhæves som givende en god tjekliste og sikrer retssikkerheden for borgeren. Medarbejderne ser grundlæggende ikke de store forskelle i brugen af metoden inden for forskellige målgrupper og fremhæver, at VUM formentligt kan det samme for senhjerneskedede som for andre målgrupper. Dog fremhæves enkelte forhold at være særligt vigtige at være opmærksom på i forhold til senhjerneskedede, hvilket uddybes længere nede i kapitlet.

I kommunens sagsbehandling sker udredningen af borgerens situation med henblik på at udarbejde en faglig vurdering om tildeling af hjælp (eller afslag). Udredningsmetoden i VUM tager udgangspunkt i ICF³, som sætter fokus på at afdække borgerens fysiske, psykiske og sociale funktionsevnedssættelse set i forhold til borgerens mulighed for aktivitet og deltagelse i dagliglivet. Endvidere tages der højde for fremmende og hæmmende omgivelsesfaktorer i borgerens liv.

Overordnet set oplever de adspurgte kommuner, at udredningen i VUM udgør en god og grundig metode til at komme godt rundt om alle relevante aspekter vedr. den senhjerneskedede borger. En fordel ved metoden i udredningen er, at den skiller tingene ad for sagsbehandlere. Det, at kun relevante aspekter for sagsbehandlingen kommer med, er ifølge nogle sagsbehandlere bedre end kommunernes nuværende metoders mere historiske beskrivelse af en person.

"Metoden er dækkende for det forløb, der er på udredningsdelen for borgere med senhjerneskedede, fordi den går alle leddene igennem." (Helsingør)

"Man bliver som sagsbehandler mere opmærksom på, hvilke oplysninger der kommer fra borgeren selv. Tidligere ville jeg have lavet en funktionsvurdering på baggrund af allerede eksisterende oplysninger. Metoden tvinger mig til at tage højde for borgerens aktuelle situation. Det inddrager borgeren og dennes aktuelle problemstillinger, og det gør det lettere at arbejde med mål. Det giver også mere tidsafgrænsede forløb." (Gribskov)

Endvidere fremhæves detaljeringsgraden at være bedre end medarbejdernes vante arbejdsmetode (Allerød).

Generelt ser mange af de adspurgte medarbejdere VUM som et godt afdækningsredskab i forhold til borgere med hjerneskade; men dette primært forstået på et individniveau. Flere sagsbehandlere opfatter VUM som en god metode til at komme hele vejen rundt og få afdækket den enkelte borgers behov og således tildelt den rette ydelse.

Set på et gruppeniveau ift. at stratificere, er opfattelserne mere delte.

³ICF er udviklet af WHO og står for "International Classification of Functioning, Disability and Health"

Mange af de interviewede ser først og fremmest god mening i at have fokus på funktionsevnevurdering i en stratificeringsproces på gruppeniveau, hvilket VUM kan være med til at understøtte.

Nogle sagsbehandlere ser endvidere mulighed for at anvende VUM som stratificeringsredskab ved eksempelvis at sammenholde funktionsevnevurderingen til målgruppen i øvrigt. Dette vil dog kræve, at man har kortlagt og grupperet denne målgruppe (Helsingør). Således ser nogle kommunale medarbejdere et potentiale i, at VUM kan bruges som "sortering" af, hvilket tilbud borgere skal have inden for nogle bestemte rammer. Metoden kan hjælpe med at stratificere til bestemte tilbud.

Flere fremhæver dog samtidig, at det for at bruge VUM på denne måde, i forhold til senhjerne-skadede, er afgørende at supplere VUM med objektive test (særligt test på det neurologiske/neuropsykologiske område fremhæves). Mange fremhæver, at VUM er en subjektiv beskrivelse, som skal suppleres med noget objektivitet (dette skal også ses i sammenhæng med, at flere ser et behov for sundhedsfaglige kompetencer, som det nævnes i afsnit 4.3).

Alt i alt er differentiering i forhold til de tre niveauer (basalt, avanceret og specialiseret niveau) ikke noget, som kommunerne bruger på nuværende tidspunkt, og de har således svært ved at uddybe erfaringer hermed. Nogle kommuner vurderer dog, at det er sværere at benytte VUM i de komplekse sager (Helsingør og Varde). Særligt fremhæves det at være udfordrende at gennemføre VUM i sager på et specialiseret niveau. Dette er Gribskov dog ikke enig i. Her ser man i stedet, at VUM kan blive lidt overflødig i de basale tilfælde, hvorimod den er god til de andre to niveauer (avanceret og specialiseret).

I Varde stratificerer man allerede borgere med erhvervet hjerneskade (på sundhedsområdet) ud fra den stratificeringsmodel, som findes på kronikerområdet (jf. Region Syddanmark) og i forhold til Fælles sprog II. I Varde ser man derfor god mulighed for at sammenkoble dette med VUM.

"Vi arbejder med den stratificeringsmodel, der ligger på de store kroniker-grupper (...) Vi har valgt at se senhjerneske som en stor kroniker gruppe. Vi bevilliger alle sundhedsydelser, så vi er sundhedsmyndigheden. Det betyder, at vi kan bestille udvidet koordinering med de praktiserende læger. Vi kommer til at gøre det mere systematisk, og den har manglet på det her område." (Varde)

I forhold til selve visitationen af borgeren ud fra VUM fremhævede flere sagsbehandlere det positive i, at handleplanen i VUM præciserer målene, hvilket er godt og relevant, også i forhold til eksterne samarbejdspartnere.

I Varde vurderes det, at VUM godt vil kunne bruges til visitation i stedet for Fælles Sprog II. I Gribskov vurderer man dog umiddelbart, at det ikke ville være hensigtsmæssigt, hvis VUM skulle erstatte dette.

Endvidere skal det påpeges, at ikke alle har erfaringer med dette aspekt af VUM. Således vil den endelige anvendelighed af VUM i forhold til visitationen først kunne afdækkes, når it-understøttelsen af metoden er på plads.

Det er således en pointe, at der allerede er mange velfungerende visitationssystemer i jobcenter- og sundhedsregi, og således er VUM endnu et redskab i konkurrence hermed.

Kommunernes erfaringer vidner om følgende sammenfattende muligheder ved at anvende VUM som stratificeringsredskab på området for borgere med erhvervet hjerneskade:

- En god metode til at komme hele vejen rundt og få afdækket den enkelte borgers behov og således tildele den rette ydelse
- Relevant at tage udgangspunkt i en funktionsevnevurdering (baseret på ICF)

- Indeholder relevante tjeklister og en god gennemgang
- Der ses muligheder i at benytte funktionsevnevurderingen i VUM til stratificering ift. tilbud til borgeren, hvis man samtidigt har afdækket målgruppens funktion og behov i kommunen.

Der er dog samtidigt en del begrænsninger i brugen af VUM som stratificeringsredskab, hvilket uddybes i næste afsnit.

5.2 Begrænsninger for at anvende DHUV/VUM som stratificeringsredskab i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade

Flere fremhæver, at VUM i sig selv ikke er nok til at kunne stratificere (Varde, Gribskov). Gribskov Kommune ser især et behov for at kombinere funktionsvurderingen med en vurdering af kompleksiteten af borgerens hjerneskade. Således ønsker kommunen at supplere VUM med et kompleksitetsskema (udviklet af en tværsektorielt sammensat arbejdsgruppe under Region Hovedstaden jf. bilag 1), som netop ville kunne bruges til at stratificere efter. Dette skema har kommunen arbejdet med i forbindelse med et tidligere projekt på området, og man har således tænkt sig at arbejde med det fremadrettet (se bilag 1).

Endvidere fremhæver nogle medarbejdere, at stratificering kræver, at man udbreder metoden til hele den kommunale organisation. Dette vil kræve mere samtænkning af systemer, fx VUM, Fællesansvar II og ressourceprofil, på tværs af afdelinger i kommunen.

Det, der er udfordringen på området, er at blive klar over, hvornår det er reelt, at der er behov for, at kommunen køber et højt specialiseret niveau, og hvornår kommunen selv kan løfte opgaven. (...) Det er meget komplekst, og det kræver et rigtig godt samarbejde på tværs af fagområder og forvaltninger. Så vi byder det velkommen, at der skal være et fælles redskab, men om det lige skal være VUM, er jeg ikke så sikker på. Der er barrierer ift. lovgivningen og ift. den måde, vi arbejder på i de forskellige forvaltninger [fx forskellige it-systemer]. (Gribskov)

Det er samtidigt en stor opgave og muligvis noget, som kræver lovændringer inden for de enkelte områder.

En anden vigtig pointe for Gribskov er, at en given stratificering også afhænger af den enkelte kommunes serviceniveau. Dette bliver den enkelte kommune i sin stratificering nødt til også at tage højde for.

"Stratificeringen bliver jo svær, hvis man ikke er i samme felt. En borger kan have et svært problem, som kun er et lille problem hos os, fordi vi arbejder inden for et bestemt lovområde og altså kun bevilliger noget bestemt, selvom borgeren også har mange andre behov. Der er man, når man laver den samlede vurdering, nødt til at være opmærksom på, at den bør dække det samlede behov og ikke kun ens eget lovområde, for ellers er der ikke nogen sammenhæng mellem stratificering og bevilling." (Helsingør)

Som sagsbehandler på handicapområdet ser alle heller ikke nødvendigvis et behov for at kunne stratificere. Derimod fremhæver mange af de interviewede, at de netop ser behovet på tværs af den kommunale organisation, både i forhold til selve træningsindsatsen for borgeren og i det tværfaglige samarbejde.

Flere ser endvidere et behov for sundhedsfaglige kompetencer i stratificering og udredning af senhjærnskadede borgere (Helsingør, Gribskov). Dette er nogle af de interviewede handicapkoordinatorer med sundhedsfaglig baggrund også enige i.

"Det er samspillet mellem de komplekse problematikker, som er vanskelige at indfange i skemaet. Det er let at beskrive fysiske funktionsniveauer, men når de kobles til det kognitive, bliver det svært. Her kommer man ned i noget fagligt dokumentation og faglige oplysninger. Jeg ser en fare, ift. at man vil give borgeren en dårligere vurdering, for at sikre at borgeren får et godt tilbud, fordi det er vanskeligt at indfange alle dimensioner i borgerens funktionsniveau. Det er en god platform, men ikke nuanceret nok ved komplekse problematikker." (handicapkoordinator, Helsingør)

"[Stratificering] det kan VUM ikke alene. Det kræver noget objektivitet, der skal erhverves. VUM er en beskrivelse, men du vil lettere kunne sammenligne, hvad du har lagt vægt på i afgørelsen vha. VUM, den er god som et generelt redskab uanset målgruppen, den kan hjælpe med, at vi bliver skarpere på målene." (Varde)

Det nævnes også af flere metodeafprøvende sagsbehandlere, at VUM kommer til kort i den indledende udredning af borgeren. Historikken bag borgerens forløb og det, som går forud for henvendelsen, mangler ifølge disse. De fremhæver, at historikken bag borgerens forløb er særligt væsentlig på senhjerneskadeområdet (Helsingør, Allerød). Det er væsentligt at forstå, hvad der går forud for borgerens hjerneskade, og om der allerede tidligere har været iværksat ydelser mv.

Der ses endvidere nogle udfordringer i selve udredningen af funktionsevnevurderingen (baseret på ICF), når man har med senhjerneskadede at gøre. Her kan det være svært at bedømme, hvor stor funktionsnedsættelsen er, fordi borgerne og inddragelsen af dem i udredningen viser, at de ikke nødvendigvis selv er fuldt klar over, hvordan deres funktionsevnenedsættelse påvirker dem. Nogle sagsbehandlere giver endvidere eksempler på, at borgerne vurderer sig selv "bedre", end de rent faktisk er. Her kan det dog også være en fordel, at metoden kræver både borgerens og sagsbehandlerens vurdering, således at der tydeligt fremhæves et misforhold i vurderingerne.

"Metoden giver et godt billede af, at der er et misforhold mellem borgerens egen vurdering og sagsbehandlerens vurdering af borgerens funktionsevne. Dette fremgår tydeligt af papirerne, og VUM var derfor en fordel i dette tilfælde." (Gribskov)

"Nogle gange kan man godt estimere forkert, hvor godt de senhjerneskadede fungerer, fordi de selv er i tvivl. De ved ikke endnu, hvordan deres hjerneskade egentlig påvirker dem, så man får ikke et reelt billede af, hvor stort problemet er. Men det er ikke metodens skyld. Det er en del af virkeligheden." (Helsingør)

Man skal således være opmærksom på en potentielt manglende selvindsigt og erkendelse hos borgeren, når der er tale om senhjerneskadede borgere. Derfor er det ifølge nogle sagsbehandlere heller ikke altid hensigtsmæssigt at konfrontere borgeren med funktionsevneniveauet, da det kan ændre sig meget over tid. Endvidere er det særligt for senhjerneskadede psykisk hårdt at blive konfronteret med, idet sygdommen er ny for dem. Således er nogle af de interviewede i tvivl om, hvorvidt gruppen er for sårbar i forhold til at kunne håndtere at få en funktionsevnevurdering i form af en score (primært Allerød).

Alt i alt viser disse bemærkninger, at stratificering ud fra VUM kan udfordres i forhold til, om der foretages en korrekt vurdering af borgerens funktionsevne.

Varde kritiserer udredningen på baggrund af VUM for at mangle belysning af mestringsaspektet i borgerens funktionsevne (de fremhæver dog, at denne del heller ikke er med i Fælles Sprog II). Ligeledes fremhæver nogle sagsbehandlere, at den neuropsykologiske vurdering af borgeren bør være en integreret del af VUM. Dette vurderes at være særligt vigtigt i forhold til borgere med en erhvervet hjerneskade, da der er en risiko for, at borgeren ikke fuldt ud har erkendt dennes fulde funktionsniveau.

Endelig fremhæves det, at VUM kan være tidskrævende (Allerød) og omstændelig, hvis der er tale om mindre bestillinger (fx ledsagerordning, Gribskov).

Kommunernes erfaringer vidner om følgende sammenfattende begrænsninger ved at anvende VUM som stratificeringsredskab:"

- Flere ser, at VUM ikke kan stå alene som et stratificeringsredskab i sin nuværende form
- Stratificering kræver sammentænkning af systemer på tværs, hvilket i sig selv er en udfordring (se kapitel 0)
- En given stratificering ift. VUM afhænger også af den enkelte kommunes serviceniveau
- Der kan være begrænsninger, ift. hvem der skal kunne stratificere, og hvornår det er meningsfyldt at stratificere i et forløb
- Muligvis behov for særlige kompetencer for at kunne stratificere korrekt ift. de enkelte rehabiliteringsbehov (basalt, avanceret og specialiseret) samt behov for objektive test som supplement til VUM
- Der kan være udfordringer ift. senhjerneskededes selvforståelse af deres behov og funktionsevnedesættelse, som man skal være opmærksom på, når man udreder (og stratificere) ift. VUM.

5.3 Udviklingspotentialer i forhold til at anvende DHUV/VUM som et stratificeringsredskab

Ovennævnte muligheder og begrænsninger føre til, at nogle, men ikke alle, ser et udviklingspotentiale i VUM som stratificeringsredskab.

Hvis VUM skal anvendes som stratificeringsredskab, fremhæves det dog at kræve, at kommunen som helhed sætter fokus på, hvad der forstås ved det ene og det andet niveau, og konkretiserer det (Helsingør).

Samtidig handler det ifølge flere også om, at man som kommune konkretiserer, hvornår i forløbet VUM skal anvendes som stratificeringsredskab. For flere skal det ske på et tidligere tidspunkt, end når de handicaprådgivere, som har afprøvet metoden på nuværende tidspunkt, bliver involveret.

"Jeg tror godt, at det kan bruges til stratificering. Jeg ved ikke, om sundhedspersonale og visitatorer vil have samme indstilling, men i mit perspektiv vil det godt kunne. Men så skal det ind på et meget tidligere tidspunkt, dvs. så skal det ikke være mig, der laver den. Vi bliver først koblet på på et meget senere tidspunkt. Enten skal nogen andre gøre det, eller også skal vi ind langt tidligere i forløbet. Jeg mener dog ikke, at vi selv har de sundhedsfaglige og beslutningsmæssige kompetencer til at gøre det." (Helsingør)

Der kan ifølge nogle interviewede være potentialer i, at VUM anvendes til at stratificere på tværs, så de enkelte myndigheder taler samme sprog. Dette, fordi der er elementer i VUM, som spiller godt sammen med nogle af de andre områder. Det understreges dog, at det ikke er lige til og vil kræve videreudvikling i samspil med de relevante afdelinger.

Det er dog ikke alle interviewede, som er sikre på, at VUM har det, som skal til for at være et stratificeringsredskab.

"Der er et udviklingspotentiale på landsplan ift. at samtænke en fælles udredningsmetode på tværs af de allerede eksisterende. (...) Det, der er udfordringen på området, er at blive klar over, hvornår det er reelt, at der er behov for, at kommunen køber et højt specialiseret niveau, og hvornår kommunen selv kan løfte opgaven." (...) men om det lige skal være VUM, er jeg ikke så sikker på." (Gribskov)

"Hvis VUM skal dække som stratificering, så kan det godt være, at den dækker forskellige kompetenceområder, men det ville være et miskmask af personaler, der skulle ind over, og der er VUM simpelthen for smal." (Helsingør)

Særligt Allerød ser en udfordring i implementeringen af VUM, fordi kommunen i forvejen arbejder meget koordinerende i forhold til hjerneskadeområdet. VUM mangler dette fokus på koordination, hvilket dermed kommer til at påvirke de arbejdsgange, de er vant til, når de skal i gang med at bruge metoden.

Afhængigt af hvor meget tværgående og koordinerende samarbejde som tiltænkes at foregå med udgangspunkt i VUM, ser kommunerne udfordringer. Særligt udfordringer i forhold til jobcenterregi fremhæves. Området har allerede mange dokumentationskrav og værktøjer, som gør det mindre oplagt også at integrere VUM. Nogle interviewpersoner fremhæver, at det vil være nemmere at få VUM og omsorgsjournalen (herunder Fælles Sprog II), som sundhedsområdet anvender, til at understøtte hinanden (Helsingør).

Status da Rambøll besøgte kommunerne i juni 2012, var, at der endnu ikke er sket så omfattende ændringer som følge af arbejdet med at anvende VUM. På tværs af de fire kommuner forventes der dog at ske påvirkninger af de nuværende arbejdsgange, når it-understøttelsen af VUM er på plads (senere i 2012).

"Da vi var på uddannelse med det her, fik vi at vide hele tiden, at vi skal kigge på VUM som en ny metode – ikke et værktøj. Det var frustrerende, at det digitale værktøj ikke har fungeret. Efterfølgende finder vi ud af, at den enkelte bruger af VUM (kommuner, enkelte afdelinger osv.) må vælge forskellige digitale værktøjer." (Helsingør)

"Hvis alle sagde, at det ville vi gerne (KL, visitatorerne, sundhedspersonale på hospital), så ville der være en kæmpe it-mæssig udfordring, fordi vi ikke har de samme systemer. Visitatorerne hos os, bruger noget andet end os. Så der er en kæmpe it-mæssig udfordring i det her" (Helsingør)

Flere af kommunerne har positive forventninger til ressourceforbruget og forventer i hvert fald ikke et øget ressourceforbrug, når VUM er ordentligt integreret, idet de i forvejen har et højt ressourceforbrug i brugen af Fælles Sprog II mv. (Helsingør, Gribskov).

I Helsingør oplever man, at det kan være problematisk i forhold til videndelingen, at visitatorer samt trænings- og plejepersonalet på sundhedsområdet netop har lært at bruge Fælles Sprog II og så skal sætte sig ind i et nyt system ift. samarbejdet med rådgiverne på handicapområdet, som bruger VUM.

Således foreligger der nu i kommunerne et konkret arbejde med at integrere digitaliseringen af VUM i sagsbehandlingen på kort sigt og arbejdet med udviklingspotentialerne i VUM (i stratificeringsøjemed mv.) forudsætter, at denne integration er vellykket.

6. DHUV/VUM SOM KOORDINERINGSREDSKAB

6.1 Muligheder for at anvende DHUV/VUM som et koordinationsredskab i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade

Det er mere begrænsningerne end mulighederne, der er i fokus ift. de interviewede kommuners erfaringer og opfattelser af at anvende VUM som et koordinationsredskab.

Enkelte muligheder fremhæves dog, særligt at der samles mange forskellige aspekter omkring borgeren ét sted, samt at der laves målsætningsarbejde ifm. VUM, som nogle kommuner anser som anvendeligt i et koordinerende perspektiv (Varde og Gribskov).

Opfølgingsdelen af VUM fremhæves ligeledes som en god mulighed for at skulle koordinere borgerens forløb i samarbejde med de øvrige aktører (fx leverandører) omkring borgeren. Det fremhæves at give en god struktur og systematik for opfølgingsarbejdet ift. borgeren (Gribskov). At borgeren inddrages, som denne gør ifm. VUM, fremhæves også som en fordel for arbejdet med målsætning og koordinering.

Nogle fremhæver, at der er muligheder i VUM i forhold til at koordinere med omsorgsjournalen (Fælles Sprog II), idet nogle af fokusområderne minder om hinanden (Helsingør). Der er i højere grad delte meninger i forhold til dets samspil i jobcenterregi. Nogle kommuner ser et fint samspil mellem temaerne i VUM og jobcentrets ressourceprofil (Allerød), hvorimod andre er mere skeptiske over for dette (Helsingør).

"Jeg har fået store fordele, fordi jeg er blevet meget mere reflekterende på de forskellige punkter og mere opmærksom på at nå hele vejen rundt." (Varde)

Tjeklisterne i VUM, som er tiltænkt at understøtte sagsbehandlingen af den konkrete ansøgning, fremhæves at være gode tjeklister, som også kan sætte sagsbehandlerens tanker i gang på andre områder end den tiltænkte ansøgning. Således giver det et godt helhedsperspektiv og indspark til andre aspekter omkring borgeren. Dog fremhæver samtlige adspurgte kommuner, at der først og fremmest er tale om et socialfagligt redskab, og at det er langt fra at være et koordineringsredskab.

Kommunernes erfaringer vidner om følgende overordnede muligheder ved at anvende VUM som koordineringsredskab:

- Muligheder for at anvende målsætningsarbejdet i VUM koordinerende
- Muligheder i VUM for at spille sammen med andre redskaber, såsom omsorgsjournalen (Fælles Sprog II) og ressourceprofilen i jobcenterregi
- Tjeklisterne i VUM kan anvendes af sagsbehandleren

6.2 Begrænsninger for at anvende DHUV/VUM som et koordinationsredskab i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade

Overordnet set ser samtlige kommuner ikke VUM som et koordinationsredskab i sin nuværende form.

"Det er ikke et koordineringsværktøj." (fokusgruppe, Gribskov)

Kommunerne imødekommer et fælles redskab, men ser mange barrierer i VUM i forhold til at kunne blive et fælles redskab til at understøtte udredning og stratificering af borgere. Det vil dels kræve meget tilpasning og dels være meget ressourcekrævende.

Endvidere vurderes hele IT-aspektet at være en stor udfordring for at kunne anvende VUM som koordinerende redskab på tværs af afdelinger, som også hver især anvender forskellige systemer. Kommunerne forudser en stor logistisk udfordring i at få systemerne til at tale sammen.

Endvidere fremhæves en manglende bredde i VUM til at kunne agere koordinerende og tværgående redskab. I sin nuværende form er VUM funderet på det socialfaglige felt, og flere mener, at et redskab baseret på sociallovgivning er en barriere i forhold til koordineringen med de andre områder (Varde, Helsingør). Dette fremhæves endvidere at have betydning for ejerskabet til metoden.

"Ulemper ved at anvende DHUV/VUM som et fælles værktøj mellem handicap-, sundhedsområdet og jobcentret er, at man hver især sidder med sine egne faglige øjne og nogle gange skyklapper. Man skal sørge for at få metoden bred, så alle kan se deres faglighed."

"VUM har lidt den samme hurdle, som mange af de gamle § 141-handleplaner har: At det er en handicapafdeling, der har fået ejerskab til det (...) Hvis ikke visitator og jobkonsulent osv. får ejerskab til det, så kan det jo ikke blive en koordinerende plan." (Helsingør)

Fokus på enkeltsager

En anden væsentlig barriere i VUM i forhold til at kunne agere koordinerende er metodens fokus på enkeltsager. Set i et koordinationsperspektiv er det ifølge flere kommuner problematisk, at VUM tager udgangspunkt i en enkelt ansøgning.

"Vi er gået positivt ind til det, fordi vi har fået anbefalet VUM af andre kommuner. Men vi er blevet skuffede. Hovedudfordringen er koordinering, og VUM modarbejder dette, ved at man skal lave en sagsåbning pr. paragraf. Det er pinligt over for borgeren, at værktøjet ikke sikrer koordinering." (Allerød)

"Problemet er, at vi i kommunen tager udgangspunkt i hele borgerens behov. Med VUM skal vi opdele behovene og ydelserne. Vi ville foretrække at sætte krydser ved samtlige af de områder, som borgeren havde behov for hjælp i, selvom det ikke er vores sagsområde." (hjerneskadekoordinator, Allerød)

Helsingør er enig i, at man ikke automatisk får et samlet overblik ved at bruge VUM, hvilket i nogle tilfælde ville have været mere hensigtsmæssigt.

"De der gange, hvor man sidder og siger: "sådan set ville genoptræning efter sundhedsloven godt kunne forlænges, men det ville måske være mere hensigtsmæssigt at støtten, vurderer de [visitatorerne?], bliver givet som § 85-støtte ift. det længere perspektiv" Der har man en klassisk konflikt mellem to kompetencer, to budgetområder, to dele, hvor man er afhængig af, at behovet for indsatsen er beskrevet objektivt, så man kan se, hvem der skal løse den. Der er behov for overblik over, hvilke betydninger det har, når man regulerer noget, fx hvis man skærer ned for hjemmeplejen, så har de betydning for vores område osv. Der er gange, hvor det kunne være hensigtsmæssigt, at den samme observation var tilgængelig for alle og mulig at se for alle." (Helsingør)

Sammenfattende vidner kommunernes erfaringer om følgende overordnede begrænsninger ved at anvende VUM som koordineringsredskab:

- Manglende it-understøttelse
- Manglende bredde i forhold til at kunne virke koordinerende – det opfattes primært som et redskab, der er skabt ejerskab til inden for det socialfaglige område
- Kræver mere sammentænkning af redskaber på tværs af afdelinger, og der eksisterer allerede mange (velfungerende) redskaber på de øvrige områder (fx Fælles Sprog II m.fl.), som VUM i givet fald skal indlemme
- VUM har fokus på enkeltsager, og således lægger metoden ikke op til at give et samlet overblik
- Barriere ift. både lovgivning og arbejdsgange inden for de forskellige forvaltningsområder ift. at skulle arbejde koordinerende på baggrund af VUM
- Koordinering kan ikke ske med et redskab alene. Det kræver også mennesker bag med ansvar for koordinationen omkring de opstillede mål for borgeren mv.

6.3 **Udviklingspotentialer i forhold til at anvende DHUV/VUM som et koordinationsredskab i forhold til borgere med erhvervet hjerneskade**

Kommunerne anerkender udfordringen i at koordinere forløb for senhjærneskadede borgere. Det er meget komplekst og kræver et godt samarbejde på tværs af fagområder og forvaltninger. Derfor velkommer alle et fælles redskab. Der er dog delte opfattelser af, om det er VUM, som skal være dette fælles redskab.

De mange barrierer, ift. både lovgivning og arbejdsgange inden for de forskellige forvaltningsområder, gør, at flere finder det meget ambitiøst at tro, at metoden let kan overføres til andre områder og agere koordinerende redskab. Flere fremhæver, at det primært er et socialfagligt værktøj. Skulle VUM være et tværgående og koordinerende redskab kræver det ifølge flere, at der sættes en proces i gang for både at udvikle og tilpasse redskabet til de øvrige områder, samt at processen sikrer inddragelse af og dermed understøtter ejerskab hos alle relevante aktører. Særligt udredningsdelen i VUM fremhæves af flere at have udviklingspotentialer som fælles afsæt.

"Det er et problem, at man udvikler et redskab på et område, som man vil have, at andre områder også skal bruge. Så er man nødt til at udvikle det sammen med de områder. Ellers får de ikke ejerskab. VUM kan sagtens bruges i stedet for ressourceprofilen, men når redskabet er udviklet til et område, så er det det områdes redskab." (Helsingør)

"Det ville være besværligt, at alle brugte det hver især, fordi fx jobcenteret ikke ser på de samme ting som os i vurderingen. Derfor vil det være vanskeligt at bruge det samme redskab i hverdagen, men til fælles koordinering kan det måske godt bruges. Fx til at en fra handicap laver hele udredningen, som så deles ud til gennemlæsning inden et tværfagligt møde, hvor mødet så tager udgangspunkt i den udførte udredning." (Varde)

Et potentiale ved at anvende DHUV/VUM som et fælles værktøj mellem handicap-, sundhedsområdet og jobcentret ville ifølge flere være, "at medarbejderne læser det samme (...) At der er en fælles platform for de forskellige øjne, som vi har."

"VUM kunne være en base/en platform for fællesoplysninger på borgeren, og herfra kunne man hver især have sit eget speciale, som kan kobles til. Det vil kræve en videreudvikling ift. de specifikke krav fra jobcenter, psykiatri mv., hvor deres oplysninger kan være." (Helsingør)

"På ældreområdet ville man også kunne bruge VUM overfor deres senhjerneskedede. Jeg kan sagtens se, at man kunne have et fælles afsæt i udredningen. I sundhed er alt lægeordineret, så det er et andet kapitel. Det er for stor en mundfyld i første omgang, at de medarbejdere, der arbejder med Fælles Sprog II, skulle til at bruge VUM, men vi ønsker det sker en dag." (Varde)

Alt i alt er de fire kommuner positivt indstillede over for VUM, som det er i sin nuværende form, men at bruge det som koordineringsredskab vil kræve en væsentlig videreudvikling.

Endvidere fremhæver nogle, at koordinering med et redskab ikke kan gøre det alene. Det kræver også, at der er én i organisationen, som har ansvaret for koordinationen, og at man derudover mødes og taler om de opstillede mål for borgeren mv.

BILAG

Kompleksitetsskema: Sammenkobling af skadesomfang og kompleksitet

Kompleksitetsskemaet er udarbejdet af en tværsektorielt sammensat arbejdsgruppe nedsat af den administrative styregruppe vedr. sundhedsaftaler i hovedstadsregionen. Arbejdsgruppen udarbejdede i 2009 rapporten "Afrapportering fra arbejdsgruppen vedrørende erhvervet hjerneska-
de".

	Let skadet	Moderat skadet	Svært skadet
Lav kompleksitet	<p>Gruppe 1 Lettere fysisk og/eller kognitivt skadet. Vil sandsynligvis ikke have brug for indsats i hverken regionalt eller kommunalt regi efterfølgende. Vil normalt kunne vende tilbage til arbejdsmarkedet i samme omfang som tidligere.</p>	<p>Gruppe 2 Moderat fysisk og/eller kognitivt skadet. Sandsynligvis behov for indsats i kommunalt regi. Tilbagevenden til arbejdsmarkedet i helt eller delvist omfang mulig, dog oftest med forudgående revalideringsindsats.</p>	<p>Gruppe 3 Svært fysisk og/eller kognitivt skadet. Behov for omfattende indsats i både regionalt og kommunalt regi. Selv med en forudgående revalideringsindsats, kan muligheden for tilbagevenden til arbejdsmarkedet i selv delvist omfang være betydeligt reduceret.</p>
Moderat kompleksitet	<p>Gruppe 4 Lettere fysisk og/eller kognitivt skadet, med moderate psykiske eller sociale problemer. Vil normalt kunne vende tilbage til arbejdsmarkedet i samme omfang som tidligere, måske med forudgående kommunal indsats.</p>	<p>Gruppe 5 Moderat fysisk og/eller kognitivt skadet, med moderate psykiske eller sociale problemer. Sandsynligvis behov for indsats i kommunalt regi. Tilbagevenden til arbejdsmarkedet i helt eller delvist omfang mulig, dog oftest med forudgående omfattende revalideringsindsats.</p>	<p>Gruppe 6 Svært fysisk og/eller kognitivt skadet, med moderate psykiske eller sociale problemer. Behov for omfattende indsats i både regionalt og kommunalt regi. Selv med en forudgående revalideringsindsats, kan muligheden for tilbagevenden til arbejdsmarkedet i selv delvist omfang være betydeligt reduceret eller ikke til stede.</p>
Stor kompleksitet	<p>Gruppe 7 Lettere fysisk og/eller kognitivt skadet, med alvorlige misbrugs-, psykiatriske og/eller sociale problemer. Manglende sygdomsindsigt Tilbagevenden til arbejdsmarkedet i helt eller delvist omfang mulig, dog oftest med forudgående kommunal indsats.</p>	<p>Gruppe 8 Moderat fysisk og/eller kognitivt skadet, med alvorlige misbrugs-, psykiatriske og/eller sociale problemer. Sandsynligvis behov for omfattende indsats i kommunalt regi. Selv med en forudgående revalideringsindsats kan muligheden for tilbagevenden til arbejdsmarkedet i helt eller delvist omfang være betydeligt reduceret.</p>	<p>Gruppe 9 Svært fysisk og/eller kognitivt skadet, med alvorlige misbrugs-, psykiatriske og/eller sociale problemer, eksempelvis udadreagerende adfærd. Behov for omfattende indsats i både regionalt og kommunalt regi. Tilbagevenden til arbejdsmarkedet anses ikke for mulig.</p>