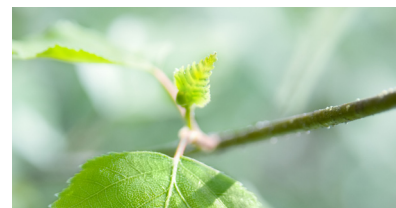


Modellprojektet

- arbetar för att få riktlinjer



Arbetet i Modellprojektet har nu lett fram till att vi kan börja svara på frågan "Hur vill ni ha det?" Den 6 februari genomfördes ett referensgruppsmöte där vi förankrade de tre viktigaste åtgärderna vi ser för att förbättra rehabilitering, stöd och service för personer med traumatisk hjärnskada.

Text:

Marie-Jeanette Bergvall

marie-jeanette.bergvall@

hjärnkraft.se

Foto: Dreamstime



Sjukvården skulle ha stor nytta av riktlinjer för beslut om vilka insatser som ska vidtas, vilka ska skickas hem med information och vilka ska skickas vidare för ytterligare sjukvårdsinsatser”.

Det är framför allt de båda processgrupperna Medicinska insatser vuxna och Medicinska insatser Barn som i sina slutsatser påtalar behovet av riktlinjer. Sjukvården skulle ha stor nytta av riktlinjer för beslut om vilka insatser som ska vidtas, vilka ska skickas hem med information och vilka ska skickas vidare för ytterligare sjukvårdsinsatser.

Ett område som vi ser skulle ha stor nytta av riktlinjer är primärvården. Den låga läkar-kontinuiteten förstärker ytterligare behovet av riktlinjer för traumatisk hjärnskada.

Som vi beskriver på annan plats i tidningen (sid 14) har SBU nu påbörjat ett projekt för att kartlägga kunskapsläget när det gäller rehabilitering för vuxna med traumatisk hjärnskada. Processgruppen medicinska insatser för barn håller nu på att formulera behoven av samma kartläggning för barn med traumatisk hjärnskada.

Nationellt kunskapscentra

Konsekvenser av förvärvade hjärnskador är mycket individuella och medför ofta funktionsnedsättningar som inte syns och som gör det svårt för omgivningen att förstå.



Samtidigt är kunskapen inom professionen spridd och det tar lång tid innan ny kunskap omsätts i den kliniska verksamheten. Ett kunskapscenter kan synliggöra gruppens behov och konsekvenser av brister i insatserna.

Vi ser framför oss ett Kunskapscentra som samlar in, strukturerar och sprider kunskap och erfarenhet, som stimulerar utvecklingsarbete och implementering av nya arbetssätt.

- Kunskapscentret skapar nätverk och är en mötesplats för forskning och utveckling, professionell och erfarenhetsbaserad kunskap. Centret bidrar till att höja kunskapsnivån hos olika aktörer inom rehabilitering, stöd, service, skola och arbetsliv.
- Det samlar in och gör översikter av både nationell och internationell forskning och utveckling, tar fram utbildning och anordnar konferenser för olika målgrupper. Det bidrar till kunskapsbaserad praxis, högre kvalitet och effektivare resursutnyttjande. Centret kan också samla in erfarenhetsbaserad kunskap och stimulerar forskning kring brukarnas upplevelser och upplevda effekter av insatser.
- Centret bör vara knuten till något eller några universitet och ha en styrelse med bred representation, från forskning, professionen och personer med egen erfarenhet.

I Stockholm drivs ett annat projekt där Hjärnkraft är medsökande, "Hjärna tillsammans", som utvecklat en modell för ett regionalt kunskapscentra. Vi sonderar möjligheterna till en samverkan kring hur ett Nationellt/regionalt kunskapscentra skulle kunna organiseras och finansieras utifrån de båda projektens erfarenheter.

Samordningsfunktion

Processgruppen Stödfunktioner har lämnat sin rapport och pekar bland annat på behovet av att stödfunktionerna case manager och

personligt ombud också erbjuds personer med förvärvad hjärnskada.

Case management är ett samlingsnamn för flera typer av stödmodeller. I samtliga modeller har en *vårdsamordnare*, en s.k. *case-manager*, en koordinerande funktion med ansvar för att utredning, planering och adekvata insatser genomförs och följs upp med klienten. Det är en insats som samordnar vården för personer med allvarliga psykiska funktionshinder för att de ska kunna leva ett så självständigt liv som möjligt.

Syftet med insatsen är att patienterna ska hålla kontakt med vård- och stödsystem, att antalet och längden på sjukhusvistelse ska minska samt att patienternas sociala funktion och livskvalitet ska förbättras.

Den ursprungliga målgruppen i Sverige för case management var vuxna personer med allvarliga psykiska funktionshinder men idag används insatsen även vid allvarliga beroendeproblem.

I rapporten jämförs också stödfunktioner-na Personligt ombud och Hjärnskadekoordinatör.

De stora skillnaderna handlar framförallt om att verksamheten med personligt ombud riktar sig enbart till personer med långvarig och omfattande psykisk funktionsnedsättning som har behov av särskilt stöd för att kunna tillvarata sina rättigheter i samhället. Hjärnskadekoordinatörn hjälper människor med en förvärvad hjärnskada

Medan kommunerna får statsbidrag för personligt ombud som finns i 84 procent av landets kommuner finns fem hjärnskadekoordinatörer i hela landet som organisatorisk är placerade inom landstingens verksamheter. Personliga ombud runt om i landet når årligen cirka 6 000 klienter och ger positiva effekter både för den enskilda



Modellprojektets referensgruppsmöte i februari. Foto: Ingela Ljunggren Törnblad

och ur samhällsekonomisk synvinkel. Det finns dessvärre ingen aktuell statistik på hur många personer med förvärvad hjärnskada som årligen får hjälp av en hjärnskadekoordinatör men det handlar uppskattningsvis om en bråkdel av denna summa. Riktlinjerna för personligt ombud är nogra reglerade avseende målgrupp och insatser medan hjärnskadekoordinatörernas uppgifter och målgrupp kan skilja sig åt.

Här kan man således se hur samhället har lyckats bra i sitt uppdrag med att hjälpa en utsatt grupp men brister påtagligt när det gäller en annan likvärdig grupp, trots att båda grupperna har liknande svårigheter och sannolikt är ungefär lika stora.

