



**KØBENHAVNS KOMMUNE**

Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen – Socialforvaltningen - Sundheds- og  
Omsorgsforvaltningen

# **Borgere med erhvervet hjerneskade under 65 år**

- Koordineret samarbejde mellem BIF, SOF og  
SUF

Oktober 2010

## INDHOLDSFORTEGNELSE

<u>1. Sammenfatning</u>	3
<u>2. Baggrund</u>	4
<u>3. Øget koordination og samarbejde mellem BIF, SOF og SUF</u>	5
<u>4. Borgere med erhvervet hjerneskade under 65 år</u>	6
<u>5. Forløb for borgere med ny erhvervet hjerneskade - kontaktpunkter og opgaver</u>	7
<u>6. Et ideelt forløb for borgere med ny erhvervet hjerneskade - anbefalinger til koordinering på tværs af BIF, SOF og SUF</u>	9
<u>7. Effekter af koordineret samarbejde mellem BIF, SOF og SUF</u>	12
<u>8. Implementeringsplan for stifindermodellen - de 4 anbefalinger</u>	13
<u>9. Bilag a - Medlemsforslag</u>	14
<u>10. Bilag b – Fællesindstilling vedr. stifinderfunktion</u>	17
<u>11. Bilag c – Oversigt over borgere med erhvervet hjerneskade</u>	21
<u>12. Bilag d – Implementering af hjerneskaderapporten</u>	22

## 1. Sammenfatning

I denne afrapportering præsenterer Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen (BIF), Socialforvaltningen (SOF) og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF) 4 anbefalinger til at sikre styrket sammenhængende og helhedsorienterede forløb for borgere med erhvervet hjerneskade under 65 år gennem et øget koordineret samarbejde mellem de 3 forvaltninger.

På baggrund af et medlemsforslag vedr. etablering af en stifinderfunktion for sygdomsramte borgere mellem forvaltningerne har BIF, SOF og SUF udarbejdet forslag til forbedret koordination mellem forvaltningerne omkring borgere med erhvervet hjerneskade. Målgruppen borgere med erhvervet hjerneskade er blevet udvalgt, da en afdækning har vist, at der eksisterer særlige koordinationsudfordringer på hjerneskadeområdet, internt mellem forvaltningerne og eksternt i forhold til samarbejdspartnere. På baggrund af projektets resultat vil blive foretaget en vurdering af en eventuel udvidelse af projektet til yderligere målgrupper, eksempelvis borgere med psykiske lidelser og borgere med muskelskeletlidelser.

De 3 centrale koordinationsudfordringer på hjerneskadeområdet er:

- At sikre, at borgeren/ pårørende har overblik over borgerens forløb i kommunen
- At sikre, at forvaltningerne har kendskab til hinandens tilbud og har et indblik i borgerens overordnede forløb i kommunen
- At sikre entydig og klar dialog mellem hospital og kommune ved borgerens overgang fra sektorerne.

Forvaltningerne vurderer, at de identificerede koordinationsudfordringer på området kan imødekommes ved 4 anbefalinger, tilsammen benævnt stifindermodellen, der kan sikre sammenhængende og helhedsorienterede forløb for borgere med erhvervet hjerneskade.

### Stifindermodellen/ de 4 anbefalinger

1. **Udvikling og drift af ideelt forløb for borgere med erhvervet hjerneskade** – skal sikre den nødvendige koordination internt mellem forvaltningerne i kommunen og eksternt i forhold til samarbejdspartnere. Et stifinderudvalg vil i den igangsættende fase sikre, at det

ideelle forløb er anvendeligt og effektivt løser koordinationsudfordringerne på området.

2. **Modtageorienteret informationsmateriale** – skal sikre, at borgere/ pårørende, eksterne samarbejdspartnere og sagsbehandlere i kommunen har viden om opgave- og kompetencefordelingen mellem forvaltningerne.
3. **Fælles samtykkeerklæringer** – skal sikre, at der udvikles muligheder for at dele information om borger på tværs af forvaltningerne.
4. **Fælles intranetside for forvaltningerne under kk.net** – skal sikre en effektiv udveksling af information mellem forvaltningerne og et øget kendskab til hinandens tilbud.

Formålet med anbefalingerne er at øge gennemsigtigheden i kontakten og kommunikationen mellem forvaltningerne – eksternt i forhold til samarbejdspartnere, samt internt understøtte effektive sagsgange, der kan bidrage til styrket sammenhængende forløb i kontakten med kommunen.

Implementeringen af anbefalingerne forventes færdig primo 2011. Anbefalingerne evalueres primo 2012 i forhold til indsamling af viden om effekterne ved et koordineret samarbejde mellem BIF, SOF og SUF på området. Ultimo 2011 udarbejdes en midtvejsevaluering for projektet, der kan justere anbefalingerne. Derudover vil der ved midtvejsevalueringen blive taget stilling til en eventuel udvidelse af projektet til andre målgrupper.

## 2. Baggrund

Udbetaling af sygedagpenge, mulighed for arbejdsprøvning, flexjob, revalidering mv. og stillingtagen til sundhedsvæsenets ydelser og tilbud er blot et udsnit af en lang række områder, som sygdomsramte borgere skal forholde sig til, samtidig med at de skal tackle selve sygdomsforløbet. Mange sygdomsramte borgere kan finde deres sygdomsforløb uoverskueligt, da de typisk er i kontakt med mange forskellige aktører undervejs i deres sygdomsforløb. Ofte vil borgere med typisk en længere sygemelding være ressourcetsvage grundet deres situation og vil opleve en manglende sammenhæng i deres forløb med henblik på hel eller delvis tilbagevenden til arbejdet. Selve borgerens kontakt med Københavns Kommune vil ofte være med mere end én forvaltning samtidig. Dette stiller udfordringer i forhold til koordination og samarbejde om den enkelte borger mellem de berørte forvaltninger, således at borgeren tilbydes en helhedsorienteret indsats af kommunen som én samlet aktør.

### **Medlemsforslag om styrkelse af koordinationen for sygdomsramte borgere**

Der blev sat fokus på ovenstående problemstilling ved behandling af et medlemsforslag stillet af Venstre, Det Konservative Folkeparti og Dansk Folkeparti på møde i Borgerrepræsentationen den 28. maj 2009 (bilag a). BIF, SOF og SUF blev pålagt at udarbejde forslag til etablering af en stifinderfunktion for sygdomsramte borgere. BR besluttede herunder, at forvaltningerne skulle undersøge muligheden for en model, der sikrer, at alle borgere, der i deres kontakt med kommunen bliver involveret med mere end én forvaltning, får en koordinerende kontaktperson, der dels skal sørge for at guide borgeren rundt i systemerne, og dels skal sørge for at være ansvarlig for kontakten til de øvrige kommunale og evt. andre instanser, som borgerens sagsbehandling involverer.

### **3. Øget koordination og samarbejde mellem BIF, SOF og SUF**

På baggrund af det omtalte medlemsforslag blev der januar 2010 nedsat en arbejdsgruppe med repræsentation fra BIF, SOF og SUF. Formålet med denne arbejdsgruppe på tværs af forvaltningerne var:

På kort sigt at effektivisere arbejdsgange mellem forvaltningerne i forhold til at sikre sammenhængende og koordinerede forløb for sygdomsramte borgere.

På længere sigt at forvaltningernes arbejde herom, vil kunne bidrage med input til etablering af en stifinderfunktion mellem forvaltningerne. En funktion, der skal være med til at sikre sammenhængende forløb, når borgere i deres kontakt med kommunen er involveret med mere end én forvaltning.

Forvaltningerne har i regi af dette arbejde sat fokus på, hvordan der kan skabes øget koordination og samarbejde på tværs af forvaltningerne i forhold til sygdomsramte borgere. Efter afdækning af BIF, SOF og SUF's fælles sygdomsramte borgere, har forvaltningerne vurderet, at erhvervet hjerneskade er én af de grupper af fælles borgere, hvor der er størst behov for, at der fremadrettet sker en mere målrettet og koordineret kommunal indsats på området.

I sundhedsaftaleregi er der i relation til hjerneskadeområdet

blevet udarbejdet en tværsektoriel samarbejdsrapport<sup>1</sup>. Rapporten har fokus på opgavedelingen mellem hospital og kommune på hjerneskadeområdet, og på sikring af sammenhæng i indsatsen i forbindelse med overgangen mellem sektorerne. Region Hovedstaden og de 29 kommuner er blevet enige om en række anbefalinger på området. I efteråret 2010 skal anbefalingerne implementeres i Københavns Kommune. Dette vil ske i forlængelse af forvaltningernes samarbejde om øget koordination i forhold til at sikre sammenhængende forløb for borgere med erhvervet hjerneskade.

### **Eksisterende samarbejder om koordination på tværs**

Forvaltningerne har bilateralt gennem de seneste år iværksat en række initiativer med fokus på øget koordinering og samarbejde om fælles borgere. Her kan bl.a. nævnes:

- SOF/SUF samarbejde i forbindelse med gråzoneaftalerne, hvor ansvarsområder og koordinationsbehov løbende bliver præciseret.
- SOF/BIF samarbejde, hvor der er etableret et formelt samarbejde og nedsat en tværgående specialeenhed.
- Fælles strategi for udsatte og syge BIF, SOF og SUF borgere<sup>2</sup>.blev politisk godkendt i maj 2010. Strategien skal fremme sundheden og beskæftigelsen for ledige borgere i København med særligt fokus på de mest udsatte ledige samt fremme arbejdsmarkedsfastholdelsen for borgere med sygdom. Den fælles strategi danner dermed også et solidt fundament for det videre tværgående arbejde om øget koordination og samarbejde med henblik på at sikre sygdomsramte og udsatte borgere en helhedsorienteret og sammenhængende indsats.

## **4. Borgere med erhvervet hjerneskade under 65 år**

Forvaltningerne har således i første omgang valgt at sætte specifik fokus på at styrke forvaltningernes samarbejde omkring borgere med erhvervet hjerneskade under 65 år. Den valgte målgruppe omfatter borgere fra 18-65 år med erhvervet hjerneskade (traumatisk hjerneskade eller apopleksitilfælde).

Forvaltningerne vurderer, at det primært vil være borgere, som er moderat/ svært skadet og/ eller har moderat/ stor

---

<sup>1</sup> ”Afrapportering fra arbejdsgruppen vedr. erhvervet hjerneskade” 2010. Rapporten kan downloades fra Region Hovedstadens hjemmeside: [www.regionh.dk](http://www.regionh.dk).

<sup>2</sup> ”En fælles strategi for udsatte og syge borgere i BIF, SUF og SOF” (maj 2010)

kompleksitet i sociale problemer, der har behov for en særlig koordineret indsats fra kommunens side af.

### **Volumen**

Der skønnes, at der ca. er 300 borgere under 65 år med erhvervet hjerneskade om året i Københavns Kommune, der vil kunne få gavn af koordineret indsats på området<sup>3</sup>.

I 2008 og 2009 var der hhv. 151 og 176 borgere mellem 18-65 år, der som følge af apopleksi eller anden neurologisk lidelse, modtog et genoptræningsforløb på ét af kommunens træningscentre<sup>4</sup>. Det skønnes på baggrund af disse tal og tal fra hjerneskaderapporten, at der vil være omkring 200 borgere om året, der enten grundet hjerneskadens omfang og/ eller kompleksiteten i borgerens problemer, særligt vil kunne få gavn af en koordineret og tværgående indsats fra kommunens side. De resterende godt 100 borgere, hvor der eksempelvis er tale om ressourcestærke borgere, hvor skadens omfang ikke er så omfattende, vil disse borgere alt andet lige også kunne få gavn af en mere koordineret indsats– og dermed en hurtigere tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

### **Tre koordinationsudfordringer**

Afholdelse af workshops, dialog med patientforeningen Hjernesagen, interesseorganisationen Hjerneskadeforeningen samt relevante medarbejdere og ledere i de tre forvaltninger har bekræftet, at den interne kommunale koordination kan forbedres på en række områder. Samtidig har den føromtalte tværsektorielle samarbejdsrapport på hjerneskadeområdet også vist, at koordinationen omkring borgeren kan forbedres i overgangen fra hospital til kommune.

Forvaltningerne har på baggrund af ovenstående afdækning formuleret 3 centrale koordinationsudfordringer på hjerneskadeområdet:

- **Borgeren/ pårørende mangler overblik -** Borger/pårørende har i overgangen mellem hospital og kommunen utilstrækkeligt kendskab til de forskellige kontaktpunkter i kommunen i relation til de forskellige ydelser.
- **Forvaltningerne har ikke det nødvendige kendskab til hinandens tilbud og forløb –** Relevante

<sup>3</sup> Kilde: "Afrapportering fra arbejdsgruppen vedr. erhvervet hjerneskade" (maj 2009)

<sup>4</sup> Kilde: Genoptræning København, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

sagsbehandlerne i de enkelte forvaltninger har utilstrækkeligt kendskab til de øvrige forvaltningers kontaktpunkter for borgeren, lovfastsatte ydelser, øvrige tilbudsmuligheder og borgerens videre forløb ud fra en helhedsorienteret vinkel.

- **Uklar dialog mellem hospital og kommune** - Dialogen mellem hospital og kommune i forhold til kommunens deltagelse ved udskrivningsmødet er uklar.

På grund af den manglende koordination er det ofte meget tids- og ressourcekrævende for sagsbehandlerne at sikre borgerne optimale forløb. Sagsbehandlerne oplever det som en stor udfordring at give borgeren og pårørende en tilstrækkelig rådgivning, da sagsbehandlerne ofte ikke har overblik over borgerens sag i de øvrige forvaltninger og/ eller borgerens sag ved eksterne samarbejdspartnere. En årsag hertil er bl.a., at det er vanskeligt for den enkelte sagsbehandler at finde frem til de ansvarlige sagsbehandlere for borgeren i de øvrige forvaltninger.

## **5. Forløb for borgere med ny erhvervet hjerneskade - kontaktpunkter og opgaver**

I det følgende er borgerens centrale kontaktpunkter i kommunen skitseret. Under disse kontaktpunkter er opgaver inden for de enkelte områder af borgerens sygdomsforløb placeret.

Borgere, der bliver ramt af en erhvervet hjerneskade har ofte et sygdomsforløb, der strækker sig over længere tid, hvor både BIF, SOF og SUF kommer i spil på samme tid.

Hospitalet vil oftest stå for den første kontakt med borgeren. Hospitalet stabiliserer borgeren tilstand, udreder borger og der iværksættes tidlig rehabilitering. SUF's hovedopgave er at sikre, at borgerens almene genoptræningsbehov varetages efter modtagelse af borgers genoptræningsplan fra hospitalet. BIF skal sikre, at borgeren modtager sygedagpenge i sygdomsperioden, og efterfølgende afdække og iværksætte initiativer til borgerens eventuelle hel eller delvise tilbagevenden til arbejdsmarkedet. SOF har til opgave at støtte borgeren med botilbud, rådgive og vejlede den hjerneskadede ved hjemmevejledning og sikre, at borgeren modtager hjemmepleje, hvis der er behov herfor.

Borgeren har også mulighed for genoptræning ydet af private udbydere på området, så som Center for hjerneskade, Kurhus og Vejlefjord



Neurocenter, som hospital, egen læge eller borger selv kan henvises til efter hospitalsindlæggelse. Kommunen skal dog give betalingstilsagn til opholdet. SOF benytter i meget begrænset omfang private udbydere. Det sker i enkelte tilfælde i forbindelse med supplerende genoptræning, hvor Handicapcenter København henviser og betaler.

**Tabel 1. Opsamling over borgerens kontaktpunkter**

	Hovedopgaver	Kontaktpunkter
<b>BIF</b>	- Udbetaling af sygedagpenge - Mulighed for arbejdsprøvning, flexjob, revalidering mv.	Jobcenter Sygedagpenge, Jobcenter København
<b>SUF</b>	- Almen genoptræning	Genoptræning København (træningscenter, rehabiliteringsafdeling)
<b>SOF</b>	- Botilbud - Støttepersonale - Hjemmevejledning - Fysisk træning - Hjemmepleje	Socialcenter København, Handicapcenter København, Socialforvaltningens Hjemmeplejevisitation
<b>Egen læge</b>	- Epikrise	
<b>Hospital</b>	- Stabilisering af borgerens tilstand - Udredning - Tidlig rehabilitering	Spredt på regionens hospitaler
<b>Privat behandling s-institution</b>	- Rehabilitering	Kurhus, Vejlefjord, Center for Hjerneskade etc. (Betalingstilsagn hertil gives af SOF)

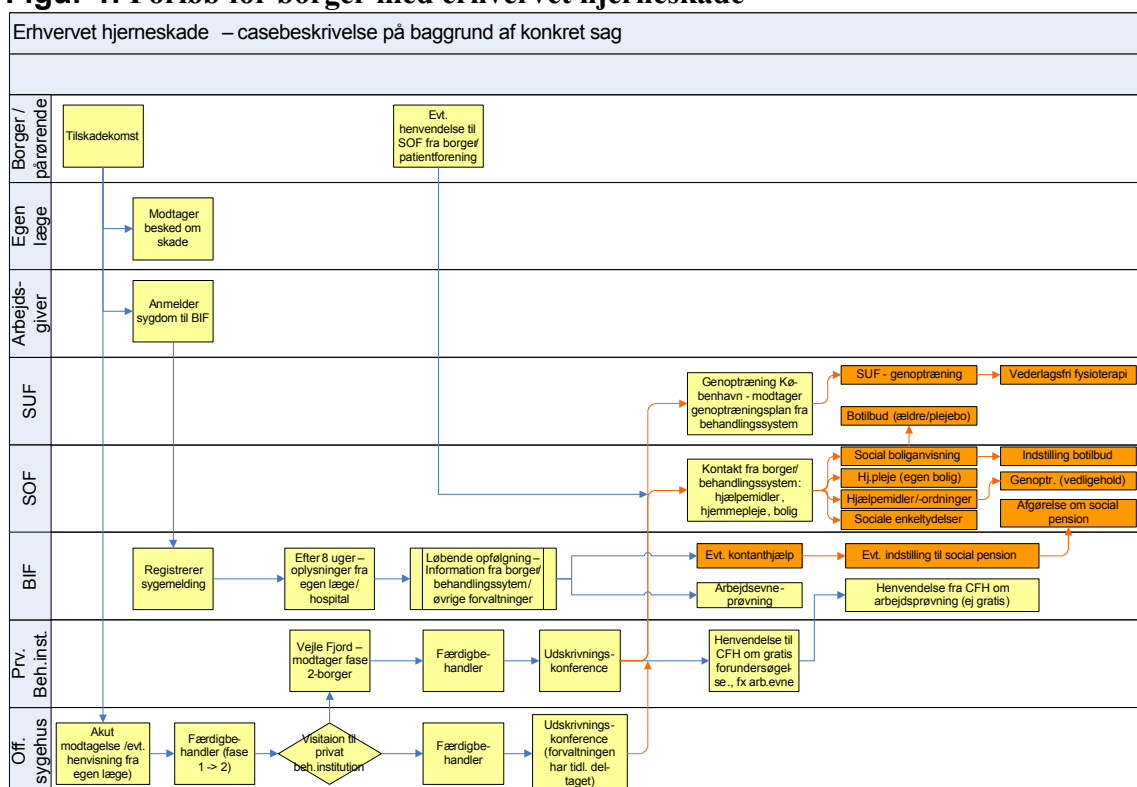
Ovenstående beskriver opgaver for forvaltninger, hospitaler og behandlingsinstitutioner. For at give overblik over et typisk forløb for en borger med erhvervet hjerneskade, er der i nedenstående figur 1 gengivet et forløb med afsæt i en case, der blev gennemgået ved en workshop med sagsbehandlere og teamledere fra de tre forvaltninger.

Det typiske forløb for en borger med erhvervet hjerneskade er kendetegnet ved:

- At kommunen skal tilbyde flere ydelser til borgeren inden for en kort tidshorisont.
- Forløbet er faseinddelt og forvaltningerne skal derfor vide, hvornår i forløbet borgeren skal modtage ydelsen.
- Borgeren har kontakt til flere forskellige regionale, kommunale og private aktører på samme tid.

I kommunens dialog og samarbejde med hospital og private udbydere på området, er det vigtigt, at koordinationen internt i kommunen mellem BIF, SOF og SUF fungerer optimalt – således at kommunen fremstår som en samlet aktør. I forventningsafstemningens hos borger og pårørende ved hospitalsudskrivelsen er det også vigtigt, at borgeren ved første kontakt med kommunen får overrakt den rette og nødvendige information om forløbet i kommunen, herunder hvilket serviceniveau kommunen kan tilbyde borgeren.

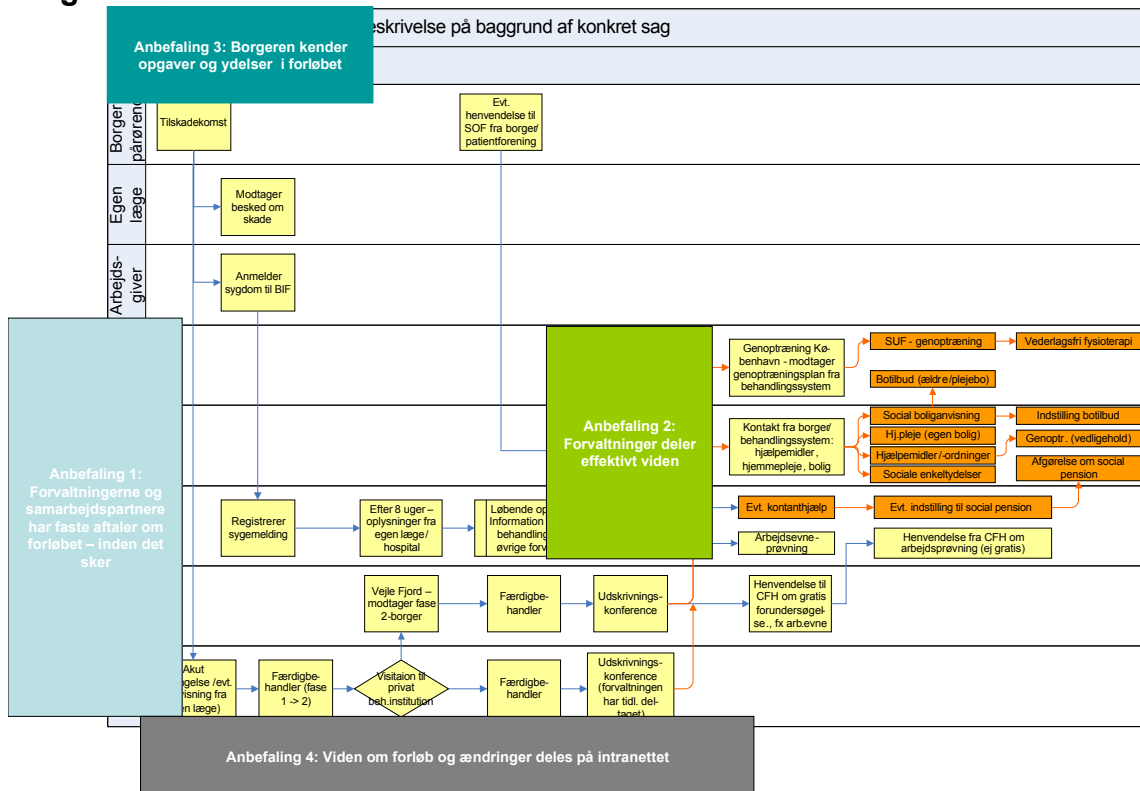
**Figur 1. Forløb for borger med erhvervet hjerneskade**



## 6. Et ideelt forløb for borgere med nyerhvervet hjerneskade - anbefalinger til koordinering på tværs af BIF, SOF og SUF

I nedenstående figur 2 er anbefalinger vist i forhold til borgerforløbet. Indholdet for de enkelte anbefalinger beskrives herefter.

**Figur 2. Anbefalinger til at skabe sammenhængende borgerforløb**



### Stifindermodellen – de 4 anbefalinger

#### Anbefaling 1 – Udvikling og drift af ideelt forløb for borgere med erhvervet hjerneskade

Der udarbejdes et opdateret dokumenteret ideelt forløb for borgere med ny erhvervet hjerneskade. Effekten forventes at være øget kendskab til forvaltningernes tilbud og forløb. I forhold til dialog mellem hospital og kommune, vil det ideelle forløb give et klart overblik for partnerne om opgaver og forpligtelser. Det ideelle forløb vil være udgangspunktet for, at der skal skabes overblik for borgeren/pårørende. Anbefaling 2 sikrer dette overblik for borgerne.

Det ideelle forløb indeholder en beskrivelse af forvaltningernes opgaver, kompetencer og de borgerrettede ydelser, således at borgere, forvaltninger og hospitaler altid kender arbejdsdeling og ydelser i forløbet. Herunder skal forvaltningerne sikre, at forløbet formidles både internt og eksternt i kommunen.

I en igangsættende fase udarbejdes det ideelle forløb af et

stifinderudvalg bestående af relevante teamchefer fra forvaltningerne. Denne sammensætning er valgt for at sikre beslutningskompetencen. Efter den igangsættende fase skal driften af det ideelle forløb ske inden for den normale styringskæde, men ved evalueringen tages stilling til, om dette er tilstrækkeligt til at sikre driften af de ideelle forløb.

Som beskrevet, er forløb for borgere med ny erhvervet hjerneskade ofte uforudsigelige og komplekse. Forvaltningerne skal derfor bruge forløbsbeskrivelsen til at identificere borgerforløb, der ikke følger det ideelle, og hvor der er behov for særlig koordination.

Det anbefales, at der herunder tages afsæt i det førmtalte skema fra samarbejdsrapporten på hjerneskadeområdet til kategorisering af målgruppen i forhold til skadens omfang og kompleksitet, jf. bilag c. Skemaet skal således anvendes til fordeling af borgerne mellem forvaltningerne, og der skal udarbejdes klare retningslinier for, hvilken forvaltning, der er ansvarlig for de forskellige underkategorier af målgruppen.

### **Anbefaling 2 – Modtageorienteret informationsmateriale**

Der udarbejdes fælles informationsmateriale fra BIF, SOF og SUF, der skal sikre, at borgere og samarbejdspartnere har viden om opgave- og kompetencefordeling mellem forvaltningerne, forvaltningernes service- og aktivitetstilbud, sagsgange og kontaktpunkter. Effekten af anbefalingen forventes at være øget overblik for borgeren gennem hele forløbet. I kraft af implementeringen af det ideelle forløb kan ydelser, kontaktpunkter og koordination ved overgange mellem hospital og kommune formidles. Dette skal formidles gennem modtageorienteret informationsmateriale målrettet borgerne og eksterne samarbejdspartnere på den ene side, og medarbejdere i forvaltningerne selv på den anden. Informationsmaterialet skal dels bestå af en pjece, der kan udleveres til borgeren inden udskrivning fra hospital, og dels bestå af lettilgængeligt og opdateret information på kommunens hjemmeside.

### **Anbefaling 3 – Fælles samtykkeerklæringer**

Der udvikles muligheder for at dele information mellem forvaltningerne via samtykkeerklæringer for forløb for borgere med ny erhvervet hjerneskade. For borgerne er effekten, at der også skabes overblik ved at minimere antallet af forskellige papirer fra forvaltningerne. For forvaltningerne skal de fælles samtykkeerklæringer styrke forvaltningernes kendskab til hinandens forløb ved, at der vil være et fælles dokument vedr.

samtykke for alle forvaltninger.

For det første vil forvaltningerne bruge samme skabelon for samtykkeerklæringerne fremover. Det vil dog stadig være nødvendigt at indhente samtykket ved kontakt med de enkelte forvaltninger. På baggrund af det ideelle forløb vil forvaltninger imidlertid undersøge mulighederne for, at der kan udvikles samtykkeerklæringer, der kan dække hele forløbet for borgere med nyerhvervet hjerneskade. Forslaget om samtykkeerklæringer er udarbejdet på baggrund af de juridiske retningslinier forvaltningerne har indhentet fra de tre forvaltningers juridiske afdelinger og Borgerrådgiveren.

#### **Anbefaling 4 – Fælles intranetside for forvaltningerne under kk.net**

Der implementeres en fælles intranetside for forvaltningerne under kk.net, der skal sikre effektiv udveksling af information mellem forvaltningerne og øget kendskab til hinandens tilbud. Løsningen bygger på erfaringerne fra SOF/BIF samarbejdet, og tager afsæt i ”Arbejdsgangsportalen” under kk.net, som SOF/BIF har udviklet. Portalen udvides således, at de 3 forvaltninger kan bruge portalen og tilgå information herunder.

Forvaltningerne har i forlængelse heraf vurderet, at en løsning med en koordinerende kontaktperson, som forvaltninger jf. det omtalte medlemsforslag er blevet pålagt at undersøge, ikke vil kunne sikre borgeren den samme optimale rådgivning, der i dag foregår i de enkelte kontaktpunkter. Derimod kan borgeren både sikres den bedst kvalificerede rådgivning og et mere sammenhængende og helhedsorienteret forløb, gennem klare og velbeskrevne forløb for borgere med nyerhvervet hjerneskade.

#### **7. Effekter af koordineret samarbejde mellem BIF, SOF og SUF**

Effekterne ved et mere koordineret og gennemsigtigt samarbejde mellem forvaltningerne kan overordnet opdeles i 3 dele:

- **Forbedret borgeroplevelse**
  - Anbefaling 1 (forløbsbeskrivelse) og anbefaling 2 (modtageorienteret informationsmateriale) vil sikre en tydelig og klart kommunikeret opgave- og ansvarsfordeling mellem forvaltningerne. Endvidere vil anbefaling 3 (fælles

samtykkeerklæringer) være med til at sikre, at kommunens indsats i forhold til målgruppen i højere grad vil blive oplevet som koordineret og helhedsorienteret. Dette vil samlet føre til en højere brugertilfredshed blandt både borgere og pårørende.

- Anbefaling 2 (modtageorienteret informationsmateriale) vil samtidig sikre klarhed over kommunens serviceniveau og herunder forventningsafstemningen hos borgeren/pårørende. En forbedret forhåndskendskab blandt borgeren/pårørende til kommunens sagsgange, service- og aktivitetstilbud vil reducere omfanget af en række af de henvendelser og tilbageløb i de enkelte sager, der udspringer af misforståelser og urigtige forventninger til kommunens indsats hos borgeren/pårørende.

- **Forbedret samarbejde med eksterne parter**

- Anbefaling 1 (forløbsbeskrivelse) vil sikre at det offentlige behandlingssystem (sygehuse og andre behandlingsinstitutioner) vil opleve en forbedret kommunikation og mere entydig, effektiv og professionel kontakt med kommunen i de enkelte sager.
- Anbefaling 1 (forløbsbeskrivelse) vil endvidere internt i kommunen skabe klarhed over forvaltningernes opgave- og ansvarsfordeling – bl.a. i forbindelse med deltagelse i udskrivningsmøder og videreformidlingen af relevant information til de øvrige forvaltninger på baggrund af udskrivningsmødet. Dette vil sikre et tidligt samarbejde omkring borgeren og sikre dialogen mellem hospital og kommune i forhold til overgangen mellem sektorerne.
- Anbefaling 2 (modtageorienteret informationsmateriale) vil sikre en tydelig og klar information om kommunens serviceniveau, og herunder sikre vidensniveauet herom hos eksterne parter. Borgeren vil dermed i højere grad kunne få videregivet den rette information om kommunens serviceniveau fra de eksterne samarbejdspartnere.

- **Økonomiske gevinster**

- Anbefaling 3 (fælles samtykkeerklæringer) og

anbefaling 4 (fælles intranetside) vil sikre en tidligere, koordineret og dermed mere effektiv tværgående indsats over for den enkelte borger. Dette vil øge sandsynligheden for forbedret helbredsprogression og dermed hurtigere tilbagevenden til selvforsørgelse.

- Anbefaling 4 (fælles intranetside) vil sikre en tidlig, tværgående indsats over for borgeren, og kan dermed forebygge ukoordineret igangsættelse af private behandlingsforløb.

På hjerneskkadeområdet vil forvaltningerne således gennem et styrket koordineret samarbejde på tværs, opnå øget viden om de mulige effekter af en koordineret indsats, som er skitseret i ovenstående. Sideløbende vil den fælles strategi for udsatte og syge borgere i BIF, SUF og SOF også være med til at indsamle øget viden om effekterne af tværgående indsatser i forhold til andre grupper af sygdomsramte borgere.

## **8. Implementeringsplan for stifindermodellen - de 4 anbefalinger**

Forvaltningernes anbefalinger påbegyndes i efteråret 2010 og forventes implementeret 1. kvartal 2011. Se den særskilte implementeringsplan for projektet for nærmere præcisering af implementeringsforløbet.

Til implementering af anbefalingerne etableres et stifinderudvalg bestående af ressourcepersoner fra de tre forvaltninger. Stifinderudvalget skal sikre implementeringen. Det sikres dermed, at implementeringen af anbefalingerne kan tilpasses efter behov i "frontlinien", og sikre at der er ejerskab for løsningerne på lang sigt – internt blandt kommunens medarbejdere og eksternt i forhold til samarbejdspartnerne.

## 9. Bilag a - Medlemsforslag

Det foreslås,  
at Borgerrepræsentationen pålægger Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Socialforvaltningen at udarbejde forslag til etablering af en stifinderfunktion. Stifinderfunktionen kan overvejes integreret i kommunens etablering af nye sundhedshuse, samt at forslaget forelægges til politisk beslutning senest i september 2009.

Forvaltningerne kommer samtidig med forslag til finansiering.

(Stillet af Venstre, Det Konservative Folkeparti og Dansk Folkeparti)

### MOTIVERING

Mødet med den sociale lovgivning, sundhedssystemet og egne forsikringsdækninger kan være uoverskueligt og komplekst for en borger, der udover et sygdomsforløb skal forholde sig til de mange forskellige aktører, som et samlet sygdomsforløb ofte består af.

Borgere med typisk en længere sygemelding er ofte ressourcetsvage grundet deres situation og oplever en manglende sammenhæng og derved kvalitet i det samlede forløb med henblik på tilbagevenden til arbejdet - eller hvad der måtte være hensigtsmæssigt for den enkelte.

For at skabe sammenhæng i borgerens rettigheder, det være sig i relation til  
sociale ydelser  
arbejdsmarkedspensioner  
arbejdsskadeforsikring  
private ulykkes- og sundhedsforsikringer

samt behandlingsmulighederne i det offentlige og private sundhedssystem, vil det være hensigtsmæssigt med en "Stifinderfunktion", der hjælper med følgende elementer:

#### Socialrådgivning

Forhandling med pensionselskaber og kommune om evt. delfinansiering til helbredsfræmmende tiltag. Tiltag kan eksempelvis mindske risiko for eksempelvis førtidspensionering.

Rådgivning om hvilke offentlige ydelser der kan komme i spil i



forhold til borgerens situation, herunder også mulighed for arbejdsprøvning, fleksjob, revalidering, førtidspensionering mv.?

#### Lægefaglig rådgivning

Rådgivning omkring tidlig indsats ved sygefravær i form af individuel afdækning af sygdomsperioden. Hensigten er at afdække sygdomsbillede og anskueliggøre tidsperspektiv for sygdommen, herunder drøftelse af mulighedserklæring for at bevare tilknytning til arbejdspladsen.

Rådgivning og eventuel visitering og sikring af tilbud om den bedst tilgængelige efterfølgende sundhedsfaglige udredning og handlingsplan med sigte på hurtig afklaring, således borgeren kan komme "videre i livet".

#### Forsikringsrådgivning

Rådgivning om hvad borgerens egne forsikringer (private eller arbejdsgiverfinansierede) dækker og samspillet mellem de sociale ydelser og tegnede forsikringer. Rådgivningen inkluderer anmeldelse og opfølgning af skaden til relevante forsikringsselskaber. Afdækningen af borgerens forsikringsmæssige situation spiller en central rolle, fordi forsikringerne evt. kan finansiere en hurtigdiagnosticering og behandling. En mulighed vil også være at forsikringsselskabet af frivillighedens vej betaler for en hurtig diagnosticering og/eller behandling med henblik på at undgå en kostbar forsikringserstatning.

Den enkelte borger skal selv kunne kontakte Stifinderen, men andre relevante aktører som arbejdsgiveren, egen læge, hospitalet, hjemmeplejen med videre skal også kunne skabe kontakten for disse ressourcetsvage personer. Stifinderen knyttes til borgeres forløb, hvis man vurderer, at der kræves ekstra samarbejde og koordinering at opnå det bedste resultat.

I Sundheds- og Omsorgsforvaltningen findes allerede i dag udskrivningskoordinatorer, der koordinerer den kommunale indsats. Og på Socialforvaltningens område er der ansøgt satspulje-midler til etablering af en koordinerende kontaktperson for sindslidende. Forslagsstillerne ønsker, at disse koncepter udvides til at være et kommunalt tilbud, der indeholder tilbud til den enkelte borger om koordination af det samlede offentlige sundhedstilbud samt direkte tilknyttede elementer såsom socialfaglig- og lægefaglig rådgivning samt personlig forsikringsrådgivning.

Det foreslås derfor, at Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Socialforvaltningen udarbejder et forslag til en københavnsk Stifinderordning. Det foreslås, at ordningen opstartes som et pilotprojekt for en udvalgt del af kommunen, således at det kan vurderes, hvorvidt konceptet skal udbredes til alle borgere i kommunen, som er sygemeldte i mere end 14 dage.

#### **Borgerrepræsentationens beslutning den 28.05.2009**

Enhedslisten stillede følgende ændringsforslag:

"Det foreslås, at følgende at-punkt tilføjes medlemsforslaget:  
"at de pågældende forvaltninger undersøger muligheden for en model, der sikrer, at alle borgere, der i deres kontakt med kommunen bliver involveret med mere end én forvaltning, får en koordinerende kontaktperson, der dels skal sørge for dels at guide borgeren rundt i 'systemerne, dels skal sørge for at være ansvarlig for kontakten til de øvrige kommunale (og evt. andre) instanser, som borgerens sagsbehandling involverer."

Et forslag om at henvise medlemsforslaget med det stillede ændringsforslag til Sundheds- og Omsorgsudvalget med inddragelse af Beskæftigelses- og Integrationsudvalget, Socialudvalget og andre relevante forvaltninger blev vedtaget uden afstemning.

#### **10. Bilag b – Fællesindstilling vedr. stifinderfunktion**

Borgerrepræsentationen har på BR-mødet den 28. maj 2009 ved behandlingen af et medlemsforslag stillet af Venstre, Det Konservative Folkeparti og Dansk Folkeparti om en stifinderfunktion vedtaget at bede Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Socialforvaltningen, om at udarbejde forslag til etablering af en stifinderfunktion for sygdomsramte borgere samt et forslag til udviklingen af en model for en koordinerende kontaktperson, når borgere i deres kontakt med kommunen er involveret med mere end én forvaltning, jf. bilag 1.

## **FÆLLESINDSTILLING OG BESLUTNING**

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Socialforvaltningen og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen indstiller, at Sundheds- og Omsorgsudvalget, Socialudvalget og Beskæftigelses- og Integrationsudvalget godkender,

1. at der som led i etableringen af en stifinderfunktion for sygdomsramte borgere etableres et netværk mellem eksisterende kontaktpunkter med rådgivende og vejledende funktion under Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Socialforvaltningen og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, som skal sikre et sammenhængende forløb for sygdomsramte borgere.
2. at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Socialforvaltningen og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen igangsætter udarbejdelsen af et investeringsprojekt med inddragelse af Børne- og Ungdomsforvaltningen, der undersøger mulighederne for at udvikle en model for en koordinerende funktion med henblik på budgetforhandlingerne 2011.

## **PROBLEMSTILLING**

I mødet den 28. maj 2009 vedtog Borgerrepræsentationen et medlemsforslag om stifinderfunktion for sygdomsramte borgere, og i den forbindelse pålagde Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Socialforvaltningen om at udarbejde forslag til etablering af en stifinderfunktion.

Udbetaling af sygedagpenge, mulighed for arbejdsprøvning, flexjob, revalidering mv. og stillingtagen til sundhedsvæsenets ydelser og tilbud er bare et udsnit af en lang række områder, som sygdomsramte borgere skal forholde sig til, samtidig med at de skal tackle selve sygdomsforløbet. Mange sygdomsramte borgere kan finde deres sygdomsforløb komplekst og uoverskueligt, da de typisk er i kontakt med mange forskellige aktører undervejs i deres sygdomsforløb. I medlemsforslaget, jf. bilag 1, er der stillet forslag til, at forvaltningerne arbejder tættere sammen på tværs i forhold til at sikre et så koordineret og sammenhængende forløb som muligt for sygdomsramte borgere og borgere generelt i deres kontakt med kommunen.

## LØSNING

Der eksisterer i dag en række kontaktpunkter under Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Socialforvaltningen og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, som sygdomsramte borgere har mulighed for at kontakte undervejs i deres sygdomsforløb.

- I Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er lokalområdekontorerne et kontaktpunkt for sygdomsramte borgere. Lokalområdekontorerne har ansvar for bl.a. hjemmepleje, sygepleje mv. samt patient- og borgerrettet forebyggelsesarbejde gennem sundhedshusene. Pension København er endvidere kontaktpunkt med spidskompetence inden for folkepensionsområdet. Genoptræning København har rådgivnings- og vejledningsfunktionen på træningsområdet.
- I Socialforvaltningen er der pr. 1. januar 2010 tre kontaktpunkter med central modtagelse, hvor sygdomsramte borgere kan henvende sig, afhængig af deres situation. Socialcenter København varetager administration og udbetaling af førtidspension samt indstiller til skånejobs. Hos Handicapcenter København kan borgere med varig funktionsnedsættelse søge om hjælpemidler og nødvendige merudgifter mv. Tredje kontaktpunkt er Rådgivningscenter København, hvis spidskompetencer er at rådgive borgere om misbrugsbehandling.
- I Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen er Jobcenter København, Sygedagpenge kontaktpunkt for sygdomsramte borgere, og har spidskompetencer i at støtte sygemeldte borgere i at komme tilbage i arbejde gennem samarbejde med arbejdsgivere. Indsatsen tager afsæt i individuel opfølgingsplan og en intens tidlig indsats til forebyggelse af længerevarende sygdom. Jobcenter København Sygedagpenge varetager også indstilling til førtidspension, flexjob og revalidering.

I ovenstående kontaktpunkter er spidskompetencerne for de enkelte områder samlet. Sagsbehandlerne yder her den bedst kvalificerede rådgivning til sygdomsramte borgere om deres forløb. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Socialforvaltningen og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen anbefaler, at disse spidskompetencer fortsat er placeret i de centrale kontaktpunkter under de enkelte forvaltninger. Dette for at sikre, at sygdomsramte borgere får den mest kompetente sagsbehandling som muligt undervejs i deres sygdomsforløb. Lovmæssigt er kontaktpunkterne i forvejen, i kraft af deres myndighedsfunktion, underlagt en bred rådgivnings- og vejledningspligt over for borgerne. Denne kan styrkes gennem mere struktureret videndeling og netværksdannelse.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Socialforvaltningen og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen indstiller, at der etableres et netværk mellem de centrale kontaktpunkter i de tre forvaltninger, som til sammen varetager sagsbehandling, rådgivning og vejledning af sygdomsramte borgere. På kort sigt kan etableringen af et sådant netværk bidrage til en øget videndeling og koordinering mellem forvaltningerne, og dermed sikre, at sygdomsramte borgere får et mere sammenhængende forløb i deres kontakt med kommunen.

På længere sigt kan netværket mellem forvaltningerne være et led i etableringen af en virtuel stifinderfunktion i form af en hjemmeside, som indeholder alle centrale oplysninger om sygdomsramte borgeres muligheder og rettigheder. Det omfatter oplysning om kommunale ydelser og tilbud, såvel som behandlingsmuligheder i anden offentlig og privat regi, samt forhold vedr. pensions- og forsikringsforhold. En virtuel stifinderfunktion vil dermed kunne bidrage til, at sygdomsramte borgere såvel som kommunens sagsbehandlere og andre relevante aktører, kan få en mere sammenhængende forståelse af et sygdomsforløb. Etableringen af en virtuel stifinderfunktion vil kræve en udbygget IT-portalløsning samt ressourcer til at udvikle, implementere og vedligeholde denne.

Det kan oplyses, at der registreres ugentligt godt 5.000 sygemeldte borgere i Københavns Kommune, som vil kunne få gavn af en mere koordineret indsats over for sygdomsramte borgere.

#### *Investeringsprojekt vedr. en koordinerende funktion*

I medlemsforslaget, jf. bilag 1, er Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Socialforvaltningen og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen endvidere blevet bedt om at undersøge muligheden for en model, der sikrer, at alle borgerne, der i deres kontakt med kommunen blive involveret med mere end én forvaltning, får en form for koordinerende kontaktperson. Modellen bør sikre, at alle borgere, der er involveret med mere end én forvaltning i deres kontakt med kommunen, kommer til at opleve et koordineret og sammenhængende forløb.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Socialforvaltningen og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen indstiller, at forvaltningerne igangsætter et fælles investeringsprojekt med inddragelse af Børne- og Ungdomsforvaltningen, som kan undersøge en model for en koordinerende funktion, som skal gælde alle borgere, der er i kontakt med mere end én forvaltning samtidig. Etableringen af en virtuel stifinderfunktion samt den understøttende IT-portalløsning foreslås integreret som del af det fremtidige udviklingsarbejde.

De fælles borgere, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Socialforvaltningen, Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen og Børne- og Ungdomsforvaltningen har, er ofte borgere, der kommer fra udsatte målgrupper. En koordinerende funktion vil derfor være et initiativ blandt flere, der kan være med til at skabe mere overskuelighed og værdi i kontakten med kommunen blandt disse borgere. På tværs af forvaltningerne eksisterer der allerede i dag samarbejdsflader for fælles borgere, som et investeringsprojekt med fordel kan hente inspiration fra. Eksempelvis har Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen og Socialforvaltningen udarbejdet en fælles strategi for deres fælles borgere, hvis formål er at skabe en mere sammenhængende og helhedsorienteret indsats over for borgerne. Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ligeledes indledt et samarbejde om udarbejdelsen af en fælles strategi for fælles borgere.

## **ØKONOMI**

Kommunens udgifter til etableringen af et netværk mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningens, Socialforvaltningens og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningens eksisterende kontaktpunkter afholdes indenfor rammen.

Udgifter til udviklingen af en koordinerende funktion vil afhænge af den model, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Socialforvaltningen og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen gennem et investeringsprojekt får udarbejdet forslag til.

## **VIDERE PROCES**

Såfremt Sundheds- og Omsorgsudvalget, Socialudvalget og Beskæftigelses- og Integrationsudvalget godkender, at der etableres et netværk mellem eksisterende kontaktpunkter med rådgivende og vejledende funktion under Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Socialforvaltningen og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, igangsætter forvaltningerne dette arbejde. Udvalgene vil få forelagt en nærmere orientering om etableringen af netværket i december 2009.

Godkender udvalgene, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Socialforvaltningen og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, med inddragelse af Børne- og Ungdomsforvaltningen, igangsætter et investeringsprojekt, der ser på mulighederne for at udvikle en model for en koordinerende funktion, vil investeringsprojektet ligge klar til budgetforhandlingerne for 2011.

## **BILAG**

## 11. Bilag c – Oversigt over borgere med erhvervet hjerneskade

Sammenkobling af skadesomfang og kompleksitet

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

Kilde: ”Afrapportering fra arbejdsgruppen vedr. erhvervet hjerneskade” (2010), side 14.

## 12. Bilag d – Implementering af hjerneskaderapporten

Anbefalingerne fra den tværsektorielle samarbejdsrapport på hjerneskadeområdet skal implementeres i Københavns Kommune i efteråret 2010. Dette ligger i sin forlængelse af forvaltningernes samarbejde på hjerneskadeområdet om øget koordineret samarbejde på tværs for at sikre borgeren en helhedsorienteret indsats fra kommunens side. Sammenhæng i borgerens forløb skal også sikres ved en klar og entydig dialog med de eksterne samarbejdspartnere på området. Det er derfor af stor betydning, at forvaltningerne udadtil i forhold til samarbejdspartnerne fremstår som én samlet enhed. I forhold til at leve op til anbefalingerne i den tværsektorielle samarbejdsrapport på hjerneskadeområdet er der i nedenstående tabel skitseret, hvordan forvaltningernes egne anbefalinger på området (stifindermodellen) ligger i forlængelse af hjerneskaderapportens anbefalinger.

### Tablet over tiltag på hjerneskadeområdet i Københavns Kommune som følge af implementeringen af hjerneskaderapporten

Emne for tiltag	Løsning i forlængelse af det koordinerede samarbejde mellem BIF, SOF og SUF (stifindermodellen)
1. Organisere visitationen (Én indgang til kommunen)	Genoptræningsplanen vil fungere som det primære skriftlige dialogværktøj i overgangen mellem sektorerne – og ved komplekse forløb bør genoptræningsplanen også bruges som forvarslings-redskab fra hospitalernes side af.  SUF (Genoptræning København) er således indgangen til Københavns Kommune. Jf. anbefaling 1 (forløbsbeskrivelse) vil indgangen til kommunen blive præciseret nærmere.
2. Fastlæggelse af de interne kommunale samarbejdsrelationer	Gennem anbefaling 1 (forløbsbeskrivelse) vil de interne kommunale samarbejdsrelationer blive fastlagt på hjerneskadeområdet. Stifinderudvalget vil stå for udmeldingen til eksterne samarbejdspartnere, når arbejdet ligger klar primo 2011.



<p>3. Fastlægge de kommunale kontaktpersoner og/eller koordinatører</p>	<p>Gennem anbefaling 1 (forløbsbeskrivelse) og anbefaling 4 (fælles intranetside) vil kontaktindgangene til de enkelte centrale enheder i BIF, SUF og SOF blive fastlagt. Der bør generelt være én indgang til hver forvaltning.</p>
<p>4. Planlægge, at der skal ske en tidlig inddragelse af kommunen og kommunal deltagelse ved udskrivningsmødet på hospitalet</p>	<p>Gennem anbefaling 1 (forløbsbeskrivelse) og anbefaling 4 (fælles intranetside) vil rammerne for kommunens deltagelse ved udskrivningsmøderne blive præciseret og rammerne for videregivelse af relevant information til de øvrige forvaltninger efter afholdelse af udskrivningsmødet. SOF har ansvaret for kommunens deltagelse ved udskrivningsmøder for borgere under 65 år.</p>
<p>5. Sikre overblik over den kommunale opgavevaretagelse,</p>	<p>Gennem anbefaling 2 (modtageorienteret informationsmateriale) udarbejdes der en informationspjece over kommunens indsats/ tilbud for borgere med erhvervet hjerneskade, der kan udleveres til borger/ pårørende ved udskrivningsmøderne. Informationspjece skal indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- relevante kontaktoplysninger til BIF, SOF og SUF</li> <li>- beskrivelse af SUF's tilbud/ ydelser</li> <li>- beskrivelse af SOF's tilbud/ ydelser</li> <li>- beskrivelse af områder i relation til BIF</li> </ul> <p>I pjecen skal der henvises til Københavns Kommunes hjemmeside, hvor borger/ pårørende kan indhente nærmere information om ovenstående.</p>
<p>6. Fastlægge, hvem der har ansvaret for de kommunale tilbud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interne leverandører</li> <li>- tværkommunale tilbud</li> <li>- eksterne leverandører, herunder behovet for generelle aftaler eller ad hoc aftaler</li> </ul>	<p>I forhold til interne leverandører har Genoptræning København ansvaret, mens der skal ske en afklaring mellem forvaltningerne i forhold til eksterne leverandører. Dette vil ske gennem anbefaling 1 (forløbsbeskrivelse).</p>

7. Fastlægge kriterier for interne og eksterne tilbud	Gennem anbefaling 1 (forløbsbeskrivelse) bør forvaltningerne i samarbejde fastlægge kriterier for interne og eksterne tilbud.
- 8. Opfølgning borgernes forløb, f.eks. genoptræningsforløb	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BIF har ansvar for revalidering.</li> <li>- SOF har ansvar for sociale tilbud.</li> <li>- Vedligeholdende træning går under serviceloven samt vederlagsfri fysioterapi</li> <li>- Vidensopsamling vil ske gennem anbefaling 1 (forløbsbeskrivelse).</li> </ul>