



# Visions- og handleplan 2021- 2025

**NEUROENHED NORD**



REGIONSHOSPITAL NORDJYLLAND  
– i gode hænder

# INDHOLD

<b>1 Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Beskrivelse af neurorehabilitering</b> .....	<b>4</b>
<b>3 Neurofaglige indsatser</b> .....	<b>6</b>
Vision .....	7
Handlinger .....	7
<b>4 Uddannelse og udvikling</b> .....	<b>8</b>
Vision .....	8
Handlinger .....	8
<b>5 Forskning</b> .....	<b>10</b>
Vision .....	10
Handling .....	10
<b>6 Kvalitetsindikatorer</b> .....	<b>12</b>
Vision .....	12
Handlinger .....	12
<b>7 Tværsektorielt samarbejde</b> .....	<b>13</b>
Vision .....	13
Handlinger .....	14
<b>8 Inddragelse af patienter og pårørende</b> .....	<b>15</b>
Vision .....	15
Handlinger .....	16
<b>9 Rehabiliteringsteknologi</b> .....	<b>17</b>
Vision .....	17
Handlinger .....	17
<b>10 Rehabiliterende rammer</b> .....	<b>18</b>
Vision .....	18
Handlinger .....	18
<b>11 Bilag</b> .....	<b>19</b>
Bilag 1 - Specialiseringsniveauer for hospitalsbaseret hjerneskaderehabilitering .....	19
Bilag 2 - Oplæg til program for tværfaglig og monofaglig kompetenceudvikling .....	20
Bilag 3 - Oplæg til modulopdelt introduktionsforløb .....	21

# 1 Forord

Formålet med denne visions- og handleplan er at synliggøre og angive retning for varetagelse og udvikling af neurorehabiliteringen i NN.

Denne visions- og handleplan tager afsæt i, at hospitalsledelsen har bedt om et visionsdokument for neurorehabiliteringen og en handleplan med forslag til, hvordan visionerne kan imødekommes. Hospitalsledelsen har desuden udpeget neurorehabiliteringen som et af fremtidens signaturområder for Regionshospital Nordjylland (RHN). Visions- og handleplan beskriver derfor ved hjælp af visioner for Neuroenhed Nord (NN) og handlinger knyttet hertil, hvad der kendetegner signaturområdet indenfor hospitalsbaseret neurorehabilitering fremadrettet. NNs ønsker for neurorehabilitering, nationale "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade" (udgivet af Sundhedsstyrelsen i 2020) og andre relevante retningslinjer for området danner udgangspunktet for visions- og handleplanen.

Visions- og handleplanen er primært målrettet personalet ved NN, herudover regionsdirektionen og hospitalsledelsen ved RHN – og er udarbejdet af ledelse, udviklingspersoner og medlemmer af LMU i NN. Ledere i NN har udvalgt 8 områder, hvor indenfor visioner og handlinger beskrives.



# 2

## Beskrivelse af neurorehabilitering

Neurorehabilitering defineres som en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem patient, pårørende og fagfolk. Formålet er, at patienten, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på patientens hele livssituation og beslutninger – og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats<sup>1</sup>.

De første 3 måneder efter stroke udgør en kritisk periode, hvor hjernen er særligt modtagelig for en gunstig effekt af neurorehabilitering, da hjernen har mest neuroplasticitet i denne periode<sup>2</sup>.

Rehabiliteringsindsatser til patienter med erhvervet hjerneskade består som udgangspunkt af indsatser rettet mod kroppens funktioner og anatomi, aktivitet og deltagelse og sigter mod at forbedre den enkeltes funktionsevne, aktivitet og deltagelse og støtte denne i, så vidt muligt, at vende tilbage til et meningsfuldt liv. En væsentlig del af denne proces består i, at patienten skal have mulighed for over tid at gennemgå en accept- og erkendelsesproces med nyorientering og genlæring af forskelligartede færdigheder. Det kræver identifikation af de ofte komplekse forhold, der kendetegner den enkeltes situation både fysisk, mentalt, kognitivt, sprogligt og eksistentielt<sup>3</sup>.

Patienterne på NN har ofte komplekse og mangesidede problemer sammensat af: Motoriske, sensoriske (ex. neglect og perceptionsproblemer), kognitive (ex. nedsat struktureringsevne, hukommelse, initiativ og indsigt), tale- og forståelsesproblemer samt følelsesmæssige og eksistentielle udfordringer. Mentale funktionsnedsættelser er ofte en større udfordring end de funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger, som relaterer sig til fysisk funktionsevne. Patientens mentale funktionsnedsættelse kræver en særlig indsats og har ofte gennemgribende indflydelse på hele patientens livssituation. Patientens pårørende udgør en vigtig samarbejdspartner igennem hele patientens forløb. De pårørende er ofte belastede både følelsesmæssigt og i forhold til en ændret livssituation, hvorfor indsatser rettet specifik mod de pårørende er en del af neurorehabiliteringsforløbet.

Neurorehabilitering er således kendetegnet ved komplekse patientforløb, der imødekommes med koordinering af forløbet gennem et tæt interdisciplinært tværfagligt samarbejde, så de relevante indsatser iværksættes på rette tidspunkt, i rette omfang og i rette rækkefølge hos patienten. Udover de nævnte problemer har patienter ofte udfordringer adfærdsmæssigt og socialt. Patienternes problemområder fordrer specifikke neurofaglige kompetencer indenfor en række områder matchende patientens særlige udfordringer og behov samt mangfoldige handlemåder og faglige indsatser – ofte baseret på års erfaring, særlig relationel kompetence og tålmodighed. Mange faggrupper er involveret i patientens forløb: Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, ergo- og fysioterapeuter, neuropsykologer, læger, logopæder, socialrådgiver, servicemedarbejdere, portør, sekretærer, tilknyttet diætist og laborant.

---

<sup>1</sup> Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabiliteringsforum 2004.

<sup>2</sup> Coleman et al., 2017.

<sup>3</sup> Der skal indledningsvis altid foretages en udredning af personens funktionsevne med henblik på afdækning af behov for faglige indsatser. Udredning af funktionsevne på hjerneskadeområdet vil som oftest omfatte: Fysisk funktion, komorbiditet, kommunikation, kognitiv funktionsevne, sanser, herunder syns-/opmærksomhedsproblemer, gang og bevægelse, smerter, ernæringstilstand, synke- og spisefunktion, tarm- og blærefunktion, udførelse af daglige aktiviteter, herunder fritidsinteresser, emotionelle og psykiske følger, såsom angsttilstande eller depressive symptomer, personens funktionsevne forud for den aktuelle sygdom/traume og ressourcerne hos de pårørende.

Neurorehabilitering hviler på forskningsbaseret viden, etiske overvejelser, klinisk erfaring – og handlekompetencer, der tager afsæt i kliniske retningslinjer på området<sup>4</sup>.

Hospitalsbaseret neurorehabilitering påbegyndes 2-3 dage efter den akutte indlæggelse og inddeles i 3 specialiseringsniveauer (se bilag 1 for definition af specialiseringsniveauer for hospitalsbaseret hjerneskaderehabilitering, jf. anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade 2020).

I Frederikshavn varetages neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau. Niveauet angår patientprofil med begrænset til moderat kompleksitet, men omfatter også patienter med høj co-morbiditet og patienter, hvor der vurderes nedsat rehabiliteringspotentiale pga. væsentligt nedsat fysisk og mental funktionsevne før aktuelle hjerneskade. I Brønderslev varetages neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau, som angår patientprofil med betydelig kompleksitet, ofte med behov for rehabiliteringsindsats med høj intensitet. Hammel Neurocenter, Region Midt, varetager rehabilitering af nordjyder på højt specialiseret niveau, som angår patientprofil med omfattende kompleksitet og rehabiliteringsindsats med meget høj intensitet

NN har tæt og dagligt samarbejde med den regionale visitation for neurorehabilitering (RVN), AAUH, som henviser alle patienter i Region Nordjylland med symptomer på erhvervet hjerneskade.

Patientens rehabiliteringsforløb koordineres med og fortsætter i kommunalt regi. Dette kræver et tæt tværsektorielt samarbejde gennem hele patientens forløb. NN har formaliseret samarbejde med de nordjyske kommuner, jf. samarbejdsaftale om voksne med erhvervet hjerneskade, den tværsektorielle grundaftale, Region Nordjylland 2017, som kontinuerligt udvikles.

---

<sup>4</sup> Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering SST 2011, Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade, SST 2011, National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi SST 2014, National klinisk retningslinje for øvre dysfagi – opsporing, udredning og udvalgte indsatser SST 2015 og senest i Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade, SST 2020.

# 3 Neurofaglige indsatser

Regionshospitalet Nordjylland (RHN) definerer faglighed bredt. Det er først og fremmest kompetencer i det specifikke fag/speciale, hvor patienterne har en naturlig forventning om, at vi er dygtige til vores fag – at vi er specialister. Faglighed er også at have yderligere kompetencer såsom gode evner til at kommunikere, at udvise empati, at være serviceminded og at vise respekt for patienter og kolleger samt at have forløbs- og helhedsforståelse. Denne komplette faglighed skaber værdi for patienterne.

Faglige indsatser ved hjerneskaderehabilitering er beskrevet i kliniske retningslinjer. Patienter med erhvervet hjerneskade har mangeartede udfald og problemområder. Udredning af funktionsevne angives som en særlig vigtig faglig indsats. Den foregår i tværfagligt regi og involverer alle relevante faggrupper. Det er en forudsætning, at patienten vurderes med brug af tilstrækkelige og relevante kompetencer, så den indsamlede viden er fyldestgørende i forhold til at iværksætte en faglig relevant og tilstrækkelig rehabiliteringsindsats. Udredning af funktionsevne er sammen med vurdering af patientens genoptrænings- og/eller rehabiliteringspotentiale, motivation og ressourcer grundlaget for fælles beslutninger om målsætning, samt hvordan indsatsen skal tilrettelægges. Ved NN er der behov for en bred palet af faglige indsatser på specialistniveau, herunder træning efter neuroplastiske principper<sup>5</sup>.

Ny viden om hjernens plasticitet, og hvad der skal til for genlære tabte funktioner, angiver, at der skal trænes med høj intensitet for at stimulere hjernens neuroplastiske egenskaber. Der angives et særligt tidsvindue for neuroplastisk forandringsevne de første 3 måneder efter hjerneskaden. Valg af intervention, dosis og intensitet er vigtig i forhold til at opnå effekt af hjerneskaderehabilitering.

Anbefalinger for tværsektorielle forløb angiver, at hvert fokusområde tilstræbes at have indsatser med varighed af ca. 45 minutter flere gange ugentligt, gerne dagligt, for de personer som har behovet, som kan deltage, og hvor der er fremgang. Det angives, at forløbene er individualiserede med høj intensitet alle ugens dage og varetages af et interdisciplinært team. Integreret terapi og sygepleje over døgnet vil medvirke til at stimulere de neuroplastiske forandringer og sikre rehabilitering i daglige gøremål i alle vågne timer med opmærksomhed på patientens funktionsevne, behov, potentiale og mål.

Der er stærk anbefaling for træning af dagligdags- og fritidsaktiviteter med henblik på forbedring af aktiviteter og deltagelse hos patienten med nedsat funktionsevne.

Det anbefales, at genoptræningsindsatsen varetages af et interdisciplinært team med specifikke kompetencer i anvendelse af relevante metoder i forhold til dagligdags- og fritidsaktiviteter. Der er desuden evidens for opgavespecifik og repetitiv neurorehabilitering. Dette sikres ved organisatorisk robusthed, der tillader rehabilitering i alle daglige gøremål. Stand- og gangtræningsaktiviteter samt opgavespecifik træning i udfordrende udgangsstillinger kræver ofte 2 personers medvirken.

<sup>5</sup> Neuroplastiske træningsprincipper: Use it or loose it: Fungerende synapser degraderer, hvis de ikke anvendes "learned non use". Use it -and improve it: Forbindelsen mellem neuroner styrkes, hvis de er aktive på samme tid. Specificitet: Arten af træning dikterer arten af plasticitet. Repetition: Der kræves mange gentagelser for at drive neuroplastiske forandringer. Intensitet: Der kræves høj intensitet for at drive neuroplastiske forandringer. Forståelse: Træningsoplevelsen skal være tilstrækkelig vigtig. Alder: Aktivitetsinduceret neuroplasticitet forekommer lettere i yngre hjerner. Transferens: Plasticitet drevet af en aktivitet kan forbedre erhvervelsen af anden lignende aktivitet. Interferens: Plasticitet drevet af en aktivitet kan forstyrre konsolidering af anden aktivitet.

# Vision

- Indsatser i forhold til alle patientens udfaldsområder. Disse er individuelt tilpassede og matcher patientens symptomer og behov - og sker på baggrund af kompetent neurofaglig udredning af alle udfaldsområder.
- Indsatser ved NN har høj intensitet med høj træningsdosis og rehabiliterende sygepleje i alle daglige gøremål med patienten.
- Faglige indsatser sker efter neuroplastiske principper. Det sker gennem tæt samarbejde med forskningsmiljøer samt ved anvendelse af nyeste metoder og teknologier.
- Måle indsatsernes kvalitet og den enkelte patients effekt af indsatser ved anvendelse af standardiserede og validerede vurderingsredskaber.

# Handlinger

- Fremme intensitet ved at tilbyde individuel træning alle ugens dage suppleret med holdtræning/superviseret træning samt selvtræning og træning i alle daglige gøremål.
- Øget neuropsykologisk udredning og behandling samt sparring i forhold til tværfaglig tilgængelighedsskrivelse.
- Robust teamorganisering, der understøtter sammenhængende patientforløb ved faste kontaktpersoner i det interdisciplinære team samt team med komplementære kompetencer med henblik på at sikre den rette indsats.
- Introducere og implementere træning efter neuroplastiske principper: Grundlaget for læring og hukommelse er erfaringsafhængig neuroplasticitet og aktivitetsinduceret neuroplasticitet.
- Genindførelse af udgående funktion/hjemmetræning med henblik på bedre afdækning af funktionsniveau, valg af mål og træningsindsatser samt transfer af viden ved udskrivelse.
- Formaliseret indsats<sup>6</sup> i forhold til udredning af syns- og opmærksomhedsfunktionen, da synsproblematikker kan være en hæmsko for effekt af neurorehabilitering. Valg af interventioner sker i samarbejde med optometrist:
  - Implementering af screeningsredskaber.
  - Udarbejde PRI instruks om synsproblematikker.

---

<sup>6</sup> At der bliver gennemført synsscreening af alle patienter med indikation på synsproblematik samt, hvis relevant, udarbejdelse af henvisning til optometrist. Oprettelse af synstræningsteam der screener, undersøger og sparre med primære behandlere om synsproblematikker. Rehabilitering af synsfunktion vil dels bestå af træning i brug af kompenserende teknikker og dels af specifik øjenmotorisk træning og indgår som en integreret del af den samlede rehabiliteringsindsats. Fagpersoner der varetager indsatser ved nedsat synsfunktion, har behov for særlig viden ud over grunduddannelsen om undersøgelse og intervention i relation til dette (Anbefalinger for tværasektorielle forløb for voksne med hjerneskade).

# 4 Uddannelse og udvikling

Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade, NKR SST 2020, angiver, at regionsfunktionsniveau for hospitalsbaseret hjerneskaderehabilitering varetager forsknings-, uddannelses- og udviklingsopgaver indenfor området, samt medvirker ved rådgivning og kompetenceudvikling af neurofagligt personale i kommuner.

Specialiseret neurorehabilitering kræver neurofaglige og pædagogiske kompetencer ud over grunduddannelser, derfor er kontinuerlig uddannelse og udvikling en pligt og forudsætning for at kunne løse kerneopgaven i neurorehabilitering.

NN udbyder nu undervisningstilbud momentvis og ad hoc – internt (begge matrikler) og eksternt (Neuroenhed Nord Brønderslev).

## Vision

- Uddanne og udvikle kontinuerligt til at imødekomme patienters behov, samfundets krav, faglige standarder, nyeste viden og best practice indenfor specialiseret neurorehabilitering.
- Lægge vægt på handlekompetence i praksis i forhold til uddannelse og udvikling, således ny viden anvendes i praksis i forbindelse med og umiddelbart efter erhvervelse af denne.
- Medvirke til at udvikle fagligheden indenfor neurorehabilitering i Region Nordjylland og på landsplan.

## Handlinger

- Etablering af uddannelses- og udviklingsfunktion, hvor egne og eksterne specialister er med til at udvikle fagligheden indenfor neurorehabilitering i RN.
  - Uddannelses- og udviklingsfunktion har til formål at samle og sikre kontinuerlige læringstilbud, så personalet styrker deres faglige viden, rolle og funktion i varetagelse af neurorehabiliteringsforløbet. Funktionen har fokus på udvikling af neurofaglige kompetencer – herunder uddannelse af eget personale, samarbejdspartnere i Region Nordjylland samt øvrige eksterne parter<sup>7</sup>.
    - Tilrettelægge intern kompetenceudvikling, der primært matcher NNs behov og pladser udbydes til kommunale samarbejdspartnere (se bilag 2).
    - Udviklingspersoner beskriver strategi for uddannelse, udvikling og forskning i NN, herunder syn på læring, implementering, samt nærmere beskrivelse af de områder, der nævnes herunder.
- Understøtte et lærings- og udviklingsmiljø, der fremmer refleksion, læring og udvikling i daglig praksis og sikrer høj grad af sammenhæng og samspil mellem patienters behov, personalets praksis, uddannelses- og udviklingsaktiviteter samt ledelse og et miljø, der kontinuerligt sikrer tværfaglig dialog om patientforløb og samarbejde.

<sup>7</sup>Studerende på grunduddannelse indtænkes ikke i uddannelses- og udviklingsfunktionen for nuværende, da de indgår i anden formaliseret uddannelsesordning, men højt fagligt niveau i neuroenheden har selvsagt betydning for uddannelsessøgendes læringsmuligheder i praksis.



- Struktur og kultur medvirker til fagprofessionelle eksperter i tværfaglighed, hvor der er plads til forskellighed og fokus på, at man lærer og udvikler gennem "uenighed"/forskellige perspektiver på en sag og hver bidrager med sine særlige kompetencer.
- Læringsmiljøet udvikles kontinuerligt med øje for samspil mellem:
  - Organisatorisk læringsmiljø<sup>8</sup>.
  - Det sociale læringsmiljø<sup>9</sup>.
  - Medarbejdernes læringsforløb<sup>10</sup>.
  - Ledelsen i afdelingen tager ansvar for at skabe rammer og rum til refleksion og læring. Ledere sikrer synlighed omkring retning for, krav til og beslutningsret i daglig praksis.
- Fremme rekruttering og fastholdelse, herunder tiltrække og fastholde erfarent personale, som kan deltage i uddannelses – og udviklingsopgaven.
  - Prioriterer rum til faglig refleksion og fordybelse og medarbejdere deltager i uddannelses- og udviklingsopgaver, samt har mulighed for ansvarsområder i særlige interesseområder.
  - Har synlig plan for kompetenceudvikling og karriereveje, samt tilbyder efter- og videreuddannelse.
- Opbygning af tværfaglig introduktionsforløb.
  - Udarbejde obligatorisk modulopdelt introduktionsforløb. Såvel tværfagligt som monofagligt (se bilag 3).
- Udarbejdelse af neurofaglige kompetenceprofiler for terapeuter og sygeplejepersonale i NN.
  - Sikre neurofaglig udvikling med afsæt i tydelige kompetenceprofiler, som anvendes som ledetråden i uddannelse, udvikling og daglig praksis.
- Udarbejde program for tværfaglig og monofaglig kompetenceudvikling – og skabe rammer og vilkår for kompetenceudvikling (se bilag 2).

---

<sup>8</sup> Indbefatter arbejdsdeling, arbejdsindhold og dispositionsmuligheder, social interaktion og mulighed for anvendelse af kompetencer

<sup>9</sup> som drejer sig om: arbejdsfællesskab omkring fælles mening med arbejdet, kulturelle fællesskaber med oplevelse af fælles identitet (normer, værdier og sprog), samt betydning af faktorer som kontrol, magt, status og solidaritet.

<sup>10</sup> Er et samspil af mange faktorer, eks personlig erfaring og erfaringer gjort i uddannelsessystem og på arbejdspladsen. Fagidentitet udvikles i interaktion mellem patienter, kollegaer og ledere (hvis knyttet til anvendelse og udvikling af faglige kompetencer, er der ofte stor interesse for læring og uddannelse indenfor det faglige felt).

# 5 Forskning

Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade, NKR SST 2020, angiver, at regionsfunktionsniveau for hospitalsbaseret hjerneskaderehabilitering varetager forsknings-, uddannelses- og udviklingsopgaver indenfor området. MTV om hjerneskaderehabilitering fastslår, at udvikling af hjerneskaderehabilitering bør ske i nær sammenhæng med forskning og monitorering af området, så der indsamles viden om selve indsatsen og dennes effekt og kvalitet, så det er muligt på sigt at opgøre omkostningseffektiviteten.

Ved RHN betragtes forskning som en væsentlig forudsætning for faglig udvikling og for udvikling af kvalitet i hospitalets ydelser, ligesom forskning er et vigtigt rekrutteringsparameter. NN har i en år-række medvirket til sundhedsteknologisk forskning i samarbejde med SMI, AAU. I 2020 er et formaliseret forskningssamarbejde i form af Center for Neuroteknologi og Rehabilitering (CNR) beskrevet.

## Vision

- Rehabiliteringsforskning ved NN har biopsykosocial og helhedsorienteret forståelse og tilgang<sup>11</sup>.
- Vægter patientnær forskning og implementering af forskningsresultater i klinisk praksis.

## Handling

- Beskrivelse af organisering for forskningsindsats ved NN, herunder relation til uddannelses- og udviklingsfunktionen v/NN, CNR og Center for Klinisk Forskning (CKF) v/RHN.
- Oprettelse af CNR (jf. vision og plan for CNR), og dermed et formaliseret samarbejde omkring udvikling og afprøvning af nye teknologier indenfor neurorehabilitering.
- Beskrivelse af strategi for uddannelse, udvikling og forskning ved NN<sup>12</sup>.
- Beskrivelse af plan for mulig forskningsindsats ved NN:
  - Neuroteknologi: Oprettelse af CNR medfører udvidelse af projektportefølje ift. forskningsprojekter på NN<sup>13</sup>.
  - Neurorehabilitering: Projekt mere træning – hvordan?<sup>14</sup>

<sup>11</sup> Som angivet i International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-modellen) og I rehabiliteringsdefinitionen (Hvidbog, WHO/Sundhedsstyrelsen og "7 principper for god rehabiliteringsforskning", Human First, RM 2020).

<sup>12</sup> Udviklingsplan NN, juni 2019.

<sup>13</sup> Aktuelt pågår brain computer interface stimulationsprojekt af armfunktion (NNB) samt udviklingsprojekt, som ser på øget træningsmængde ved robotics (NNF).

<sup>14</sup> Rammerne i dagens sundhedsvæsen er udfordrende ift. at kunne imødegå evidensen for træningsintensitet og samtidig undgå interferens med negativ indvirkning på genoptræningen. Hvordan får vi i klinisk praksis skabt mere træning, og hvordan får vi givet ejerskabet til den enkelte, eller de pårørende, da en del af træningsmængden vil foregå uden direkte ansigt til ansigtstid. Fokus er træning jf. neuroplastiske principper. Hvordan gøres dette i praksis, når målgruppen kan være præget af svær træthed, kognitive dysfunktioner og svær parese, hvor selvtræning kan være svær selv at varetage. Hvordan skabes ejerskab og motivation?

- Neurosygepleje: Aktionsforskningsprojekt, der undersøger betydningen af en ændret sygeplejefaglig tilgang mod mere neurorehabiliterende sygepleje<sup>15</sup>.
  - Neuropsykologi – projekter:
    - Brug af digital materiale/tele i kognitive træningsopgaver.
    - Hyppigheden af agiteret adfærd og korrelation til kognition.
  - Tværsektoriel forløbsorienteret forskning – hvordan sikres, at patienter bevarer funktionsniveau over tid – og hvilke indsatser understøtter dette (data fra PFP og GOP indgår).
  - Tværfagligt projekt: Udvikling af redskab til dialogbaseret evaluering af brugertilfredshed.
- 
- Ph.d. forløb med udløb i konkrete projekter i NN.
  
  - Ansætte deltids postdocs til specifikke projekter.
  
  - Data i forhold til funktionsevne gøres tilgængeligt for publicering:
    - FIM-licens erhverves.
    - Arbejde med neurorehabiliteringsdatabase Region Nordjylland genoptages.
    - Tværsektoriel dialog om ensretning af måleredskaber for funktionsevne indenfor stroke og anden erhvervet hjerneskade igangsættes<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Med afsæt i Fundamentals of Care samt Rehabiliterende sygepleje af Angel, Aadal, Kirkevold m.fl. samt udarbejdelse af kompetenceprofiler for neurosygepleje NN. Formål: At undersøge og forstå neurorehabiliterende sygeplejes betydning for at borgere i neurorehabilitering opnår et så selvstændigt, ligeværdigt og meningsfuldt liv som muligt.

<sup>16</sup> Jf. Anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne hos voksne med erhvervet hjerneskade. Anbefalinger for retningslinjer. Litteraturgennemgang 04 sep. 2020, Sundhedsstyrelsen.

# 6 Kvalitetsindikatorer

NN skal udvælge kvalitetsindikatorer, som datakilde til at synliggøre effekten og kvaliteten af ydelser i behandling, pleje og elementer i patientrehabiliteringsindsatsen. Da voksne med erhvervet hjerneskade ofte har komplekse og mangesidede problemer, er det vanskeligt at finde én kvalitetsindikator, der dækker hele spekteret.

NN anvender kvalitetsinformationer via audits på f.eks. journal, genoptræningsplan (GOP), plejeforløbsplan (PFP) og faglige emner, ligesom resultater fra landsundersøgelse for patienttilfredshed (LUP) med supplerende spørgsmål i pilotprojekt benyttes til at udpege eventuelle indsatsområder.

I Erfaringsforum Vestdanmark for hjerneskaderehabilitering er der konsensus om, at anvende Functional Independence Measure (FIM) som tværfaglig funktionsevnescore til patientkategorien. FIM er blevet benyttet i en længere årrække på NNB, men der er på nuværende tidspunkt ikke en struktureret databearbejdning. FIM er på nuværende tidspunkt ikke implementeret på NNF.

Samarbejdsmanualer NN indeholder præcise krav til indsatser i rehabiliteringsforløb, f.eks. i forhold til samtaler, der skal være afholdt i patientens forløb.

## Vision

- Benytte målbare kvalitetsindikatorer og tilgængelige kvalitetsinformationer til at evaluere og dokumentere behandlingseffekten og til at identificere eventuelle indsatsområder for udviklingsarbejde.
- Udvikle kvalitetsindikatorer, der inddrager FIM-data.
- Anvende samme vurderingsevneredskab tværsektorielt, så det er muligt at følge patientens samlede forløb.

## Handlinger

- Udvikle kvalitetsindikatorer og anvende disse, f.eks.:
  - Resultatindikator: Anvende FIM-data.
  - Procesindikator: Afholdt 1. samtale om mål og plan indenfor vedtagne tidsramme med deltagelse af relevante parter, succeskriterie skal fastsættes.
- Køb af licens til FIM, certificering af udvalgte medarbejdere og undervisning af den samlede medarbejdergruppe NN i brug af FIM.
- Digital opsætning af automatisk og struktureret dataopsamling og bearbejdning, så resultater bliver let tilgængelige.
- Arbejde henimod et tværsektorielt vurderingsredskab.
- Systematisk arbejde med øvrige kvalitetsinformationer fra audits og LUP.

# 7 Tværsektorielt samarbejde

De nationale anbefalinger beskriver hjerneskaderehabilitering som et tværsektorielt anliggende og beskriver, hvorledes organisering og koordination af rehabiliteringsforløbet bør foregå, herunder betydning af genoptræningsplan (GOP) og plejeforløbsplan (PFP) fra hospital til kommune. Desuden anbefales samarbejdsfora med deltagelse af kommuner og regioner (almen praksis efter behov), hvor der drøftes kvalitetsudvikling og planlægning af sammenhængende forløb for personer med erhvervet hjerneskade. Det tværsektorielle samarbejde styrkes ved anvendelse af fælles redskaber til vurdering af patientens funktionsevne<sup>17</sup>.

Patient- og pårørendeanalyse i MTV viser, at overgangen fra sygehus til hjem beskrives som specielt vanskelig for både personer, der har fået en hjerneskade, men også for pårørende<sup>18</sup>. Her anvises hjemmetræning som en væsentlig faglig indsats med henblik på at fremme transfer af viden og færdigheder.

NN har årelang tradition for og gode erfaringer med samarbejde tværsektorielt, både mere overordnet og i forbindelse med udskrivelse af patienten til eget hjem eller plejebolig. "Sundhedsaftalen"<sup>19</sup> danner grundlaget for samarbejdet med beskrivelse af koordination og samarbejde over sektorovergange. I Region Nordjylland afholdes netværksmøder mellem regionale institutioner på området og nordjyske kommuners hjerneskadekoordinatorer. Socialrådgiver ansat i NN har stor betydning i forhold til tværsektorielle samarbejde og deltager derfor i disse netværksmøder x 1 pr kvartal- og udviklingspersoner/ledelse deltager 1 gang årligt.

Der er i 2020 foretaget justering af tværfaglige samarbejdsmanualer i NN med tydeliggørelse af sammenhæng i overgang mellem hospital og kommune samt tidlig inddragelse i forløbet af patient, pårørende og kommune. NN har desuden deltaget i to landsdækkende projekter over 3 år med henblik på optimering af genoptræningsplaner og metoder til måling af brugertilfredshed med afsæt i Servicetjek på Hjerneskadeområdet i 2017, som netop viste udfordringer i tværsektorielt samarbejde og inddragelse af brugertilfredshed. I regi af førstnævnte projekt er udarbejdet et tværsektorielt auditanalyse redskab.

## Vision

- Det tværsektorielle samarbejde medvirker til at overgangen for patienter og pårørende fra sygehus til hjem opleves som tryk, veltilrettelagt og befordrende for den videre rehabilitering.
- Har udadgående funktion i overgang mellem NN og kommune til patienter i mere komplekse forløb.
- Har samarbejdsfora med deltagelse af kommuner og regioner (og almen praksis efter behov), som sikrer kvalitetsudvikling og planlægning af sammenhængende forløb for personer med erhvervet hjerneskade på et mere overordnet strukturelt plan.
- Udbyder og samarbejder tværsektorielt om kompetenceudvikling/kursustilbud vedrørende neurorehabiliterende forløb.

<sup>17</sup> Anbefalinger for nationale redskabet til vurdering af funktionsevne, 2020.

<sup>18</sup> MTV Hjerneskaderehabilitering - en medicinsk teknologivurdering SST 2011.

<sup>19</sup> "Samarbejdsaftale om voksne med erhvervet hjerneskade. Den tværsektorielle grundaftale. Region Nordjylland" (2017)

# Handlinger

- Tage initiativ til at etablere samarbejdsfora med deltagelse af kommuner og regioner (almen praksis efter behov), hvor der drøftes kvalitetsudvikling og planlægning af sammenhængende forløb for personer med erhvervet hjerneskade på et mere overordnet strukturelt plan, herunder implementerer "Sundhedsaftalen".
  - Revidere sygdomsspecifikke sundhedsaftale for personer med erhvervet hjerneskade i RN efter udgivelse af nye nationale retningslinjer på området.
- Tværsektoriel audit ved hjælp af nyligt udarbejdet tværsektoriel auditanalyse redskab mhp. at udvikle sammenhængende forløb med fokus på kvalitet og effekt i rehabilitering, inddragelse og livskvalitet – valg af afledte indsatsområder, eks:
  - Udviklingsprojekt, hvor målet er skærpelse af tværsektorielle samarbejde gennem større indsigt og forståelse for "den anden sektor" (workshop, temadage, udveksling af tværfagligt personale, fælles kompetenceudviklingsprogrammer mm).
  - Bedring af GOP og PFP.
  - Understøtte implementering af aftaler i sygdomsspecifikke sundhedsaftale for personer med erhvervet hjerneskade.
  - Afdække hvordan indsatser op til, under og efter overgangen mellem hospital og hjem målrettes.
- Iværksætte hjemmetræning som en fast del af patientforløbsbeskrivelsen. Skal medvirke til flydende overgang mellem hospital og kommune. Det er vigtigt, at alle patienter får samme tilbud uafhængigt af, hvor langt fra sygehuset man bor.
- Etablere uddannelses- og udviklingsafdeling ved NN (se punktet uddannelse og udvikling).

# 8

## Inddragelse af patienter og pårørende

Personer med hjerneskade kan opleve mere kontrol og mening, når de inddrages i egen rehabilitering<sup>20</sup>. Kvalitative studier, der omhandler borgerinddragelse, viser, at borgerinddragelse bl.a. øger motivation og målopnåelse, og der er dokumenteret god effekt af tæt samarbejde mellem borger og team i en multidisciplinær intervention.

At inddrage patienter og pårørende systematisk i forbindelse med udredning af funktionsevne, planlægning af forløb og målsætning indgår i anbefalingerne. Ligeledes anbefales at regioner og kommuner med fordel kan beskrive metoder til måling af brugertilfredshed og inddragelse. Desuden at pårørendes selvstændige behov imødekommes med indsatser, når det skønnes relevant. Servicetjek på hjerneskadeområdet 2017 medførte regionale og landsdækkende puljeprojekter i regi af Sundhedsstyrelsen. Dels projekt om metoder til patientinddragelse, dels udvikling af spørgeskema til systematisk måling af brugertilfredshed.

NN deltog fra 2018-2021 i disse puljeprojekter og inddrager erfaringer herfra i udvikling af tiltag til inddragelse af patienter og deres pårørende. F.eks. fortsat anvendelse af samtalestøtte (Supported Conversation Afasia: SCA) som én metode til inddragelse - samt måling af brugertilfredshed på tværs af hospital og kommuner. Desuden er resultater fra sidstnævnte anvendt til specifikke spørgsmål i LUP i pilotprojekt i NN.

NN har i Brønderslev tilbud direkte målrettet pårørende i form af afholdelse af "pårørendeaftener" en gang pr. måned, hvor der er undervisning i hjerneskade og drøftelse af de pårørendes rolle. Der afholdes omsorgssamtaler for børn som pårørende og sociale arrangementer for patient og pårørende. Patienter og pårørende får udleveret og anvender specifikt udarbejdede pjecer på NN, eks omkring hjernetræthed, usynlige handicaps, anvendelse af SCA mm.

NN har nyligt revideret tværfaglige samarbejdsmanualer og dermed videreudviklet struktur for tværfagligt samarbejde og patientforløb, med den hensigt at patientens behov, mål og præferencer danner afsæt for rehabiliteringen og involvering af patienter og pårørende optimeres igennem hele rehabiliteringsforløbet.

## Vision

- Patienter og pårørende oplever sig involverede, informerede og respekterede på en måde, som fremmer samarbejde og kvalitet i rehabiliteringsforløbet.
- Alle patienter og pårørende inddrages systematisk i forbindelse med udredning af funktionsevne, målsætning, planer og evaluering af forløbet.
- Udvikle og understøtte en organisering og kultur i NN, der fremmer inddragelse af den enkelte patient og dennes pårørende.
- Udarbejde dialogbaseret evalueringsmetode, som anvendes systematisk.

---

<sup>20</sup> Patientanalyse fra MTV. Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering SST 2011.

# Handlinger

- Kontinuerligt fælles tema om inddragelse/involvering i NN:
  - Hvordan forstår vi "inddragelse af patienter og pårørende" og hvordan kan vi optimere dette yderligere? Herunder fokus på samarbejdsrelation mellem patient(pårørende) og professionelle.
  - Refleksion over patientforløb med fokus på involvering og samarbejde.
- Projekt: Dialogbaseret evalueringsredskab til evaluering af patientforløb NN (og på sigt evaluering af det samlede patientforløb i RN).
  - Redskabet udvikles tværfagligt og i samspil med patienter og pårørende.
- Udvide undervisning: "Hjerneklasse" for patienter og pårørendeundervisning til begge matrikler NN.
- Sikre en lettilgængelig hjemmeside med beskrivelse af neurorehabilitering på NN, herunder pjecer som beskriver det enkelte afsnits tilbud og samarbejde med patient og pårørende, pjecer som beskriver særlige problematikker relateret til hjerneskade mm.



# 9 Rehabiliteringsteknologi

Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade, SST 2020, som angiver varetagelsen af hjerneskaderehabilitering på regionsfunktionsniveau forudsætter adgang til rehabiliteringsteknologier og udstyr, som kræver tilstrækkelig volumen for at kunne opnå kompetencer og erfaring i anvendelse. Evidens for betydningen af øget intensitet fremmer fokus på teknologi som løsning. Viden herom har medført succes for teknologi indenfor rehabilitering og selfmanagement. Ingen teknologi kan erstatte terapi og pleje, men rehabiliteringsteknologier kan supplere på følgende måde: Understøtte svage patienter, muliggøre højt antal repetitioner, øge træningsintensiteten uden at øge belastningen på terapeuter og pleje, tillade selvtræning for patienter som normalt ikke kan, er motiverende, udfordrende og giver feedback i real tid og så tillader teknologi interaktion på afstand.

NN har i 2020 foretaget produktafprøvning af robotassisteret armtræning. I forsknings- og projektsammenhænge deltager NN aktuelt i 2 teknologibaserede projekter; på NNB gennemføres BCI, Brain Computer Interface projekt – træning af patienter med armparese, på NNF gennemføres teknologianvendelsesprojekt med benrobotten "ROBERT".

## Vision

- Understøtte neurorehabilitering med teknologi, hvor det giver mening.
- Medvirke til udvikling af ny teknologi gennem Center for neurorehabilitering og teknologi, CNR.

## Handlinger

- Oprettelse af teknologiudvalg ved NN, opgave portefølje er bl.a.:
  - Beskrive strategi for teknologianvendelse samt strategi for fondsansøgning i forhold til teknologierhvervelse.
  - Erhvervelse af teknologi: Angår såvel lettere teknologi som tung rehabiliteringsteknologi, herunder robotteknologier<sup>21</sup>
  - Anskaffede teknologier har følgende karakteristika: Yder støtte efter princippet "assisted as needed", integrerer monitorerings systemer der giver patient og personale mulighed for at kunne følge fremskridt under og mellem træningsseancerne. Giver personalet mulighed for at tilpasse træningsintensitet og timing med større præcision (personalized medicine), øger intensitet, øger patientens motivation (feedback, gamification), letter arbejdsmiljøet for personalet. Teknologien skal medvirke til at monitorere og dokumentere indsats og udbytte, og sidst men ikke mindst skal teknologien øge patienternes mulighed for selvtræning.
- Forskning via CNR medfører at "cutting edge" neuroteknologier lettere finder vej til praktisk anvendelse hos stroke patienter i rehabiliteringsforløb ved NN.
- Organisering omkring teknologianvendelse der er karakteriseret ved udpegning af få, dedikerede personer, som ansvarlig for teknologi, lokaler og udstyr samt vejledning af kolleger, let adgang til medicoteknisk support, small scale testing som introduktion ved ny teknologi
- Indgåelse af partnerskab om udvikling og afprøvning af teknologi med virksomheder og gennem medlemskab af tech-udviklingsmiljøer i RN.

<sup>21</sup> Fra iPads til alle patienter, sikring af app adgange til kognitive træningsspil, sikring af adgang til kommunikationsteknologiske let betjente løsninger med tværsektoriel virkning, til tung rehabiliteringsteknologi som gang og armrobotter.

# 10 Rehabiliterende rammer

Studier viser, at de fysiske rammer har betydning for den rehabiliterende indsats. Et berigende fysisk miljø har således en positiv effekt på patienternes adfærd, mens for lidt stimuli fra omgivelserne gør patienterne inaktive og dermed forlænges rehabiliteringsprocessen.

De nuværende fysiske rammer i både Brønderslev og Frederikshavn bærer præg af, at det er tidligere traditionelle hospitalsafsnit. Der er behov for i større omfang at tilpasse de fysiske rammer, så de nødvendige funktioner kan varetages samtidig med, at indretning og inventar matcher patienternes behov og understøtter den rehabiliterende indsats. Der er f.eks. viden om, at lyset har en betydning for patienternes ro, søvnmønster og hormonproduktion, ligesom det har betydning for arbejdsmiljøet for personalet. Let adgang til naturen, og naturmaterialer på afsnittet har positiv betydning for patientens velbefindende. Varme vægfarver, udsmykning og kendetegn på gangene har betydning for patienternes way-finding og den generelle oplevelse af at være på afsnittet for patienter, pårørende og personalet.

Rehabiliteringsindsatsen varetages af tværfaglige teams. Der er derfor behov for faciliteter, der understøtter denne tværfaglige organisering. Det være sig kontorer, mødelokaler m.m.

Patientstuerne bør i videst muligt omfang være enestuer med eget bad og toilet og kunne indrettes hjemligt og tilpasses den enkelte patients behov. Stuerne og fællesområder bør være indrettet med rehabiliterende inventar, og der skal være adgang til relevante hjælpemidler. Grundet de ofte lange indlæggelsestider bør der også være faciliteter til pårørende.

Rehabilitering på regionsfunktionsniveau medfører en forsknings- og uddannelsesforpligtelse, men på nuværende tidspunkt er der ikke fysiske rammer der understøtter funktionerne.

## Vision

- De fysiske rammer i NN er imødekommende og målrettet patientkategorien og opgaven at rehabiliterede voksne med erhvervet hjerneskade.
- Rammerne virker stimulerende og motiverende, samt imødekommende for patienter, pårørende, samarbejdspartnere og personalet.
- Fleksible indretningsmuligheder som imødekommer den enkelte patients behov, såvel inden- som udendørs.
- Rammerne skal indbyde til træning og være tilgængelige, når patienten får lysten til at træne, dvs. let adgang til træningsfaciliteter som holdsale, træningsrum, træningskøkkener og træningsredskaber.

## Handlinger

- Rammerne skal dels tilpasses ved den forestående renovering/udbygning i Brønderslev dels gennem løbende tilpasninger i Frederikshavn – herunder etablering af træningskøkken NNF, døgnrytmebelysning begge matrikler og rammer til forskning og uddannelse.
- Nedsætte udvalg for fysiske rammer, som skal stå for:
  - Løbende indkøb af inventar og indretning samt udendørsmiljøet.

# 11 Bilag

## Bilag 1 - Specialiseringsniveauer for hospitalsbaseret hjerneskaderehabilitering

### Hovedfunktionsniveau

- Den almene tilstand er stabil.
- Lette til moderate sensomotoriske funktions-nedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. omsorg for sig selv, bevægelse og færden.
- Lette funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kommunikation, herunder dysartri og afasi, hvor der ikke er behov for samtalestøtte.
- Lette kognitive og adfærdsmæssige funktionsnedsættelser, hvor der ikke er behov for ekstra sikkerhedsmæssige foranstaltninger ift. Patientsikkerhed.
- Lette funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. ernæring, herunder dysfagi.
- Varierende plejebehov.
- Indlæggelsesvarigheden er oftest kort.

### Regionsfunktionsniveau

- Den almene tilstand er nogenlunde stabil.
- Moderate til svære sensomotoriske funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. omsorg for sig selv, bevægelse og færden.
- Moderate funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kommunikation, herunder dysartri, afasi og kognitive kommunikationsvanskeligheder, hvor der kan være behov for samtalestøtte.
- Moderate kognitive og adfærdsmæssige funktionsnedsættelser, hvor der kan være behov for sikkerhedsmæssige foranstaltninger.
- Moderate funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. ernæring, herunder dysfagi.
- Plejebehovet er moderat til betydeligt. Kan kræve 2 personer særligt ved træningssituationer.
- Indlæggelsen er af længere varighed.

### Højt specialiseret niveau

- Den almene tilstand kan være ustabil.
- Svære sensomotoriske funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. omsorg for sig selv, bevægelse og færden, som kan kræve medicinsk behandling (eksempelvis baclofen) eller højteknologisk udstyr.
- Svære funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kommunikation, herunder dysartri, afasi og kognitive kommunikationsvanskeligheder, med behov for samtalestøtte og eventuelt særlige rammer for kommunikation.
- Svære adfærdsmæssige funktionsnedsættelser, herunder agiteret adfærd og konfusion eller manglende sygdomsindsigt, med behov for sikkerhedsmæssige foranstaltninger ift. patientsikkerhed. Kræver ofte 2 personer ved træningssituationer.
- Svære funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. ernæring, herunder dysfagi.
- Svære respiratoriske problemstillinger, herunder håndtering og afvæning af trakealtube og cuffet tube.
- Plejebehovet er omfattende. Ofte to personer til grundlæggende pleje.
- Indlæggelsen er forventeligt af lang varighed.
- Der kan være behov for efterfølgende rehabilitering under indlæggelse på regionsfunktionsniveau.

# Bilag 2 - Oplæg til program for tværfaglig og monofaglig kompetenceudvikling

## Trin 1 Nybegynder/basis neurorehab. Basal forståelse for patientens behov er centralt

- Modulopdelt introprogram (se nedenfor)
- Mentorordning/makkerpar
- Tværfaglig supervisionstilbud for nyansatte NN x 5
- Sidemandoplæring (mesterlærer i moderniseret form)
- Anvisning af materiale: Litteratur, PRI-dokumenter, NN pjecer, samarbejdsmanual

## Trin 2 Videreudvikling for erfarne

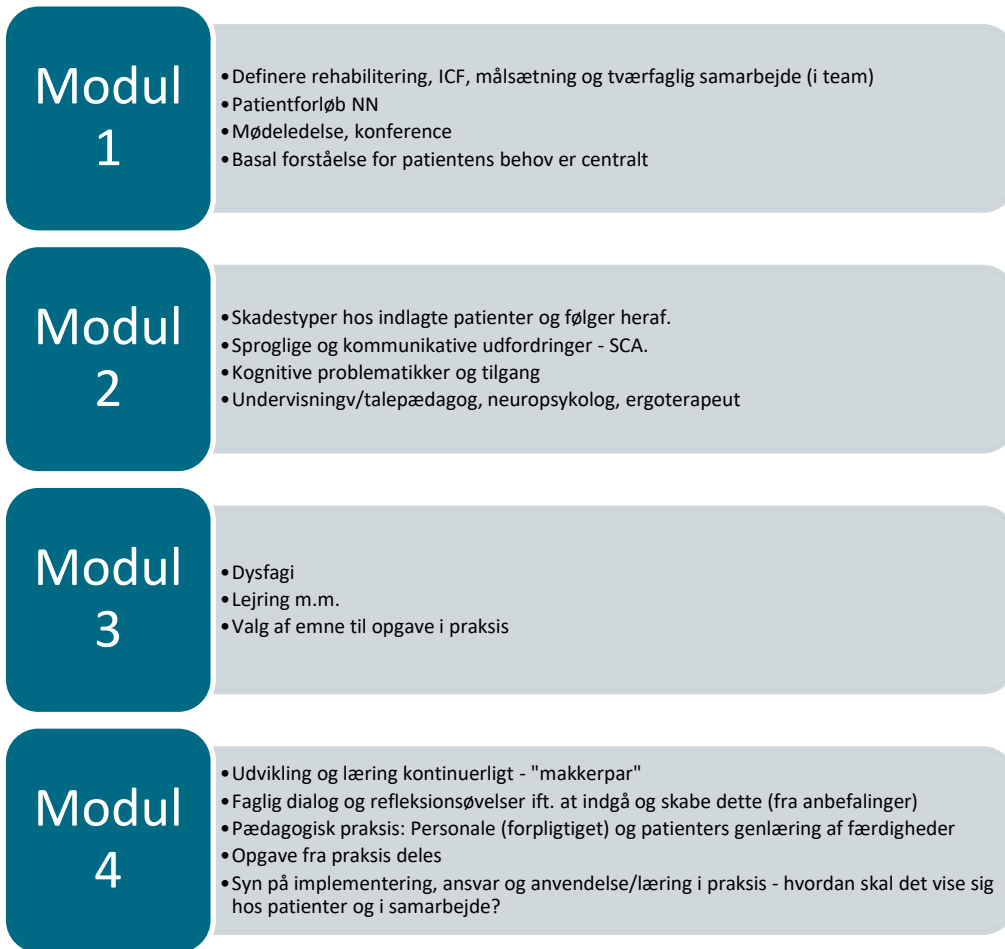
- Specialviden, praksisnær efter- og videreuddannelse
- Evidencebased upper og lower limb (terapeuter)
- Bobath basic/advanced, FOTT basic/advanced, GTIT eksternt
- Inkontinens
- Neuropædagogik - tilgang
- Diplomuddannelser
- Medvirke til udvikling af egen praksis - udviklings- og implementeringsopgaver
- Teorimoduler om implementering, læringssyn, mødeledelse, teamsamarbejde
- Svære samtaler om eksistens, krise, livstruende sygdom

## Trin 3 Meget erfarne

- Advanced kurser
- Master- og kandidatuddannelse med fokus på uddannelse ind i klinikken og formidling i egen praksis
- Fungerer som instruktør og underviser i koncepter/specifikke emner, bærer ny viden ind i egen praksis, tage ansvar, udvikling af kollegers kompetencer
- Deltager i praksisnære udviklings- og forskningsprojekter i NN

Trin 3: Relevante formaliserede uddannelser: Master i neurorehabilitering, master i rehabilitering, kandidat i fysioterapi og ergoterapi, kandidat i sygepleje, sundhedsfaglig kandidatuddannelse ved AAU, neurospecifikt modul, Bergen Neurosygepleje på specialuddannelses niveau.


# Bilag 3 - Oplæg til modulopdelt introduktionsforløb



Introduktionsforløbet i modul 1 udvikles som et projekt med deltagelse af udviklingspersoner fra uddannelse – og udviklingsfunktionerne samt erfarne praktikere fra NNB og NNF. Der afvikles et fælles refleksionsforløb over 5 gange mhp. afdække neurofaglig praksis og de behov, der ses ift. intro af nyansatte.

## Essenser og andre tilbud i regi af uddannelses- og udviklingsfunktionen:

- Tilbud til meget erfarne: De erfarne har tavsviden. Stor værdi at få denne gjort eksplicit. Både for de erfarne og de nye. Måde at skabe et "vi" på". Debat i forhold til undervisnings indhold i huset NN skaber fælles vidensbase. Erfarne, de lærer gennem at beskrive det, de godt ved – at sætte ord på.
- Uddannelses- og udviklingsfunktionen NN "drives" af nuværende udviklingspersoner – i tæt samspil med medarbejderrepræsentanter (mono – og tværfaglige møder) og ledelse NN (i regi af udviklingsrådet).
- Uddannelsesstilbud for interne og eksterne deltagere, skal være fokuseret på anvendelse i praksis.
  - Erfaringslæring, praksiskundskab og handlekompetence hos pt og i samarbejde, anvendelse af viden, fagligt skøn og situationsfornemmelse (etiske overvejelser).
  - Teori ift. udvalgte områder indenfor neurorehab – kobles med patienteksempler.
  - Svære samtale, teamsamarbejde, gensidig anerkendelse som forudsætning.
  - Understøtte fælles sprog i neurorehabilitering – supervision og udviklingsprojekter.
  - Samarbejdskompetence, udviklingskompetence og refleksiv kompetence vægtes højt.
  - Faglige spydspidser/ressourcepersoner deltager i undervisnings- og udviklingsopgaver.



Visions- og handleplan 2021-  
2025

Neuroenhed Nord

21. februar 2021



REGIONSHOSPITAL NORDJYLLAND  
– i gode hænder