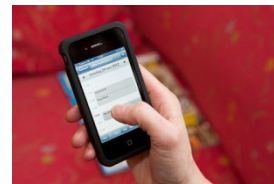




Skånes universitetssjukhus

En del av Region Skåne

VO neurologi, rehabiliteringsmedicin, minnessjukdomar och geriatrik



REHABILITERINGSPROGRAM ÖPPENVÅRD

HJÄRNSKADA

i ett senare skede

**Rehabiliteringsmedicin Mottagning hjärnskada
Orup Höör**

VE Rehabiliteringsmedicin



INNEHÅLLSFÖRTECKNING	2
INLEDNING	4
HJÄRNSKADETEAMENS MÅL, VISONER OCH IDEOLOGI	5
Målgrupp	6
Remiss	6
Kriterier för patienter som kan vara aktuella för öppenvårdsteamet	6
När insatser från öppenvårdsteamet inte är aktuella	6
VANLIGA KONSEKVENSER EFTER HJÄRNSKADA	7
Kognitiva svårigheter	7
Hjärntrötthet (fatigue)	7
Sömnsvårigheter	7
Ögon/Öron	
Motoriska svårigheter	7
Smärta	8
Depression/ångest	8
Psykosociala svårigheter	8
TEAMETS SAMMANSÄTTNING OCH ARBETSSÄTT	8
Samordnare	9
Konsulter och specialistbedömning	10
Rehabiliteringsplan	10
Rehabiliteringsinsatser	10
FLÖDET I ÖPPENVÅRDSTEAMET	11
PROGRAMMÅL FÖR ÖPPENVÅRDSTEAMET	11
Mottagning	11
Kartläggande rehabilitering	12
Individuell rehabilitering	12
Hjärnskadegrupp	12
PROCESSEN I ÖPPENVÅRDSREHABILITERING	13
UTSKRIVNINGSPLANERING	14
Avbrytande av pågående rehabilitering	14



UPPFÖLJNING	14
UTVÄRDERING OCH KVALITETSSÄKRING	14
Delaktighet	14
Nöjdhetsundersökning och utvärdering (GAS)	15
Verksamhetsrapport och databaser	15
SAMVERKAN	15
Andra vårdgivare och samhällsinstanser	15
Hjärnskadekoordinator i region Skåne	15



INLEDNING

Inom Verksamhetsområde neurologi, rehabiliteringsmedicin, minnessjukdomar och geriatrik, Skånes Universitetssjukhus, bedrivs högspecialiserad och specialiserad rehabilitering. Detta innebär att rehabiliteringen kräver särskilda resurser och är specialistledd. Rehabiliteringen sker i enlighet med utvärderade behandlingsmetoder och resultatmätning med internationellt accepterade instrument. Kompetens finns för bedömning och behandling av funktions- och aktivitetsnedsättningar efter förvärvad hjärnskada.

Verksamheten har flera ackrediterade rehabiliteringsprogram och är sedan 1996 ackrediterade enligt The Commission for the Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF). Detta innebär att verksamheten ska följa de standards som CARF har satt upp. Som standards kan nämnas det interdisciplinära teamarbetet. Personalen arbetar evidensbaserat och patienten medverkar aktivt. CARF granskar även patientens delaktighet i rehabiliteringen, kvalitetsuppföljningar samt hur sektionen ständigt arbetar med att förbättra kvalitén och utvecklas i rehabiliteringsarbetet.

Rehabilitering definieras enligt WHO som "En aktiv förändringsprocess där en person efter en skada eller sjukdom återfår full funktionsförmåga eller, om det inte är möjligt, blir medveten om sina möjligheter utifrån de fysiska, mentala och sociala resurser som personen har och därmed kan fungera optimalt i den miljö han eller hon själv valt."

Det övergripande målet med rehabiliteringen vid Rehabiliteringsmedicinska kliniken är att möjliggöra för personen att bli så aktiv och självständig som möjligt, bevara personens integritet, och få denne att uppleva att hen kan uppfylla sina mål inom familjeliv, arbetsliv och fritid. Att förhindra återinsjuknande genom hälsobefrämjande utbildning och information ingår i vår övergripande målsättning. Hälsobefrämjande åtgärder vidtas utifrån individuella behov.

Framstegen inom det neurokirurgiska omhändertagandet har lett till att flera patienter med svåra skador överlever akutskedet och följaktligen behöver fler individer vård, hjälp och stöd av kompetenta rehabiliteringsaktörer. Även lindriga hjärnskador kan ge besvärande kognitiva och psykosociala konsekvenser vilka inte alltid kan observeras i det initiala skedet. Dessa patienter kan därför behöva uppföljning och rehabilitering lång tid efter skadan.



En förvärvad hjärnskada i vuxen ålder kan bland annat uppkomma efter:

- våld mot huvudet
- blödning
- övergående stopp i blod- eller syrgastillförsel till hjärnan
- infektion
- inflammationssjukdomar
- tumör

Förvärvade hjärnskador kan leda till nedsättningar av intellektuella, emotionella eller motoriska funktioner och ofta en kombination av flera av dessa. Funktionsnedsättningarna kan i vissa fall vara så pass uttalade att personen inte klarar av att ta hand om sig själv. I andra fall är hjärnskadan lindrigare och kan efter en tids rehabilitering möjliggöra för personen att helt eller delvis återvända till sina tidigare aktiviteter.

Rehabiliteringsmedicin Hjärnskada inom verksamhetsområde neurologi, rehabiliteringsmedicin, minnessjukdomar och geriatrik, SUS, bedriver kvalificerad teambaserad rehabilitering för personer med förvärvad hjärnskada inom både sluten- och öppenvård.

HJÄRNSKADETEAMETS MÅL, VISIONER OCH IDEOLOGI

Teamet arbetar för att personen och dennes anhöriga ska få kunskap och insikt om sjukdomen/skadan och dess konsekvenser för att bli medveten om möjligheterna utifrån funktionshindret. Arbete inriktas också för att få patienter att prova ut passande kompensatoriska strategier och träna upp funktionsförmågor (så som tolerans för ljud/ljus, visuellt stimuli) där det är möjligt.

Vår vision är att erbjuda ett nationellt ledande rehabiliteringsprogram, där vi vidareutvecklar strategier och modeller utifrån våra egna och andras erfarenheter för att den enskilda personen ska uppnå bästa möjliga resultat.

Teamet arbetar utifrån en holistisk människosyn där vi eftersträvar att på ett etiskt sätt förena den yrkesmässiga kunskapen med respekten för de berördas rättigheter och önskemål. Rehabiliteringsmedicin arbetar för att medarbetarna ska uppleva en god arbetsmiljö och att vara en attraktiv arbetsplats med utvecklingsmöjligheter. Vi arbetar ständigt med förbättringsarbeten inom både rehabiliteringsprocess och arbetsmiljö.



Målgrupp

Öppenvårdsteamets målgrupp är personer med förvärvade hjärnskador i första hand i arbetsför ålder i ett senare skede efter skadan/insjuknandet. Även patienter i subakut skede kan vara aktuella för rehabiliteringen. Patienterna har ofta provat att återuppta ett aktivt vardagsliv i hemmet, eventuellt arbete/studier och upplever svårigheter med dessa vardagliga aktiviteter.

Funktionsnedsättningar kan vara kognitiva, beteendemässiga, sensoriska (t ex smärta, ljud-, ljus- och stresskänslighet) och psykosociala begränsningar. Mental trötthet är mycket vanligt förekommande och påverkar många aspekter av patientens liv. Även fysiska funktionsnedsättningar som exempelvis påverkan på ögonmotorik samt yrsel- och balansproblematik kan förekomma. Patienterna kan också ha svårt att träna på samma nivå som tidigare.

Remiss

Patienterna kan komma till teamet via remiss från primärvården eller andra enheter inom sjukvården. Patienten kan även söka själv genom att skicka en egen vårdbegäran. Upptagningsområdet är hela Södra sjukvårdsregionen men även remisser från andra delar av landet kan vara aktuella enligt principen om fritt våldsökande.

Kriterier för patienter som kan vara aktuella för öppenvårdsteamet

- Välgrundad misstanke om förvärvad hjärnskada
- Ålder > 18 år
- Sen postakut eller kronisk fas efter hjärnskadan
- Medicinskt färdigutredd avseende orsaken till hjärnskadan
- Eget ordinärt boende med eller utan assistans
- Ha målsättning att uppnå och/eller bibehålla någon form av arbete, utbildning och/eller utförande av aktiviteter i eller utanför hemmet

När insatser från öppenvårdsteamet inte är aktuella

- Tillstånd med förväntad uttalad spontan förbättring
- Progredierande tillstånd som tex neurologisk sjukdom inklusive demens, malign hjärntumör och andra somatiska eller psykiatriska sjukdomar
- Signifikant komorbiditet
- Tillstånd där det saknas arbetsmetoder för att bedriva framgångsrik öppenvårdsneurorehabilitering och/eller där andra rehabiliteringsprocesser har högre prioritet
 - Uttalad bristande insikt
 - Saknar förutsättningar att kunna reflektera kring rehabiliteringsprocessen



- Saknar motivation till förändring
- Pågående missbruk
- Svår psykisk sjukdom
- Då det i samråd med patienten bedömts att fortsatta rehabiliteringsinsatser inte är relevanta

VANLIGA KONSEKVENSER EFTER HJÄRNSKADA

Kognitiva svårigheter

Gemensamt för alla patienter är att de beskriver att de har varierande grad av kognitiva svårigheter. Detta kan visa sig i mental förlångsamning, nedsatt simultanförmåga, minnes- och koncentrationssvårigheter, bristande uppmärksamhet, svårigheter att planera och strukturera, spatiala problem och känslighet för stimulerika miljöer. Stresskänslighet är vanligt förekommande. Stressen kan bidra till upplevelse av funktionsavvikelser och även bidra till utveckling av kognitiva nedsättningar. Alla dessa faktorer påverkar möjligheterna att lösa vardagliga problem.

Hjärntrötthet (fatigue)

En mycket vanlig konsekvens är en kraftigt nedsatt energitillgång (hjärntrötthet) vilket begränsar patienterna i alla områden i livet. Den påverkar alla andra svårigheter negativt. Energin tar snabbt slut och det krävs tid för vila och återhämtning. Hjärntröttheten är svår att förstå och förklara.

Sömnsvårigheter

De flesta patienter beskriver ett förändrat sömnmönster. De beskriver problem med insomningen, frekventa nattliga uppvaknande, oförmåga att somna om och att störd sömn påverkar alla aspekter av deras förmåga att hantera vardagen.

Ögon/Öron

Ljus- och ljudkänslighet är vanligt förekommande för dessa patienter. De kan besväras av tinnitus och/eller ha synpåverkan som försvårar vardagliga aktiviteter.

Motoriska svårigheter

Motoriska svårigheter finns i varierande omfattning i patientgruppen. Det kan till exempel visa sig som yrsel/balanssvårigheter, nedsatt styrka och nedsatt fysisk uthållighet. En del patienter upplever svårigheter med att samordna rörelser och kan därför ha svårt att medverka i fysisk träning som innan. Miljön kan också påverka vilket exempelvis kan visa sig i ökade svårigheter att promenera i en stökig miljö, exempelvis i stadsmiljö.



Smärta

Smärta är vanligt förekommande och kan till exempel vara huvudvärk och/eller andra smärttillstånd. De kognitiva förmågorna påverkas negativt av smärta och det är därför viktigt att försöka behandla den på något sätt.

Depression/ångest

Den förändrade livssituationen och förändrad syn på sina förmågor att bemöta livsutmaningar, vardagsproblem och arbetskrav medför ökad oro och depressiva besvär. Efter en traumatisk hjärnskada kan upplevelsen av traumat eller den direkta krisen därefter förorsaka posttraumatiskt stressymtom. Både ångest och depression medför kognitiva och exekutiva sänkningar.

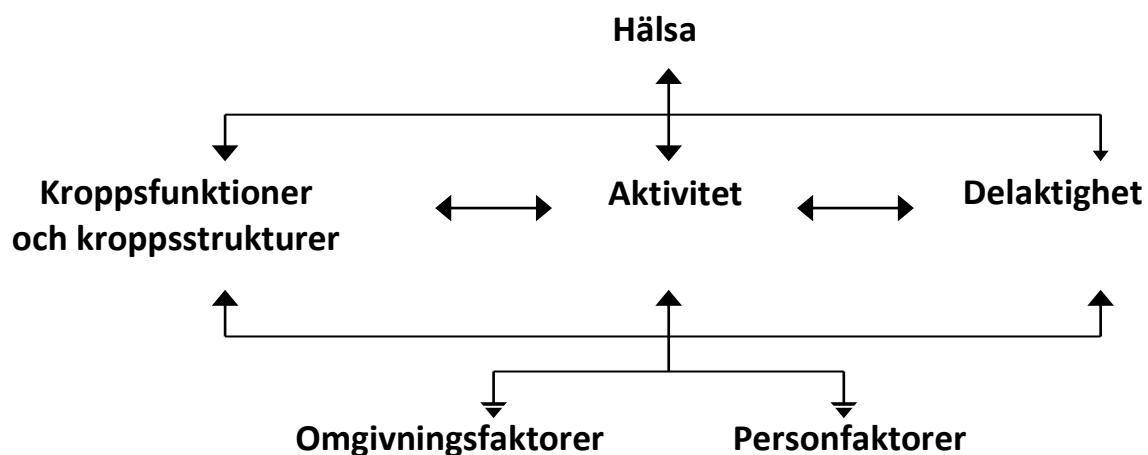
Psykosociala svårigheter

Hjärntrötthet, stresskänslighet och andra kognitiva nedsättningar påverkar förmågan till relationer och deltagande i sociala sammanhang. Nedsatt impuls kontroll och ökad irritabilitet kan förekomma. Denna problematik kan upplevas som besvärande av personen själv och kan på sikt försvåra samspelet med andra människor och medföra problem i vardagen. Olika typer av förändringar och svårigheter i det sexuella samlivet är en vanligt förekommande följd av en hjärnskada. Patienten kan vid behov remitteras till sexolog.

TEAMETS SAMMANSÄTTNING OCH ARBETSSÄTT

Hjärnskadeteamet arbetar med rehabilitering utifrån WHO:s Klassifikation av funktions-tillstånd och funktionshinder (ICF), som beskriver hälsa utifrån två områden; *kroppsfunktioner och kroppsstrukturer* samt *aktivitet och delaktighet*. Begreppen definieras på följande sätt:

- 1) *Kroppsfunktioner* är kroppssystemens fysiologiska funktioner inklusive psykologiska funktioner. *Kroppsstrukturer* är anatomiska delar av kroppen så som organ, lemmar och deras komponenter
- 2) *Aktivitet* är en persons genomförande av en uppgift eller handling och *Delaktighet* är en persons engagemang i en livssituation



Figur 1. WHO:s international Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). (2002) (Klassifikation av funktionstillstånd och funktionshinder)

Teamet har ett interdisciplinärt arbetssätt. Det innebär att teamet utifrån patientens behov och förväntningar har gemensamma målsättningar av övergripande natur. Teamet är en dynamisk grupp, där graden av insatser kan förändras under rehabiliteringsperiodens gång. I teamet ingår patient, arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator, läkare och neuropsykolog. Vid behov finns även tillgång till logoped, sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapiassistent och fritidsassistent.

Samordnare

Inför inskrivning i kartläggande rehabilitering utses en samordnare. Huvuduppgiften för samordnaren är att stötta patienten med att vara delaktig i planering och utvärdering av sin rehabilitering. Samordnarens arbetsuppgifter räknas som en viktig del i rehabiliteringen.

Arbetsuppgifterna består i att:

- stödja patienten att sätta mål för sin rehabilitering
- stödja patienten att förstå rehabiliteringsplanen
- förbereda patienten inför rehabiliteringsplanering och andra möten
- vid behov sammanställa kort skriftlig information till patienten
- vid behov fungera som bisittare till patienten vid de möten där patienten själv medverkar

De kognitiva brister som är vanliga hos patienter med hjärnskada gör att samordning av arbetet inom teamet är av största vikt. Varje teammedlem stödjer patienten att integrera den kognitiva rehabiliteringen i samtliga aktiviteter och att tillämpa kompensatoriska strategier i varierande situationer.



Konsulter och specialistbedömning

Verksamheten tillhör Skånes Universitetssjukhus. Detta innebär att kliniken har tillgång till Universitetssjukhusets samtliga verksamhetsområden och kan konsultera deras specialister vid behov.

Rehabiliteringsplan

För alla patienter upprättas en individuell rehabiliteringsplan. Inför rehabiliteringsplaneringen får patienten med stöttning av samordnaren fylla i dokumentet *Underlag för rehabplan*. Här får patienten möjlighet att reflektera över både vilka svårigheter och resurser hen har efter sin skada/sjukdom och formulera förväntningar på vad rehabiliteringen ska leda till. Tillsammans med patienten upprättas därefter en skriftlig rehabiliteringsplan som beskriver patientens egna förväntningar och de mål som är möjliga att uppnå under rehabiliteringsperioden. Delmålen skrivs utifrån ovan beskrivna ICF domänerna *Aktivitet och delaktighet* samt *Omgivningsfaktorer* (SoS, 2003). Rehabiliteringsperiodens längd bestäms utifrån de individuella mål som sätts med patienten. Rehabiliteringsplanen är ett levande dokument som i samverkan med team/patient synliggör rehabiliteringsprocessen. I samband med patientens utskrivning dokumenteras fortsatt planering under rubriken "Min rehabprocess" i rehabiliteringsplanen.

Rehabiliteringsinsatser

Rehabiliteringsinsatserna baseras på evidensbaserade metoder, är individuellt anpassade och kan ske både individuellt och i grupp. Rehabiliteringsarbetet delas upp i fyra delar:

elimination, compensation, träning och coping.

Elimination innebär att undanröja ett medicinskt problem eller att minimera konsekvensen av problemet.

Kompensation innebär en anpassning till en funktionsnedsättning eller aktivitetsbegränsning. Detta kan ske genom att lära in ett nytt sätt att utföra en aktivitet och/eller användande av teknikstöd/hjälpmedel.

Träning genomförs i syfte att förbättra aktivitet och delaktighet till exempel genom att träna i en specifik aktivitet eller funktion.

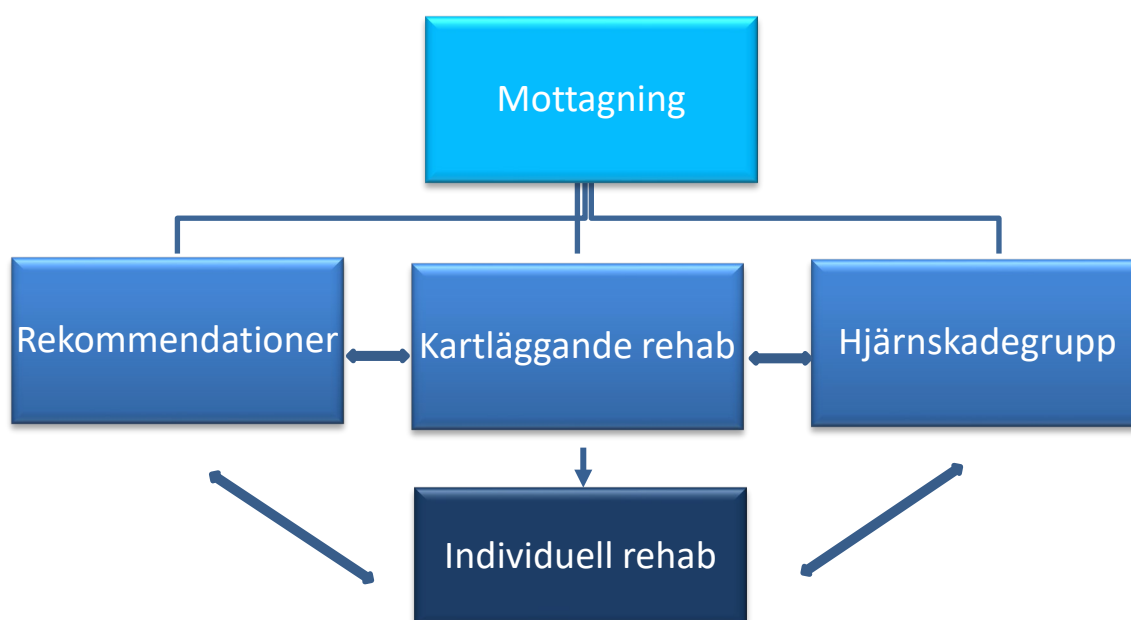
Coping är ett viktigt begrepp i detta sammanhang. Detta innebär att psykologiskt kunna hantera de förändringar som är nödvändiga och att finna strategier att klara av sin nya livssituation.

Farmakologisk behandling kan integreras med den övriga rehabiliteringen för att optimera slutresultatet. Behandlingen utvärderas kontinuerligt och omprövas under hela rehabiliteringsperioden. I flera fall kan medicinen sättas ut efter en tids behandling, medan den i andra fall behöver fortgå även efter utskrivningen.

I praktiken integreras alla delarna och genomförs i samverkan mellan patienten och olika teammedlemmar utifrån det interdisciplinära arbetssättet. Målsättningen är att uppnå ökad aktivitet och delaktighet enligt patientens förväntningar, genom förändringar av: Nedsättningar i kroppsfunction, begränsningar i aktivitet och inskränkningar i delaktighet.

Vi erbjuder anhöriga möjlighet till information, stöd och deltagande i patientens rehabiliteringsprocess. Även barn och ungdomar i nätverket kring patienten erbjuds samma möjligheter.

FLÖDET I ÖPPENVÅRDSTEAMET



PROGRAMMÅL FÖR ÖPPENVÅRDSTEAMET

Mottagning

Målsättningen med mottagningsbesöket är att bedöma behovet av högspecialiserad hjärnskaderehabilitering. Under mottagningsbesöket träffar patienten två teammedlemmar för en första kartläggning av patientens funktionsnedsättningar. Teamet ger förklaringsmodeller till patientens nedsättningar samt förslag på lämpliga rehabiliterande insatser. Dessa insatser kan vara rekommendationer till patient eller inremitterande och/eller fortsatt kontakt med teamet, se flödesmodell. I vissa fall följs patientens arbete med rekommendationer via uppföljande besök.



Kartläggande rehabilitering

Den kartläggande rehabiliteringen innebär att patienten har kontakt med teamet två-tre dagar i veckan under tre veckor. Teamets bedömning sammanfattas i en rehabiliteringsplan som utarbetas i samråd med patienten. Efter avslutad kartläggning bjuds patienten samt anhöriga in till ett informationsmöte. Under detta möte delges det som framkommit vid kartläggningen och vilka rekommendationer som teamet föreslår. Kartläggningen kan resultera i rekommendationer som ibland följs upp av teamet eller annan vårdgivare, individuell rehabilitering eller hjärnskadegrupp (se flödesmodell).

Individuell rehabilitering

Målsättningen med rehabiliteringen är att ge patienten kunskap och insikt om sin hjärnskada och lära sig anpassa vardagen efter sina nuvarande förutsättningar. Där det är möjligt erbjuds patienter tekniker/strategier för att träna upp funktionsförmågor (till exempel minska ljus/ljudkänslighet, arbeta med synmotorisk rehabilitering, öka aktivitetstolerans). Vid sömnsvårigheter erbjuds möjlighet till kort KBT-insats. Patienten ska också få möjlighet att lära sig och tillämpa aktivitetsbalans. Under rehabiliteringen ska patienten få information om och träning i att använda lämpliga strategier i vardagen såsom planering, pauser och teknikstöd. Rehabiliteringen ska även bidra till att patienten upplever sin livssituation mer tillfredsställande.

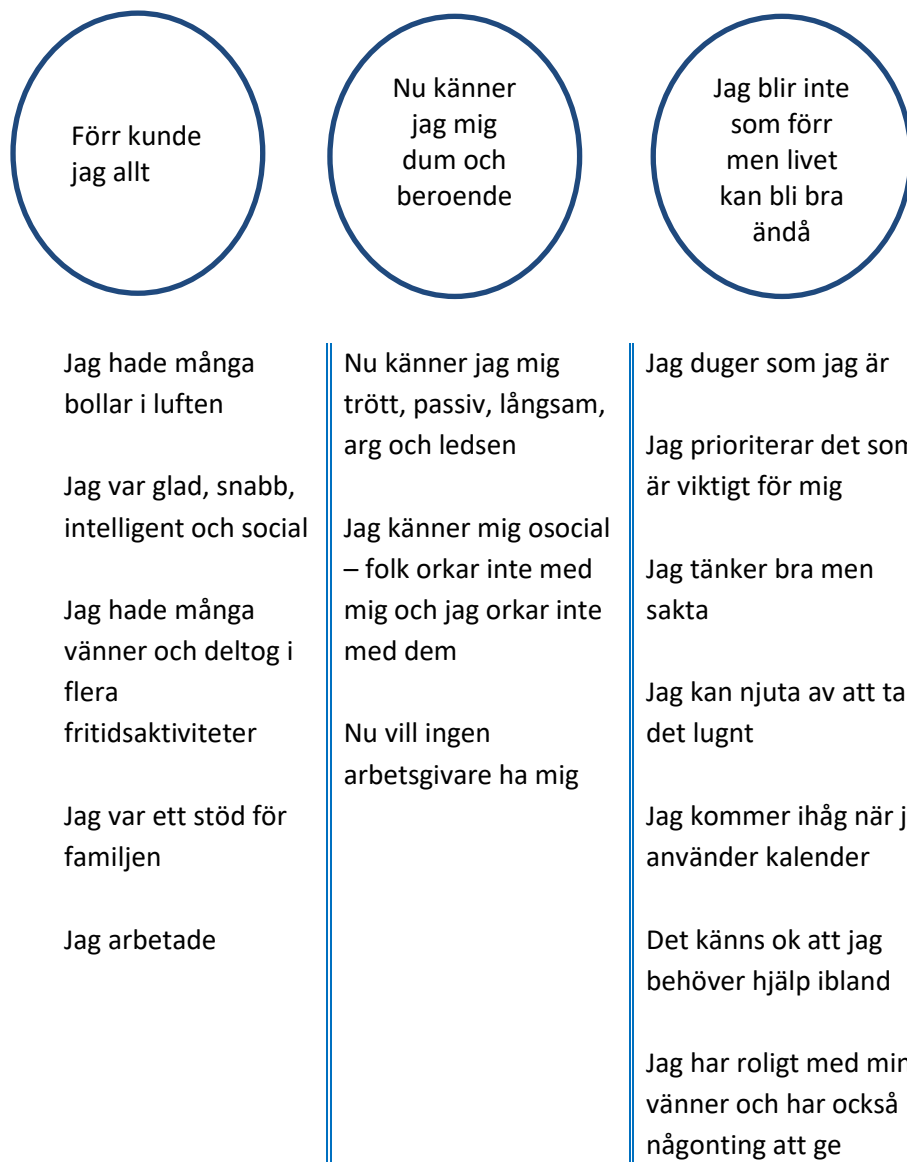
Hjärnskadegrupp

Hjärnskadegruppen är ett 10 veckors grupprehabiliteringsprogram med 6-10 patienter där syftet är att ge deltagarna ökad kunskap om kognitiva begränsningar och dess konsekvenser i vardagen, att få kunskap om strategier och hantering av konsekvenser samt möjlighet att träffa andra med liknande svårigheter. Vid varje tillfälle varvas föreläsningar med gruppsamtal om egna reflektioner. I samband med varje tillfälle delas en hemuppgift ut som följs upp efterföljande tillfälle.



PROCESSEN I ÖPPENVÅRDSREHABILITERING

Rehabilitering är både en intellektuell och känslomässig process som innebär en för patienten förändrad självbild. Processen för patienten beskrivs i bilden nedan.



Patienterna beskriver både sorg, hopp och ilska över nya livssituationen. I denna bearbetning finns behov av samtalsstöd och att träffa andra personer i liknande situation. De behöver också vägledning om hur skadan/sjukdomen påverkar dem och hur de kan hantera den nya situationen. Patienterna behöver få en ökad kunskap samt lära sig att använda lämpliga strategier så som aktivitetsbalans och planering samt hur teknikstöd kan underlätta i vardagen. Avgörande för framgång i rehabiliteringen är att förändring förankras i det vardagliga livet. Rehabilitering på kliniken varvas därför med perioder i hemmet då nya kunskaper/strategier prövas och utvärderas.



UTSKRIVNINGSPLANERING

Kartläggande rehabilitering, individuell rehabilitering samt grupprehabiliteringen är tidsbestämda där de mål som sätts upp förväntas kunna uppnås inom ramen för rehabiliteringsperioden. I patientens rehabiliteringsplan görs alltid en skriftlig utskrivningsplan där fortsatta insatser finns beskrivna. Teamet samverkar vid behov med omgivningsaktörer så som Försäkringskassa, Arbetsförmedling, arbetsgivare, specialistsjukvård samt primärvård och kommun.

Avbrytande av pågående rehabilitering

På deltagarens egen begäran:

All behandling är frivillig. Innan deltagaren skrivs ut är det av största vikt att utreda orsaken till patientens önskan om utskrivning.

På rehabiliteringsteamets begäran:

Deltagaren kan mot sin vilja skrivas ut vid följande omständigheter;

- Signifikant fysisk eller somatisk komorbiditet som har högre medicinsk prioritet än hjärnskaderehabiliteringen
- Patienten klarar inte att delta aktivt i utformningen eller genomförandet av den individuella rehabiliteringsplanen

Vid utskrivning på grund av avbruten rehabilitering och om patienten så önskar, förankras patienten medicinskt på lämplig vårdnivå och i förekommande fall undersöks möjlighet till andra rehabiliteringsinsatser.

UPPFÖLJNING

För alla patienter görs en individuell planering för uppföljning. Rehabiliteringspatienterna följs alltid upp i SveReh via brev 12 månader efter avslutad rehabilitering. Teamet delges resultatet på gruppnivå, men ej individnivå.

UTVÄRDERING OCH KVALITETSSÄKRING

Varje yrkeskategori utvärderar patientens framsteg. Utöver detta används dessa instrument för utvärdering och uppföljning gemensamt av teamet:

Delaktighet

LiSat avseende Livstillfredsställelse, EQ5D samt HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) registreras vid inskrivning för samtliga patienter. De patienter som genomgått individuell rehabilitering och/eller grupprehabilitering fyller även i självskattningsinstrumenten i samband med utskrivning.



Nöjdskattning och utvärdering (goal attainment scale=GAS)

Görs av samtliga patienter vid utskrivning samt vid 1 års uppföljning.

Verksamhetsrapport och databaser

Hjärnskadeteamet har ett fortgående kvalitetsutvecklingsarbete. Verksamhetsrapport för föregående år utformas och är en sammanställning av mått avseende demografi, process och utfall. Utfallet innehåller parametrar avseende funktion, aktivitet, delaktighet, patienttillfredsställelse och intensitet. Verksamhetsrapportens syfte är att beskriva och kontinuerligt följa verksamhetsutfallet.

Sedan 2008 är teamet, liksom flera team inom verksamhetsområde rehabiliteringsmedicin, anslutet till SveReh Sverige. SveReh är ett nationellt kvalitetsregister som ägs av Svensk Förening för Rehabiliteringsmedicin (SFRM) och stöds av Socialstyrelsen. Syftet är bland annat att kunna följa effekter av insatt rehabilitering och att kunna utvärdera den enskilde patienten jämfört med andra patienter på samma enhet eller med andra patienter med liknande problem i landet. All data avidentifieras, medverkan i registren är frivillig och patienten får både muntlig och skriftlig information om SveReh. Patienten har rätt att avstå deltagande genom att meddela sin samordnare för rehabiliteringen, läkare eller enhetschef. Vid missnöje/brister som framkommer i enkäten åtgärdas dessa, om möjligt, direkt.

SAMVERKAN

Andra vårdgivare och samhällsinstanser

Teamet samverkar vid behov med andra vårdgivare och/eller samhällsinstanser som exempelvis primärvård, mobila hjärnskadeteamet inom vår egen organisation, Försäkringskassa och Arbetsförmedling.

Hjärnskadekoordinator i Region Skåne

Öppenvårdsteamet har vid behov samarbete med Hjärnskadekoordinator anställd inom Region Skåne. Målgruppen är personer mellan 18 och 65 år som har fått en hjärnskada på grund av sjukdom eller genom olycka efter 16 års ålder. Hjärnskadekoordinatorn är en resursperson som kan vara en kontinuerlig kontakt och stöd för skadade och deras anhöriga genom akut- och rehabiliteringsförloppet. Hen kan hjälpa till i kontakter med läkare, andra vårdgivare och myndigheter, informera om rehabiliteringsmöjligheter, boende, fritid och övrig samhällsservice samt ge allmänna råd kring konsekvenser av hjärnskada. Insatserna är kostnadsfria.