

# Unicare Steffensrud AS

## Beskrivelse av delytelse A

*Delytelse A1.1: Brudd og slitasjeskader i skjelett, unge voksne 18-30 år, voksne over 30 år, individuelt tilpassede tilbud - dagtilbud*

<b>Målgruppe/ pasientgruppe</b>	<p><i>a) Diagnosegruppe/tilstand</i> Brudd- og slitasjeskader i skjelett, f.eks. slitasjeskader i hofte- eller kneledd, ulike frakturer, operasjoner i rygg, osteoporose, bekkenløsning, hofte-/kneprotese og multitraume m.v.</p> <p><i>b) Livsfase/aldersgruppe</i> Unge voksne 18-30 år og voksne over 30 år. Ulike livs- og sykdomsfaser gir ulike utfordringer til den enkelte pasient. For mange er rehabiliteringstilbudet en del av veien mot å opprettholde eller komme tilbake til et yrkesliv. Noen av pasientene er i en situasjon der det er usikkert om operasjon er nødvendig og riktig, og der et intensivt rehabiliteringsprogram på dagtid er hensiktsmessig å forsøke først. Andre pasienter har en usikker diagnose, med uavklart smerteårsak. Et rehabiliteringstilbud blir gjennomført for å kartlegge pasientens sykdomsbilde.</p> <p><i>c) Når i sykdoms-/rehabiliteringsforløpet</i> Noen pasienter kommer rett fra helseforetak etter operasjon, og der det er mer hensiktsmessig med en oppfølging på dagtid enn som døgntilbud. Andre pasienter er henvist fra fastlege eller spesialist. Disse pasientene henvises enten pga. komplikasjon eller forverring av kjente tilstander eller fordi de trenger vedlikeholdsbehandling av kronisk lidelse (f.eks. artrose og osteoporose).</p> <p><i>d) Hjelpebehov/funksjonsnivå</i> Pasientens behov for assistanse/ tilrettelegging blir kartlagt i et eget funksjonsvurderingsskjema. Der det er spesielle avklaringer som må gjøres, tas det direkte telefonkontakt med pasient/ pårørende/relevant hjelpeapparat. Av og til vil det være hensiktsmessig at pasienten har med seg ledsager/BPA. Dette avklares i forkant ved behandling av søknad, og forventningsavklaringer på hvem som gjør hva avklares. Vi er opptatt av at pasientene så raskt som mulig skal kunne overflyttes fra sykehus og til oss. Vi tar imot pasienter med ulike hjelpebehov, både fysiske og kognitive. Den enkeltes rehabiliteringspotensiale er en viktig del av kartleggingen i forkant av et tilbud.</p>
<b>Ytelsen leveres som</b>	<p><i>a) Døgn/dag</i> Dag</p> <p><i>b) Individuelt/gruppebasert</i> Individuelt</p>

<p><b>Kortfattet beskrivelse av ytelsen/tilbudet til målgruppen</b></p>	<p><b>Mål:</b> Formålet med rehabiliteringen er å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet etter sykdom eller skade. Dette kan oppnås ved at pasientene lærer å mestre sin situasjon ut ifra sine forutsetninger. Brukerne med brudd, traumer og/eller slitasjeskader i skjelett vil ha ulike utfordringer og ulike mål. For mange vil det kreve en endringsprosess å forholde seg til en ny situasjon. Målarbeidet kan involvere gjenvinning av funksjon, motivasjon, bedret selvbilde og opplevelse av mestring. Alt målarbeid tar utgangspunkt i at det er pasientens egne mål som er av betydning.</p> <p>Fagteamet har kompetanse på rehabilitering med arbeid og utdanning som mål, og dette blir vektlagt i rehabiliteringsprosessen. Underveis i oppholdet kartlegges nåværende arbeidsforhold, evt. kontakt med og oppfølging av arbeidsgiver, veiledningssamtaler, undervisning og tilrettelegging av arbeidssituasjonen.</p> <p><b>Tilbud:</b> <i>a) Delytelsens metode og struktur</i> Hvilke behandlingsmetoder som velges er avhengig av brukerens problemstillinger. Kartlegging fra de ulike faggruppene er grunnlaget for valg av behandlingsmetoder. For denne målgruppen er det fokus på aktiv og funksjonell tilnærming. Utgangspunktet i all tilnærming er metoder som styrker brukernes egne ressurser og muligheter. Dette for å bedre funksjonsevne slik at brukeren kommer raskt tilbake til sitt normale funksjonsnivå i hjem, arbeid og/eller skole. Rehabiliteringsprogrammets innhold består av ulike elementer som settes sammen ut ifra brukers behov og resultater fremkommet i kartleggingen. I dagtilbudet kan tiltakene foregå både individuelt og i gruppe, og som tilrettelagt egentrening. Tiltak kan for eksempel være:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Funksjonsfremmende trening for å normalisere/forbedre bevegelses- og funksjonsavvik.</li> <li>- Gangtrening/korrigerende. Trappetrening.</li> <li>- Trening og utprøving i bruk av aktuelle hjelpemidler.</li> <li>- Oppmerksomhetstrening, bevisstgjøring og avspenning.</li> <li>- Kondisjonstrening i form av for eksempel sykling ute/inne, turgåing med og uten staver, tredemølle, ski/truger om vinteren, ro ute/inne, svømming m.m.</li> <li>- Styrketrening med og uten apparater med overføringsverdi til hverdagen.</li> <li>- Andre treningsvarianter for å bedre bevegelse, balanse, koordinasjon og bevegelsesmønstre.</li> <li>- Mestrings- og motivasjonsarbeid gjennom treningsglede og meningsfylte aktiviteter.</li> <li>- Friluftaktiviteter som for eksempel lavvotur, fiske, klatring m.m.</li> <li>- Horisontaltrening, hvile og energiøkonomisering/aktivitetsregulering.</li> </ul> <p>En del av tiltakene gjennomføres som gruppetiltak. Av gruppetreninger kan nevnes bassenggrupper med ulik intensitet og fokus, ulike balansegrupper, BOSU, stabilitetstrening på terapiball, styrketrening på matte og/eller sirkeltrening på apparater, vannaerobic, intervalltrening i ulike variasjoner,</p>

egne grupper for nyopererte hofte-/kne m.m.

Vårt rehabiliteringsmiljø ute og inne gir mange muligheter for aktivitetsutprøving, egentrening og veiledet trening. Alle brukere får et egentreningsprogram. Det er godt tilrettelagt for egentrening.

#### *b) Ernæring og kosthold*

Kosthold tas alltid opp som et eget punkt i kartleggingen da vi av erfaring ser at dette har stor betydning for mange pasienter. Bevissthet om livsstil og konsekvenser av dette kan være motiverende for nødvendig endring. Vår tverrfaglige kartlegging innebærer alltid en konkret kartlegging av kostholdsvaner. Det dreier seg om ikke bare hva en spiser, men når og hvordan. Opplæring og oppfølging av kostholdet, er en del av programmet. Det er utarbeidet egne pasientveiledere for spesialkost.

#### *c) Resultat og brukererfaringer*

Vi bruker ulike måleverktøy for å kartlegge funksjon og dokumentere resultater. Testresultatene kan gi grunnlag for valg av intervensjon. Retesting gjør at fremgang kan dokumenteres. Måleverktøyene skal vise endring i funksjon, mestring og deltakelse perspektivet. For vurdering og registrering av funksjon ved oppstart og avslutning av forløpet tar vi utgangspunkt i ICF. Det gir et godt utgangspunkt for behovsanalyser, planlegging av målrettede tiltak i forhold til funksjon og arbeid, for rehabiliteringen og for evaluering av tiltakenes effekt.

Institusjonen har egen prosedyre for brukertilfredshetsundersøkelse og for systematisk oppfølging av denne. Ved avslutning av rehabiliteringsprogrammet svarer brukerne ved Steffensrud på spørsmål vedrørende brukertilfredshet. Undersøkelsen er nasjonal og utarbeidet av Kunnskapssenteret. I tillegg til brukererfaringundersøkelsen, kan bruker også gi muntlige tilbakemeldinger til det tverrfaglige teamet. Her kan pårørende delta og komme med sine innspill om bruker ønsker det.

#### *d) Bemanning (for dagopphold)*

Den tverrfaglige bemanningen som er tilgjengelig for denne ytelsen: Legespesialister/leger, Sykepleiere, Fysioterapeuter, Ergoterapeuter, Sosionom, Idrettspedagoger/treningsveil. og ernæringsfysiolog (2 dager i uka)

#### *e) Samarbeid/samhandling med andre aktører forut for inntak, under og etter forløpet samt ambulant virksomhet:*

Vår visjon er å være «En medspiller på veien til bedre helse og aktivt liv». Først og fremst gjennom et aktivt samarbeid med bruker. Det skjer gjennom ansvarliggjøring og motivasjon til aktiv deltakelse i egen rehabiliteringsprosess. Vi vil også være en medspiller overfor samfunnet gjennom å bidra til effektiv og målrettet bruk av ressurser.

Kommunikasjonslinjene i rehabiliteringsprosessen er avgjørende for ressursbruk på ulike nivå og for smidigheten i hele prosessen vår. Samarbeid skjer gjennom utveksling av informasjon, kunnskap og oppklaring av eventuelle utydigheter. Behov for samarbeid kan være tydelig allerede ved innsøking, eller det kan tre fram utover i prosessen.

Våre gode resultater avhenger av samarbeid med brukers fastlege og evt. andre behandlere, institusjoner, etater eller lignende.

All kontakt avhenger av at brukeren tillater dette.

	<p>Overgangene og overføringene mellom nivåer og instanser er kritisk i en brukers rehabiliteringsprosess. Hvordan vi kommuniserer og samarbeider med samarbeidspartnere er derfor avgjørende for kontinuitet og resultat for brukeren. Steffensrud kjenner godt til utfordringen i overføringene. Vi er kjent med vår undervisningsplikt overfor førstelinjetjenesten, og sørger for at nødvendig kunnskapsoverføring skjer.</p> <p>Oppholdet på Steffensrud er ledd i en lengre prosess. Allerede i en tverrfaglig startsamtale tematiserer vi kontinuiteten i prosessen videre og tar kontakt med instansen som skal fortsette prosessen sammen med brukeren. Det kan også være hensiktsmessig å opprette kontakt med fagpersoner brukeren har samarbeidet med før innleggelsen. Individuell Plan etterspørres alltid og startes dersom brukeren har rett på dette og ønsker det. Oppholdet kan være en del av brukerens IP.</p> <p>Samarbeidet i brukerens videre prosess sikres gjennom dokumentasjon som tverrfaglig epikrise og særfaglige rapporter. Tverrfaglig epikrise er et påbudt kommunikasjons-dokument og viktig i kommunikasjonen videre i brukerens prosess. Brukeren involveres i dokumentasjonsprosessen gjennom forløpet.</p>
<p><b>Faglig fundament</b></p>	<p><u><i>Institusjonens samlede kompetanse i forhold til målgruppen</i></u></p> <p>Alt helsepersonell har veiledningskompetanse og ervervet realkompetanse innen fagområdet. De har kompetanse om hvilke krav og forventninger hverdags- og arbeidslivet stiller, sett opp mot ulike helse- og funksjonsutfordringer. De har også vurderings- og tiltakskompetanse rettet mot alle dimensjonene i ICF sitt begrepsapparat, og relatert til det funksjonsproblemet de arbeider mot. Brukerkunnskapen og bevisstheten om å arbeide tverrfaglig og ikke flerfaglig, samt kunnskapsbasert praksis står sentralt hos hele teamet.</p> <p>Den helserelaterte kompetansen innebærer lang erfaring og god kunnskap om rehabilitering, trening, opptrening, funksjonsfremmende trening, psykiatri, kognitiv trening, endringsprosesser og motivasjonsarbeid. Utøving av praksis følger prinsippene i den dynamiske modellen for kunnskapsbasert praksis. Vi har spesialkompetanse i tverrfaget med master i rehabilitering, spesialkompetanse innen ortopedi, osteoporose og sårbehandling.</p> <p>Steffensrud ivaretar pasienter med tilleggsproblematikk innen rus/psykiatri. Steffensrud har erfaring med brukere der rusproblematikk og lettere psykiatri er tilleggsutfordringer. Vi ser dette som en del av den helhetlige tilnærmingen, og møter behovene dette innebærer for den enkelte.</p> <p>Vi har sykepleiere med videreutdanning i psykiatri, i tillegg til flere års erfaring fra arbeid i psykiatrisk akutt- og intermedieæravdeling. I tillegg har en sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut videreutdanning i kognitiv terapi. Sosionomen har erfaring fra arbeid i rusomsorgen, både i institusjon og i arbeidsmarkedstiltak innen avklaring og kvalifisering.</p>
<p><b>Lokasjon</b></p>	<p>Steffensrud Rehabiliteringssenter ligger sentralt i Vestoppland, på Bøverbru i Vestre Toten kommune.</p> <p>Nærkommunene er Gjøvik, Østre Toten, Søndre og Nordre Land, og Hadeland.</p>

	Steffensrud Rehabiliteringssenter har mye erfaring med og leverer tjenester til hele helseregion Sør-Øst.
<b>Varighet</b>	<i>Anslagsvis forventet oppholdslengde for målgruppen</i> Forventet oppholdslengde på dagtilbud for personer med brudd og slitasjeskader i skjelett er anslagsvis 3 uker. Hvor mange dager pr. uke den enkelte pasient gis et tilbud, vurderes individuelt ut i fra behov, ønske og institusjonens faglig vurdering. Anslagsvis vil de fleste ha ca. 3 timer rehabiliteringstilbud per dag.
<b>Eventuelle tilleggsmærknader</b>	

Januar 2015

Mars 2017: Endret navn fra Steffensrud Rehabiliteringssenter AS til Unicare Steffensrud AS