

Unicare Steffensrud AS

Beskrivelse av delytelse F

Delytelse F1.3: Hjerneslag og traumatiske hjerneskader, unge voksne 18-30 år, voksne over 30 år, individuelt tilpassede tilbud - døgntilbud

Målgruppe/ pasientgruppe	<p><i>a) Diagnosegruppe/tilstand</i> Hjerneblødning, hjerneinfarkt, subaracnoidalblødning og hjernetumorer. Etter akuttbehandling i slagenhet ved helseforetak. Intensiv trening lengre ute i pasientforløpet, kronisk fase.</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 flere er rehabiliteringstilbudet en del av veien mot å opprettholde eller komme tilbake til et yrkesliv.</p> <p><i>c) Når i sykdoms-/rehabiliteringsforløpet</i> De fleste pasientene kommer rett fra slagenhet ved helseforetak etter akuttbehandling. Noen pasienter er henvist fra fastlege eller spesialist for trening lengre ut i rehabiliteringsforløpet.</p> <p><i>d) Hjelpetbehov/funksjonsnivå</i> Pasientens behov for assistanse/ tilrettelegging i forbindelse med f. eks. personlig stell, påkledning, forflytning og måltider 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. Hjelpetbehov er ingen begrensning, men krever nødvendig utstyr og bemanning. Vi tar imot pasienter med ulike hjelpebehov, både fysiske og kognitive. Den enkeltes rehabiliteringspotensial er en viktig del av kartleggingen i forkant av et opphold.</p>
Ytelsen leveres som	<p><i>a) Døgn/dag</i> Døgn</p> <p><i>b) Individuelt/gruppebasert</i> Individuelt</p>
Kortfattet beskrivelse av ytelsen/tilbudet	<p>Mål: Formålet med rehabiliteringen er å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet etter</p>

<p>til målgruppen</p>	<p>sykdom eller skade. Dette kan oppnås ved at pasientene lærer å mestre sin situasjon ut ifra sine forutsetninger. Slagpasientene vil ha ulike utfordringer og ulike mål. For mange vil det kreve en endringsprosess å forholde seg til det å leve med sykdommen/funksjonsnedsettelsen, eller å forholde seg til konsekvensene etter behandling. Målarbeidet kan involvere gjenvinning av funksjon, motivasjon, bedret selvbilde og opplevelse av mestring. Å sette realistiske mål kan i seg selv være utfordrende. For mange slagpasienter kan kognitive utfall skape ekstra utfordringer for forståelse av realistiske muligheter. 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.</p> <p>Underveis i oppholdet kartlegges nåværende arbeidsforhold, evt. kontakt med og oppfølging av arbeidsgiver, veiledningssamtaler, undervisning og tilrettelegging av arbeidssituasjonen.</p> <p>Tilbud:</p> <p><i>a) Delytelsens metode og struktur</i></p> <p>Hvilke behandlingsmetoder som velges er avhengig av brukerens ulike symptomer, utfall og problemstillinger. For denne målgruppen er det fokus på aktiv og funksjonell tilnærming. Overføring til ADL og muligheter hjemme og i arbeid/skole er essensielt. Kartlegging fra de ulike faggruppene er grunnlaget for valg av behandlingsmetoder.</p> <p>Brukere i denne målgruppen kan være i ekstra sårbare faser der skaden eller sykdommen nylig er oppstått. Veiledningssamtaler og kriseintervenering kan være nødvendig og hensiktsmessig.</p> <p>Utgangspunktet i all tilnærming er metoder som styrker brukernes egne ressurser og muligheter. Dette for å bedre funksjonsevne slik at brukeren kommer raskt opplever en positiv endring i funksjonsnivå.</p> <p>For brukere i denne målgruppen har tilværelsen gjerne hatt en så dramatisk endring at krise-intervenering vil være en del av tilnærmingen.</p> <p>Læring av hensiktsmessige mestringsstrategier er relevant for mange der tilstanden er relativt ny, mens avlæring av uhensiktsmessige strategier kan gjelde for brukere som har hatt utfordringer over tid.</p> <p>Teamets rolle er å være veiledere som stimulerer til bevisstgjøringsprosesser i brukerens eget liv og rehabilitering inkluderer ofte kombinasjoner av flere tilnærminger. Målet er at ved å få støtte i en sårbar fase, kan brukeren selv finne styrke til å ta valg og oppleve selvstendig mestring i eget liv. Brukeren må selv få tro på egen mestringsevne og egne ressurser.</p> <p>Aktivitet og gode opplevelser er en vesentlig del av det å innføre mestringsstrategier. Ved å mestre en aktivitet som virker uoverkommelig, kan gode strategier for hvordan en møter hverdagen læres.</p> <p>Rehabiliteringsprogrammets innhold består av ulike elementer som settes sammen ut ifra brukers behov og resultater fremkommet i kartleggingen.</p> <p>Tiltakene kan foregå både individuelt og i gruppe, og som tilrettelagt egentrening. Tiltak kan for eksempel være:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Funksjonsfremmende trening for å normalisere/forbedre bevegelses- og funksjonsavvik. - Gangtrening/korrigerende, trappetrening og/eller trening i daglige gjøremål. - Guiding/trening i P-ADL
------------------------------	---

- Trening og utprøving i bruk av aktuelle hjelpemidler.
- Oppmerksomhetstrening, bevisstgjøring og avspenning.
- Kognitiv stimulering/trening gjennom praktiske oppgaver eller via pc-program
- Kondisjonstrening i form av for eksempel sykling ute/inne, turgåing med og uten staver, tredemøller, ski om vinteren, roing ute/inne, svømming m.m.
- Styrketrening med og uten apparater med overføringsverdi til hverdagen.
- Andre treningsvarianter for å bedre bevegelighet, balanse, koordinasjon og bevegelsesmønster spesielt relatert til målet om deltakelse i arbeidslivet.
- Mestrings- og motivasjonsarbeid gjennom treningsglede og meningsfylte aktiviteter.
- Friluftaktiviteter som for eksempel tur til lavvoen, fiske, klatring m.m.
- Horisontaltrening, hvile og energiøkonomisering/aktivitetsregulering.
- Kjøkkenaktivitet eller trening på andre daglige gjøremål
- Synstrening
- Språktrening

Vårt rehabiliteringsmiljø ute og inne gir mange muligheter for aktivitetsutprøving, egentrening og veiledet trening. For denne målgruppen er det viktig å prøve ut aktiviteter de kan fortsette med i hverdagen. Alle brukere får et egentreningsprogram. Det gjelder under oppholdet og er laget med tanke på mulighet i overføringen til hjemmesituasjonen. Det er godt tilrettelagt for egentrening hele døgnet alle ukedager.

For brukere med fysiske og kognitive utfall, kan veiledet trening eksempelvis i personlig ADL og eventuelle hjelpemidler til dette, være arena for trening og aktivitetsutprøving. Alle daglige aktiviteter, som kjøkkentrening, spising, forflyttinger etc kan aktivt benyttes i målrettet hensikt.

Anslagsvis 8 timer rehabilitering per døgn.

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. 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 avreise svarer brukerne ved Steffensrud på spørsmål vedrørende brukertilfredshet. Undersøkelsen er nasjonal og

utarbeidet av Kunnskapssenteret. I tillegg til brukererfaringsundersøkelsen, 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 døgnopphold)

Dag mandag - fredag:

Legespesialister (spesialist i fysisk medisin og rehabilitering, nevrolog og speisliat i geriatri og indremedisin)/leger, Nevropsykolog/psykolog (2 dager/uke), Sykepleiere, Fysioterapeuter, Ergoterapeuter, Sosionom, Logoped, Idrettspedagoger/treningsveil. og ernæringsfysiolog (2 dager i uka)

Kveld mandag - fredag:

Sykepleiere og Fysioterapeut, Ergoterapeut, Idrettspedagog eller Aktivitør
Øvrig bemanning: Resepsjon og kjøkken

Natt – 7 dager i uken:

- 1 Sykepleier – våken/aktiv vakt
- 1 Sykepleier – hvilende vakt

Helg og høytid:

Sykepleiere og Fysioterapeut, Ergoterapeut eller Idrettspedagog (dagvakt lørdag + enkelte helligdager)

Øvrig bemanning: Resepsjon (bl.a. for mottak av nye pasienter) og kjøkken

Beredskapsavtaler med lege, brannvernleder, IT-ansvarlig og daglig leder.

Institusjonen er bemannet til å ta imot pasienter direkte fra sykehus alle ukedager. Rehabiliteringen starter umiddelbart etter at pasienten er overført.

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 utydeligheter. 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.

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.

Oppholdet på Steffensrud er ledd i en lengre prosess. Allerede i en tverrfaglig

	<p>start samtale 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>Faglig fundament</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. Bevisstheten om å arbeide tverrfaglig og ikke flerfaglig, brukermedvirkning og dynamikken som kunnskapsbasert praksis betinger, ligger som grunnlag for hele teamets arbeid. Kompetansen innbefatter kompetanse for førerkortvurdering.</p> <p>Den helserelaterte kompetansen innebærer lang erfaring og god kunnskap om tverrfaglig nevrologisk rehabilitering, trening, opptrening, funksjonsfremmende trening, psykiatri, kognitiv trening, endringsprosesser og motivasjonsarbeid i tillegg til ulike særfaglige tiltaksprosedyrer. Utøving av praksis følger prinsippene i den dynamiske modellen for kunnskapsbasert praksis.</p> <p>Vi har spesialkompetanse i tverrfaget med master i rehabilitering.</p> <p>En sykepleier har videreutdanning i aldring og eldreomsorg som omhandler ulike følgevirkninger av hjerneslag. En ergo-, en fysioterapeut og en sykepleier har videreutdanning i tverrfaglig rehabilitering til hjerneslagsrammede. Sykepleieren har i tillegg en påbyggingsmodul basert på Bobathkonseptet. Flere fysioterapeuter og en ergo-terapeut har videreutdanning i Bobath/Affolter-konseptet.</p> <p>Steffensrud ivaretar pasienter med tilleggsproblematikk innen rus/psykiatri. Steffensrud har erfaring med brukere der rusproblematikk og lettere psykiatri er tillegg utfordringer. 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 intermediæravdeling. 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>Lokasjon</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.
Varighet	<p><u>Anslagsvis forventet oppholdslengde for målgruppen</u></p> <p>Ut fra erfaring normeres oppholdet til 4 uker, men enkelte brukere kan trenge noe lengre tid. Dette kan gjelde brukere med omfattende utfall som kommer tidlig i forløpet etter hjerneslaget/-skaden.</p> <p>Enkelte brukere kan ha nytte av delte opphold. Dersom oppholdet deles, har han/hun muligheten til å prøve ut det som er lært inne i institusjonen i sitt lokale miljø. Hvor lang perioden hjemme er avhenger av problemstilling. For de fleste vil det være fra 1-2 mnd. Deretter kommer de tilbake til et oppfølgingsopphold 1-2 uker. Perioden hjemme må ha en tydelig målsetting.</p>
Eventuelle tilleggsmærknader	

Januar 2015

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