

SKOGLI HELSE- OG REHABILITERINGSSENTER AS

Skogli tilbyr spesialisert tverrfaglig rehabilitering for pasienter med funksjonsnedsettelse som følge av revmatiske sykdommer, muskel- og skjelettlidelser, kroniske smertetilstander, utmattelsestilstander, hjerneslag, hjerte- og karsykdommer, etter større ortopediske inngrep, lymfødem, og for pasienter med følgetilstander etter operasjoner og tilstander i indre organer, brannskader og transplantasjoner.

Som helsesenter har Skogli en lang tradisjon i satsing på aktiv forebygging av sykdom via sunnere livsstil og promotering av viktige helsefaktorer: sunt kosthold, fysisk aktivitet, rent vann, sollys, avhold, ren luft, hvile og tillit/trygghet.

Skogli har en ytelsesavtale med Helse Sør-Øst for 82 døgnplasser for pasienter med diagnoser i ovennevnte kategorier, 7 plasser i ”Raskere tilbake” opplegget samt 5 plasser for pasienter i en særavtale med Lillehammer kommune, hvilket utgjør et pasientvolum på ca 1300 hvert år.

Skogli er en del av spesialisthelsetjenesten, hvilket innebærer at rehabiliteringen krever særskilte ressurser og at det skjer ved bruk av internasjonalt anerkjente behandlingsmetoder og resultatmålinger, hvor tverrfaglighet, pasientens delaktighet i rehabiliteringen og strukturert oppfølging etter avsluttet program er viktige ingredienser.

Opptaksområdet er hovedsakelig Helseregionen Sør-Øst men også fra resten av landet som ledd i fritt sykehus – valg regelen. Henvisningen kommer fra fastlegen via RKE (Regional koordinerende enhet, lokalisert på Sunnaas sykehus) eller direkte fra sykehus eller spesialister.

Målgruppen er i hovedsak personer i aktiv alder med behov for spesialisert og tverrfaglig rehabiliteringsinnsats.

Målsetningen med rehabiliteringen er at pasientene gjenvinner tapt funksjon ved trening av forskjellige evner og økt kunnskap om sine skader/sykdommer, slik at de kan komme tilbake til så normalt liv som mulig, være delaktige både sosialt og i arbeidslivet.

Hovedansvarsområder er å bidra til positiv forbedring av funksjonsevnene, selvstendighet og selvhjelpenhet på tvers av livsområder, og samtidig beskytte og fremme pasientenes rettigheter. Pasientene skal behandles med verdighet og respekt til enhver tid.

Rehabiliteringsprosessen gjennomføres av et tverrfaglig team som inkluderer pasienten. Prosessen fokuserer på tydelig informasjon, effektiv tjenesteytelse, oppnåelse av planlagte mål og reintegrering av pasienten i det ønskede miljø

Oppholdets varighet varierer fra ca 1 - 2 uker for ortopediske pasienter, til 3 - 4 uker for resten av gruppene. Varighet utover det vurderes i team i samråd med pasienten. I enkelte tilfeller avsluttes oppholdet med et dagpasienttilbud.

Inntakskriterier

Forhold som normalt fører til at opphold blir innvilget:

- Pasientens diagnose/funksjonssvikt er i henhold til ytelsesavtalen med Helse Sør-Øst
- Reelt rehabiliteringspotensial til stede
- Tilstander av kortere varighet (< 1 år) blir prioritert
- Fare for at yrkesaktiv tilværelse kan gå tapt
- 1. gangs søkere, og tidligere pasienter med dokumentert god effekt av behandling
- Yngre pasienter gis normalt høyere prioritet enn eldre.
- Motiverte pasienter som aktivt kan medvirke i sin rehabilitering
- Tilstander som krever interdisciplinær innsats
- Begrensede / ikke adekvate behandlingsmuligheter på hjemstedet

Forhold som normalt fører til **avslag** på søknad:

- Intet/dårlig rehabiliteringspotensiale, samt dårlig effekt av tidligere opphold
- Liten grad av selvhjulpenhet
- Overveiende rekreasjonsformål (sosialt begrunnet søknad)
- Høyt forbruk av smertestillende eller vanedannende medikamenter samt alkohol.
- Overveiende psykiatriske problemstillinger samt demens
- Høy risiko for medisinsk instabilitet
- Infeksjonssykdom som krever isolering
- Vesentlig spiseproblematikk (sondenæring)

Avkortning/utskrivning: Avkortning av opphold kan skje av medisinske og ikke-medisinske grunner. Interkurent sykdom eller økende sirkulatorisk instabilitet som vanskeliggjør opptreningen /deltakelse i rehabiliteringsprogrammet, og som ikke trenger innleggelse på sykehus, tydelig mangel på fremgang, er eksempler på medisinsk begrunnelse. Mistrivsel, dødsfall i nær familie, mislighold av pasientreglement på Skogli, avvikende atferd, etc. er eksempler på ikke-medisinske grunner.

All rehabilitering er frivillig. Skulle pasienten bestemme seg for avkortning av opphold på eget initiativ, bør en forsikre seg at eventuelle misforståelser er avklart. Pårørende informeres ved behov og med brukerens akkord.

Overføring: Blir aktuell ved akutt sykdom eller skade, ved forverring av kronisk lidelse som trenger utredning eller behandling på sykehus. Pasientansvarlig lege eller vakthavende lege sørger for formidling av nødvendig informasjon om pasientens aktuelle problemstilling både telefonisk og skriftlig til sykehuset. Overføringen skjer vanligvis med ambulanse eller drosje.

Rehabiliteringsprogrammet på Skogli administreres av 7 tverrfaglige **rehabiliteringsteam:**

- **Rødt team:** tar seg av pasienter med revmatiske sykdommer, osteoporose.
- **Gult team:** inkluderer pasienter med muskel- og skjelettsykdommer med generalisert eller lokalisert kronisk smertetilstand, senfølger etter brudd eller andre skader. Gruppebasert tilbud samt individuell tilnærming.
- **Turkis team:** inkluderer pasienter med utmattelsestilstander.

- **Grønt team:** inkluderer pasienter med hjerte- og karsykdommer som angina pectoris, gjennomgått hjerteinfarkt, etter bypass- og klaffoperasjoner eller utblokking, pasienter med følgetilstander etter operasjoner og tilstander i indre organer, brannskader og transplantasjoner samt pasienter med lymfødem.
- **Blått team:** tar seg av pasienter som trenger opptrening etter større ortopediske inngrep (coxartrose, gonartrose, brudd, nakke- og ryggkirurgi, revmakirurgi).
- **Lilla team:** tar seg av rehabilitering av pasienter etter hjerneslag.
- **STAR:** Skoglis team for arbeidsrettet rehabilitering som tar imot brukere med henvisning fra Helse Sør-Øst, inkludert brukere i ”Raskere tilbake”-opplegget.

Rehabiliteringsteam: i teamet inngår pasient, lege, sykepleier/hjelpepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog, klinisk ernæringsfysiolog, sosionom, logoped, synspedagog, rehabiliteringsassistent, ortopediingeniør, i variert sammensetning i forhold til respektive team. Teamet jobber i nært samarbeid med hverandre og med pasienten i sentrum. Pårørende får anledning til involvering i prosessen.

Rehabiliteringsplan: innen 3 dager etter ankomst treffer pasienten involverte teammedlemmer og det opprettes en rehabiliteringsplan som beskriver pasientens egne mål og forventninger under oppholdet og på langt sikt, samt de nødvendige tiltak for å nå dem. Målene evalueres kontinuerlig sammen med pasienten.

Pasienten får ellers ved ankomst informasjon om hvem i teamet er rehabiliteringskoordinator / kontaktperson, hva er programmets mål og innhold, samt praktisk informasjon som angår oppholdet.

Rehabiliteringens innhold: behandlingen skjer både individuelt og i grupper og ut fra pasientens behov og ønskemål. En gang i uken har teamet arbeidsmøte der hver pasient diskuteres, rehabiliteringsplanen evalueres og eventuelt endres / kompletteres.

Pasienten treffer jevnlig sin fysioterapeut som vurderer og trener muskelstyrke, utholdenhet, kondisjon, bevegelighet, balanse, gang- og forflytningsevne. Trening / utprøving av forflytningsmidler er annen ting som fysioterapeuten har ansvar for.

Ergoterapeuten kartlegger, veileder og tilrettelegger for trening for pasienten som har vansker med å utføre ulike daglige aktiviteter (i hjem/arbeid/skole/fritid). Målet er å gjenvinne aktivitet og deltagelse, akseptere ny livssituasjon og oppleve en meningsfylt tilværelse. Aktuelle tiltak kan for eksempel være håndtrening, trening i personlig stell, aktivitetsveiledning og søknad om hjelpemidler.

Sykepleierens / hjelpepleierens arbeid har som mål å forbedre eller opprettholde pasientens velvære og helse ved spesifikke sykepleietiltak. De trener pasienten i daglige rutiner ved behov og i samarbeid med ergoterapeut og fysioterapeut. Har ansvar for utdeling av medisiner for pasienter som trenger det. Røykeavvenningskurs holdes av erfarne medarbeidere.

Legen vurderer pasientens helsetilstand, funksjonsnedsettelse og rehabiliteringsbehov ved ankomst og underveis, har ansvar for kvaliteten på den tverrfaglige rehabiliteringsinnsatsen.

Psykologen vurderer ulike mentale funksjoner hos aktuelle pasienter, gir veiledning individuelt og i grupper av pasienter og teamdeltakerne for hvordan problemene best kan rettes på. Er aktivt involvert i rehabiliteringen av pasientene med vedvarende smertetilstand og livsstilssykdommer og motiverer dem til endret atferd. Pasientene får også hjelp i håndtering av kriser forbundet med aktuell sykdom eller livssituasjon.

Sosionomen vurderer pasientens sosiale situasjon og behov, veileder og gir nødvendig støtte i forhold som involverer arbeidsgiver, NAV, helseforetak, etc.

Ernæringsfysiologen har en viktig funksjon i rehabiliteringen av pasientene med livsstilssykdommer, revmatiske lidelser, m.m.

Logopeden og synspedagogen har viktige bidrag i rehabilitering av slagpasienter med aktuelle funksjonssvikt. Synspedagogen samarbeider også med optiker og optometrist lokalisert i byen.

Rehabiliteringsassistent, idrettsinstruktør, ortopediingeniør er andre viktige deltakere i rehabiliteringsprosessen hos aktuelle pasienter.

Undervisning i ulike emner er en viktig virksomhet i de forskjellige team, og har som mål å gi pasienten en bedre og hensiktsmessig forståelse av skaden/sykdommen med bedre mestring av den, bedre livskvalitet og delaktighet i hjemmet og i samfunnet generelt som resultat.

Behandlingsintensitet: de fleste pasienter har et daglig program hvor andelen av individuell og gruppebasert fysisk aktivitet / trening varierer mellom 3 og 5 timer. I tillegg kommer undervisning 2 -3 timer / uke i gjennomsnitt, veiledning, m.m. Oppholdets varighet varierer mellom 2 og 4 uker, 3 uker i gjennomsnitt.

Pårørende: det oppfordres til pårørendedeltakelse. Det arrangeres en pårørende-dag for de med CFS/utmattelse. Det er også møtevirksomhet der for eksempel pårørende deltar sammen med representanter fra teamet, bruker selv og kommunen. Pårørende til slagpasienter får tilbud om én gratis overnatting ifm at Slagforeningen kommer på besøk. Det er i tillegg telefonsamtaler og annen kontakt/samarbeid/opplæring av pårørende ved behov.

Interesseorganisasjoner: vi har jevnlig representanter fra LHL, NRF, ME foreningen og Slagforeningen som kommer til Skogli og gir informasjon og som har mulighet til å følge pasienten lokalt. Dette gjelder tilbud både til pasient og pårørende.

Oppfølging: skjer vanligvis i samarbeid med henvisende instans / fastlegen. Det utarbeides en tverrfaglig epikrise som blant annet skisserer videre plan for rehabilitering. Hver pasient får ellers individualisert aktivitetsprogram på egen hånd eller under veiledning av fysioterapeut eller andre aktører i kommunen. Vi har også ofte samarbeid med hjelpemiddelsentraler, ambulerende team, ortopedifirma, henviser til hjemmebesøk av ergoterapeut, sykepleier, m.m. Pasientene får også informasjon om IP (Individuelle Plan), og dette kan igangsettes eller meldes til koordinerende enhet for rehabilitering i pasientens hjemkommune eller bydel.

Resultat:

Team baserte årsrapporter med oversikter av deltaker sammensetning (demografi) og resultater (effektdata) kan sees her: <http://skogli.no/Prosjekter.htm>