



Oslo

Helhetlig rehabilitering til voksne og eldre i Oslo

Temaplan 2023-2033

Innhold

Sammendrag – temaplanen kort fortalt.....	Side 4.
1.2 Utfordringsbildet.....	Side 6.
1.2.1 Tiltakene i planen finansieres av sentralt avsatte øremerkede midler.....	Side 6.
1.2.2 Tiltakene i planen finansieres av sentralt avsatte øremerkede midler.....	Side 6.
1.3 Status og utfordringer ved rehabiliteringstjenestene i Oslo kommune	Side 7.
1.4 Satsingsområder og tiltak.....	Side 8.
1.5 Virkninger av planen.....	Side 8.
2. Innledning.....	Side 10.
2.1 Mål og avgrensning for planen.....	Side 11.
2.2 Beskrivelse av prosessen for utarbeidelse av planen.....	Side 11.
2.3 Pågående satsinger og planer av betydning for rehabiliteringsfeltet...	Side 12.
2.4 Iverksetting og oppfølging.....	Side 12.
2.5 Avklaring av sentrale begreper.....	Side 12.
3. Hva er rehabilitering?.....	Side 14.
3.1 Verdigrunnlag og sentrale føringer.....	Side 15.
3.2 Kommunens ansvar for rehabilitering.....	Side 16.
3.2.1 Brukermedvirkning.....	Side 18.
3.2.2 Samarbeid med pårørende.....	Side 18.
3.2.3 Frivillighet og samarbeid med frivillig sektor.....	Side 19.
3.2.4 Koordinerende enhet, koordinator og individuell plan.....	Side 20.
3.3 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.....	Side 21.
3.4 Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten om rehabilitering.....	Side 21.
3.5 Hvem trenger rehabilitering?.....	Side 22.
3.6 Hva rehabilitering består av?.....	Side 22.
3.6.1 Fange opp, kartlegge funksjon, og avklare behov.....	Side 22.
3.6.2 Definere brukersentrerte mål, utarbeide rehabiliteringsplan, og evaluere...	Side 25.
3.6.3 Hyppighet, varighet og intensitet av rehabiliteringstiltak.....	Side 26.
3.7 Rehabiliteringsfaglig kompetanse.....	Side 26.
3.7.1 Tverrfaglighet.....	Side 27.
3.8 Kunnskapsbasert praksis.....	Side 28.
3.9 Kvalitetsindikatorer og registreringspraksis.....	Side 30.
3.10 Hjelpemiddelformidling.....	Side 30.
3.11 Digitale verktøy.....	Side 33.

4 Rehabilitering i Oslo.....	Side 34.
4.1 Behov for rehabilitering.....	Side 35.
4.2 Organisering av rehabiliteringstjenestene i Oslo.....	Side 36.
4.3 Forebyggende og helsefremmende arbeid.....	Side 36.
4.4 Hverdagsmestring.....	Side 39.
4.5 Rehabilitering utenfor institusjon.....	Side 40.
4.6 Rehabilitering ved institusjon.....	Side 46.
4.7 Hjelpemiddelformidling.....	Side 50.
4.8 Digitalisering og velferdsteknologi.....	Side 51.
4.9 Arbeid og aktivitet.....	Side 52.
4.10 Bruker- og pårørendesamarbeid.....	Side 52.
4.11 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten.....	Side 53.
4.12 Forskning- og utviklingsarbeid.....	Side 54.
4.13 Erfaringer fra pandemien.....	Side 54.
5. Utfordringer ved rehabiliteringstjenestene i Oslo.....	Side 56.
5.1 Felles forståelse av rehabilitering.....	Side 58.
5.2 Rehabilitering er mer enn helsetjenester.....	Side 59.
5.3 Helhetlige og koordinerte rehabiliteringstjenester.....	Side 60.
5.4 Indikatorer og registreringspraksis.....	Side 61.
6. Satsingsområder.....	Side 62.
6.1 Kunnskapsbasert praksis.....	Side 64.
6.2 Helhetlige og sammenhengende rehabiliteringsforløp.....	Side 65.
6.3 Digitalisering og hjelpemidler.....	Side 66.
7. Gjennomføring og oppfølging av tiltak.....	Side 68.
7.1 Tiltak.....	Side 69.
Vedlegg.....	Side 76.
Referanser.....	Side 84.

Sammendrag

– temaplanen kort fortalt

Vi blir stadig friskere og lever lenger. Andelen eldre øker, og flere lever lenger med funksjonsnedsettelse. Endringer i befolkningssammensetningen vil få stor betydning for samfunnet vårt. Hver og enkelt av oss har ansvar for egen helse og livskvalitet. Kommunens tjenester må dreies slik at de legger til rette for selvstendighet, mestring, aktivitet og deltagelse. Innsats som forebygger og fremmer helse bidrar til å sette den enkelte i bedre stand til å gjøre gode valg for egen helse og situasjon. Denne innsatsen må fremmes. Innbyggerne må i større grad involveres i samfunns- og tjenesteutviklingen, og frivillighet som supplement til tjenestene bør mobiliseres.

Rehabilitering handler om å gjenvinne, opprettholde, eller øke funksjonen hos den enkelte og tar utgangspunkt i den enkeltes egne mål og ressurser. Innsats utløser ressurser og gir livskvalitet for den enkelte. For samfunnet gir rehabilitering effekt i form av mindre behov for tjenester, og økt deltagelse i skole, arbeid og i samfunnet for øvrig. Kommunen har et stort ansvar i å tilby rehabiliteringstjenester, og det har de siste ti årene vært et økende nasjonalt og lokalt fokus på tjenestene. I Oslo ytes rehabilitering på tvers av virksomheter og tjenester. Tjenestene oppleves av brukerne som fragmenterte, og uavklarte ansvarsforhold skaper utfordringer i å prioritere riktig hjelp til riktig tid, spesielt i forhold til spesialisthelsetjenesten. Det er nødvendig å se på hvordan rehabiliteringstjenestene og kompetanse om rehabilitering kan samles og organiseres til det beste for innbyggerne.

Å lykkes med rehabilitering krever tverrfaglig og tverrsektoriell innsats. Temaplan for helhetlig rehabilitering for voksne og eldre i Oslo kommune har som intensjon å skape likeverdige, helhetlige og sammenhengende rehabiliteringstjenester av god kvalitet til byens innbyggere. Bruk av kompetanse og nye verktøy skal komme befolkningen til gode og god involvering skal gi treffsikre og bærekraftige tjenester.

Temaplan for helhetlig rehabilitering beskriver status og konkretiserer tiltaksområder ut ifra utfordringsbildet for byen vår, og ses i sammenheng med andre pågående satsinger og relevante planarbeid. Temaplanen er utarbeidet av Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester og i tett samarbeid med sentrale brukerråd, fagorganisasjoner, med underliggende og tilknyttede virksomheter. Oppfølging av temaplanen krever systematikk, involvering og koordinering for helhetlig kompetanseheving og tjenesteutvikling.



1.2 Utfordringsbildet

1.2.1 Flere eldre og yngre med funksjonsnedsettelser, færre i yrkesaktiv alder

Tjenestene har over flere tiår hatt en kontinuerlig vekst¹, og de utfordres ytterligere ved at det blir flere eldre, og andelen yngre som lever med skade og sykdom øker. Det vil bli færre yrkesaktive bak hver pensjonist, samtidig som innbyggernes forventninger til tjenestene er økende.

Oslo har i 2022 en befolkning på omtrent 700 000 innbyggere. En tredel har innvandrerbakgrunn (SSBs definisjon), og om lag en fjerdedel er aleneboende. Sosial ulikhet er en gjennomgående utfordring og følger geografiske skillelinjer i byen. Befolkningsframskriving fra 2022 viser en økning i andelen 0-66 år på 12 prosent,

og en økning på 47 prosent for de over 67 år frem mot 2040. Det vil i samme periode bli en dobling i andelen over 80 år. Det er kjent at behovet for tjenester øker i takt med økende alder. Videre er hjerte- og hjernehelsesykdommer, muskel- og skjelettsykdommer, de største sykdommene i befolkningen og som utfordrer rehabiliteringstjenestene.

Oslo kommune skal være en tilgjengelig og inkluderende by, og tjenestene skal videreutvikles slik at de utløser miljømessig, økonomisk og sosial bærekraft. Den enkelte innbygger skal gis mulighet for å mestre og delta aktivt i samfunnet. Planlegging for og utforming av byen skal bygge på prinsipper fra universell utforming² og som gagnar alle innbyggere innen områdene: Transport og samferdsel, planlegging av bygg, anlegg og uteområder, og tjenester, informasjons- og kommunikasjonsteknologi³. Byrådet legger FN-konvensjonen for mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) til grunn for arbeidet med å gjøre kommunen tilgjengelig for alle.

1.2.2 Komplekse behov i fragmenterte tjenester

I tråd med nasjonale mål og føringer for helse- og omsorgstjenestene, må tjenestene i større grad innrettes slik at innbyggerne får kompetanse om egen helse, mestrer egen situasjon, og lever et godt liv. Det blir stadig viktigere med samarbeid og tverrfaglighet⁴. Tiltak og mål må i større grad rettes slik at den enkelte mestrer sin hverdag til tross for sykdom og/eller funksjonsnedsettelser⁵. Forebygging, mestring, aktivitet og deltagelse må vektlegges⁶, og nye tjenestetilbud utvikles i takt med digital utvikling. Involvering av brukere og pårørende blir sentralt.

Rehabilitering bidrar til at flere klarer seg selv og får mulighet til å delta aktivt i samfunnet. Rehabiliteringstjenester tilbys på ulike arenaer, og oppleves i dag som fragmenterte. For å nå kommunens mål med gode, sammenhengende og tilgjengelig tjenester, og for å løse stadig mer sammensatte oppgaver, forventes det at virksomhetene finner løsninger gjennom samarbeid og samhandling på tvers av organisatoriske skillelinjer til det beste for innbyggerne. Oslo kommune fremhever derfor viktigheten av FNs bærekraftsmål nr. 17 om samarbeid, slik at arbeid på tvers av fag og sektorer fremmer gode løsninger⁷.

1.3 Status og utfordringer ved rehabiliteringstjenestene i Oslo kommune

Rehabilitering omhandler hverdagsmestring, hverdagsrehabilitering, spesifikk rehabilitering, spesialisert rehabilitering og forsterket rehabilitering og ytes i bydeler, helsehus og ved Aker forsterket rehabiliteringsenhet.

Det foregår mye godt arbeid innen rehabiliteringsfeltet i Oslo kommune, og virksomhetsområdet har de siste årene blitt styrket med tilførte ressurser i bydel og ved helsehus. Samtidig viser kvalitetsrevisjon ved helsehus⁸ og innsikt fra tidligere prosjektarbeid, at rehabiliteringstjenestene oppleves som fragmenterte. Det er behov for å videreutvikle mer helhetlige tjenester og kunnskapsbaserte rehabiliteringsforløp.

I temaplanen konkretiseres utfordringsområdene som ligger til rehabiliteringstjenestene, og handler om:

- Felles forståelse av rehabilitering
- Helhetlige og koordinerte tjenester
- Rehabilitering er mer enn helsetjenester
- Indikatorer og registreringspraksis

1.4 Satsingsområder og tiltak

Temaplanen er inndelt i tre satsingsområder. Disse beskriver hva rehabiliteringstjenestene særlig må prioritere ut ifra utfordringsbildet:

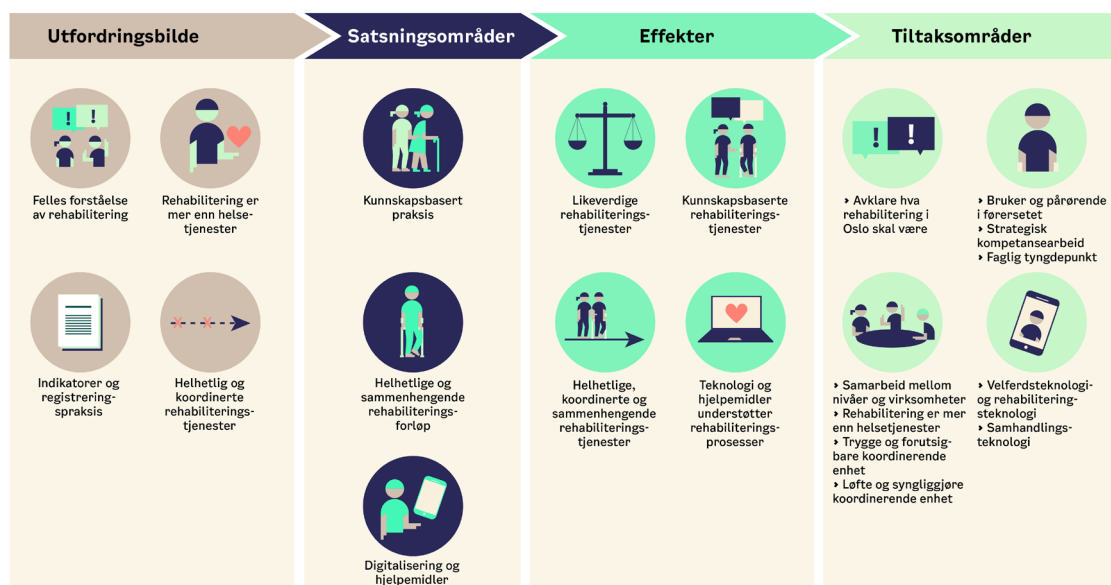
- Kunnskapsbasert praksis
- Helhetlig og sammenhengende rehabiliteringsforløp
- Digitalisering og hjelpemidler

Satsingsområdene peker videre på tiltak som vil være relevante å ta tak i for å oppnå effekt av planens intensjoner.

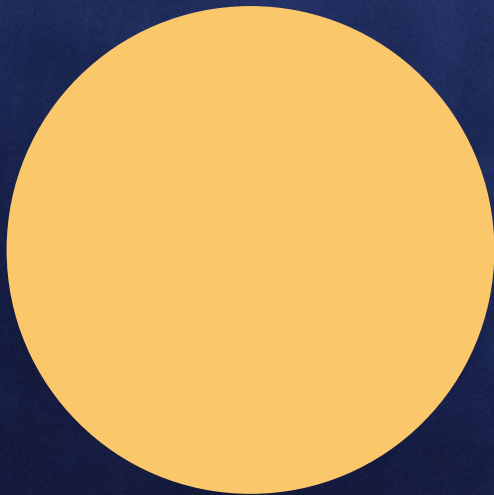
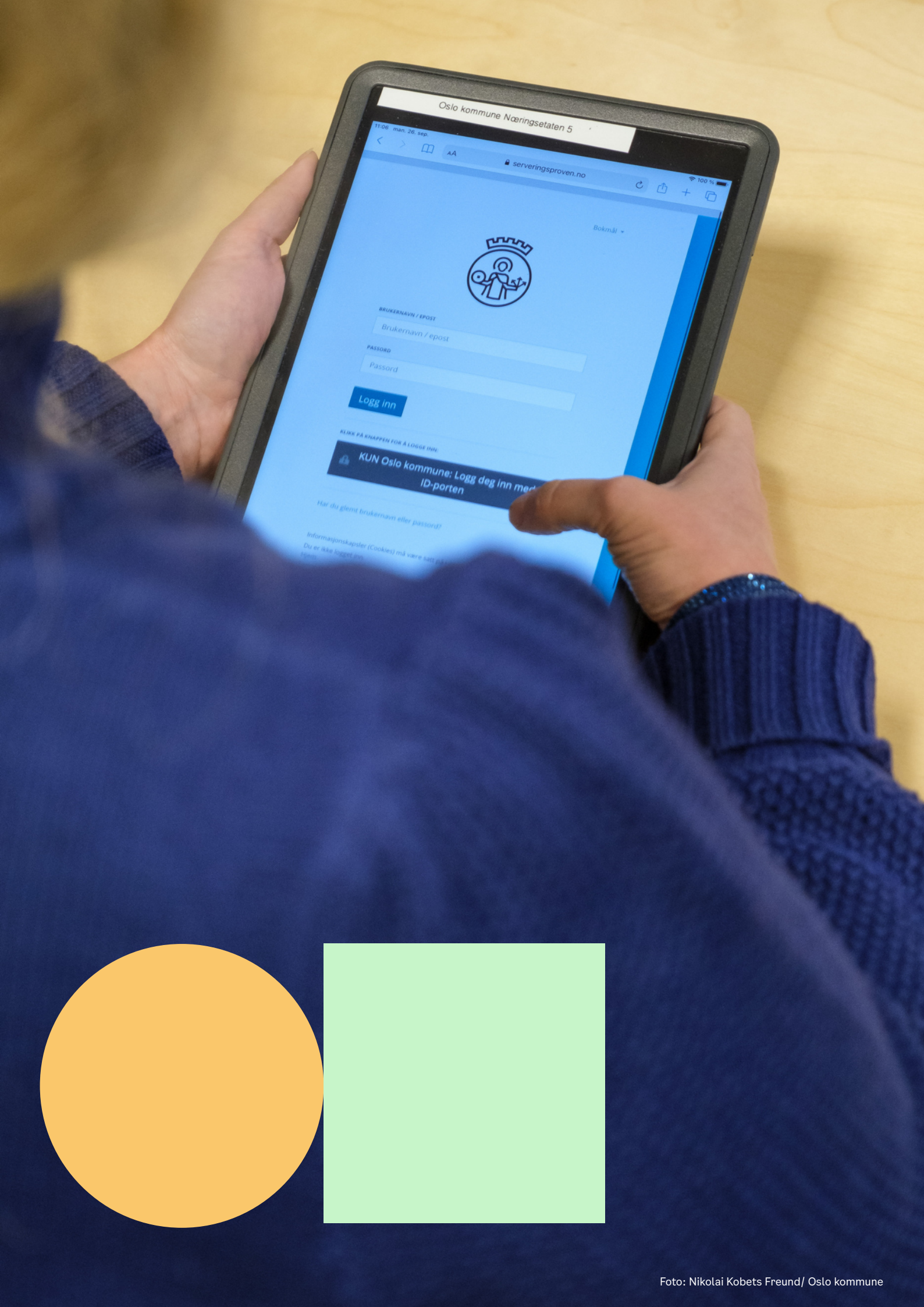
1.5 Virkninger av planen

Planen skal bidra til likeverdige, helhetlige og sammenhengende rehabiliteringstjenester av god kvalitet. Bruk av kompetanse og nye verktøy skal komme befolkningen til gode, og god involvering skal gi treffsikre og bærekraftige tjenester.

Planens ønskede effekt og innhold i form av beskrivelse av utfordringsbilde, og satsings- og tiltaksområder illustreres under.



Figur 1, Illustrasjon temaplan



A silhouette of a person stands on the peak of a dark, rocky mountain. The sun is low on the horizon behind the person, creating a bright glow and lens flare. The sky is filled with scattered clouds. A large, solid yellow circle is positioned on the left side of the image, partially overlapping the sky and the mountain. Inside this circle, the text '2.' is written in a large, bold, dark teal font, and the word 'Innledning' is written below it in a smaller, dark teal font. In the bottom right corner, there are two overlapping squares: a white one on top of a dark teal one.

2.

Innledning

2.1 Mål og avgrensning for planen

En helhetlig plan for rehabilitering er en temaplan med mål om å sikre mer likeverdige og koordinerte rehabiliteringstjenester av god kvalitet. Planen beskriver status for tjenestene, og viser sammenhenger innad i helse- og omsorgstjenestene, på tvers av nivåer og sektorer. Planen synliggjør innsatsområder og tiltak slik at virksomhetsfeltet samlet sett blir bedre rustet til å løse sine oppgaver, og slik at kompetanse og ressurser blir brukt på en hensiktsmessig måte til brukerens beste.

Med bakgrunn i demografisk utfordringsbilde og ut ifra fagfeltets nedslagsfelt, er planens målgruppe begrenset til voksne over 18 år hvor somatiske helseutfordringer gir behov for rehabilitering. Samtidig ses rehabiliteringsfeltet i nær tilknytning til psykisk helse og til habiliteringstjenesten. Temaplanen erstatter Byrådssak 114/14 Forebyggings- og rehabiliteringstilbudet til eldre – Oppfølging av sak 61 av 28.03.2012 Fysioterapitjenesten i Oslo- status og utviklingstrekk. For områdene habilitering, psykisk helse og rus og som ikke i hovedsak omfattes av denne temaplanen, ivaretas i overnevnte planer inntil nye foreligger.

Planen rettes mot ledere og ansatte innen rehabiliteringstjenestene i Oslo kommune, og har fokus på ansvar, involvering og samarbeid med aktører som fastleger, avtalefysioterapeuter, frisklivstilbud, arbeids- og velferdsfeltet, spesialisthelsetjenesten, lokalsamfunn, akademia, næringsliv og frivillig sektor- på system, tjeneste og individnivå.

Temaplanen er forankret gjennom byrådssak 109/21 Tilbud ved helsehusene, bystyresak 258/21 behandlet i bystyret 20.10.21. Planen bygger på et bredt kunnskapsgrunnlag, som sammen med «Kunnskapsoppsummering knyttet til rehabilitering etter covid-19»⁹ utarbeidet av Helseetaten og rapport «Beskrivelse og benchmarking av tjenestetilbudet ved Forsterket rehabilitering Aker»¹⁰ danner et faglig bakteppe til planens satsingsområder og tiltak.

2.2 Beskrivelse av prosessen for utarbeidelse av planen

Planen er utarbeidet av Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester i tett samarbeid med sentrale brukerråd og fagorganisasjoner. Arbeidet har hatt en prosjektorganisering bestående av en arbeids- og styringsgruppe som har representert ledere og medarbeidere fra rehabiliteringsvirksomheten. Det har vært arrangert dialog- og innspillsmøter, og arbeidet i sin helhet har i hovedsak pågått over digitale flater grunnet pandemiens restriksjoner.

2.3 Pågående satsinger og planer av betydning for rehabiliteringsfeltet

Temaplanen ses i sammenheng med øvrige satsinger og planarbeid for plan for mennesker med funksjonsnedsettelse, demensplan, universell utforming, folkehelsestrategi, strategisk rekrutterings- og kompetanseplan, forskning, utvikling- og innovasjonsstrategi, legeplan, Oslo - en traumeinformert by, samt arbeid innen tillitsbasert styring og ledelse, aldersvennlig Oslo - Leve hele livet, og Oslostandard for pårørendesamarbeid.

2.4 Iverksetting og oppfølging

Helhetlig rehabiliteringsplan innen helse- og omsorgstjenestene inngår i Oslo kommunes plansystem, og har en varighet på ti år. Det tas sikte på at planen rulleres en gang per bystyreperiode, og justeres ut ifra evaluering, måloppnåelse og oppdatert kunnskap.

Etter at temaplanen har blitt politisk behandlet formidles oppdrag til virksomhetene knyttet til planens satsningsområder og tilhørende tiltak. Med bakgrunn i disse oppdragene, utarbeider virksomhetene tiltak i sine virksomhetsplaner for gjennomføring og oppfølging lokalt i den enkelte virksomhet. Evaluering og oppfølging av tiltak følges opp som en del av styringsdialogen.

2.5 Avklaring av sentrale begreper

Sentrale begreper som rehabilitering, mestring, kompetanse og livskvalitet defineres under. I handlingsplanen benyttes begreper som «bruker» og «tjenestemottaker» i omtale på individ- og tjenestenivå, og «innbygger» benyttes når kontekst er system- og samfunnsnivå.

Rehabilitering

Rehabilitering defineres i forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator¹¹ som «Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessen kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende, og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har, eller står i fare for å få begrensninger i fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet».

Mestring	Begrepet mestring har forskjellige definisjoner og forståelser, og kan utdypes med ulike teoretiske og faglige perspektiv. En ofte referert definisjon er: <i>«Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer, og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med å endre på»</i> ¹²								
Kompetanse	Kompetanse defineres som «å besitte nødvendige kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger for å mestre oppgaver og nå mål»¹³. Kompetanse skaffes gjennom utdanning, opplæring, arbeidserfaring, og løpende kompetanseutvikling på arbeidsplassen, og gjennom ulike etter- og videreutdanninger¹⁴. <i>«God kompetanse på riktig nivå, sted, og til riktig tid, er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester»</i>¹⁵. Kompetanse består av holdninger og evner, kunnskap og ferdigheter, og kan forstås som: <table> <tr> <td>Evner</td><td>Egne egenskaper, kvaliteter og talenter som påvirker mulighetene til å utføre en oppgave, å tilegne seg og å anvende kompetanse.</td></tr> <tr> <td>Holdninger</td><td>Eget syn på seg selv, til eget potensial, motivasjon, ønske, vilje og lojalitet. I hvilken grad en ansatt er kompetent handler i stor grad om hvilke holdninger den enkelte har til sine oppgaver, tjenestene organisasjonen tilbyr og ikke minst til brukerne av tjenestene. Betydningen av holdninger er spesielt viktig i forbindelse med arbeidsoppgaver som innebærer menneskebehandling.</td></tr> <tr> <td>Ferdigheter</td><td>Evne til å utføre en praktisk handling, analysere, eller tolke. Ferdigheter kan være enklere å observere og måle enn kunnskap, evner og holdninger.</td></tr> <tr> <td>Kunnskap</td><td>Kunnskap er det den ansatte vet, på bakgrunn av utdanning og erfaring.</td></tr> </table>	Evner	Egne egenskaper, kvaliteter og talenter som påvirker mulighetene til å utføre en oppgave, å tilegne seg og å anvende kompetanse.	Holdninger	Eget syn på seg selv, til eget potensial, motivasjon, ønske, vilje og lojalitet. I hvilken grad en ansatt er kompetent handler i stor grad om hvilke holdninger den enkelte har til sine oppgaver, tjenestene organisasjonen tilbyr og ikke minst til brukerne av tjenestene. Betydningen av holdninger er spesielt viktig i forbindelse med arbeidsoppgaver som innebærer menneskebehandling.	Ferdigheter	Evne til å utføre en praktisk handling, analysere, eller tolke. Ferdigheter kan være enklere å observere og måle enn kunnskap, evner og holdninger.	Kunnskap	Kunnskap er det den ansatte vet, på bakgrunn av utdanning og erfaring.
Evner	Egne egenskaper, kvaliteter og talenter som påvirker mulighetene til å utføre en oppgave, å tilegne seg og å anvende kompetanse.								
Holdninger	Eget syn på seg selv, til eget potensial, motivasjon, ønske, vilje og lojalitet. I hvilken grad en ansatt er kompetent handler i stor grad om hvilke holdninger den enkelte har til sine oppgaver, tjenestene organisasjonen tilbyr og ikke minst til brukerne av tjenestene. Betydningen av holdninger er spesielt viktig i forbindelse med arbeidsoppgaver som innebærer menneskebehandling.								
Ferdigheter	Evne til å utføre en praktisk handling, analysere, eller tolke. Ferdigheter kan være enklere å observere og måle enn kunnskap, evner og holdninger.								
Kunnskap	Kunnskap er det den ansatte vet, på bakgrunn av utdanning og erfaring.								
Helsekompetanse	Helsekompetanse er personens evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgssektoren ¹⁶ .								
Livskvalitet	Livskvalitet forstås som et helhetsperspektiv på livet til enkeltmennesker og grupper, og dekker grunnleggende komponenter som frihet, trygghet og felleskap ¹⁷ . Disse komponentene kan måles både subjektivt og objektivt. God livskvalitet er en viktig verdi og et ønskemål for de fleste. Trivsel, engasjement og livsglede er gunstig både for den enkeltes helse og levealder, og har også betydning for familie-, arbeids- og samfunnsliv. Livskvaliteten i Norge og Oslo er høy, men er skjevfordelt ¹⁸ .								
Velferdsteknologi	Med velferdsteknologi menes teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltagelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen, til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne.								
ELISE	Elektronisk Informasjonsdeling mellom Samhandlende Enheter i helse (ELISE) er et behandlingsrettet helseregister og en applikasjon utviklet i og for Oslo kommune, med formål om å bedre pasientsikkerhet, pasientforløp og overganger fra en tjeneste til en annen.								



3.

Hva er
rehabilitering?

3. Hva er rehabilitering?

Rehabilitering foregår når tjenester:

- Tar utgangspunkt i brukers mål og livssituasjon
- Foregår i samarbeid med bruker og etter brukers ønske, eventuelt også i samarbeid med pårørende
- Er kunnskapsbaserte, planlagte og målstyrte
- Har en tverrfaglig tilnærming og samordner tiltak basert på brukers behov

Målet med rehabilitering er å fremme helse, aktivitet og deltakelse, forebygge funksjonsfall, skade og sykdom, og understøtte mestring av hverdagen.

3.1 Verdigrunnlag og sentrale føringer

Norge har fra 2013 forpliktet seg til å gjennomføre bestemmelser fra FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne. FN-konvensjonen handler om retten til likeverdighet og til deltagelse sosialt og i samfunnet¹⁹. I utdrag fra FN-konvensjonens artikkel 26 står det følgende om rehabilitering:

- Effektive og hensiktsmessige tiltak, herunder gjennom likepersonsarbeid. For det formål skal partene opprette, styrke og videreutvikle tverrfaglige rehabiliteringstjenester- og programmer som
 - begynner på et så tidlig stadium som mulig, basert på en tverrfaglig vurdering av den enkeltes behov og ressurser
 - støtter deltagelse og inkludering i lokalsamfunnet og på alle samfunnsområder
- Fremmer utviklingen av grunn- og etterutdanningen av fagfolk og personell som arbeider i rehabiliteringstjenestene
- Fremmer tilgangen til, kunnskap om, og bruken av tekniske hjelpemidler og teknologi

Rehabilitering gis betydning i flere nasjonale føringer. De viktigste beskrives i vedlegg og listes opp under:

- Samhandlingsreformen, Meld. St. nr. 47 (2008-2009)
- Primærhelsemeldingen, Meld. St. nr. 26 (2014-2015)
- Nytte, ressurs og alvorlighet, prioritering i helse- og omsorgssektoren, Meld. St. nr. 38
- Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)
- Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre, Meld. St.nr. 15 (2017-2018)
- I-5/2017, Rundskriv om å utrede potensialet for rehabilitering
- IS-2651, Nasjonal veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinerende enhet. Beskriver formålet med og oppgaver til koordinerende enhet
- IS-1112, Veileder for registrering av IPLOS-data i kommunen
- Oppfølging av personer med store og sammensatte behov
- Pakkeforløp hjerneslag fase 2- Oppfølging og rehabilitering
- Pårørendeveileder
- Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområde
- Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023)
- Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor (2019- 2015)

3.2 Kommunens ansvar for rehabilitering

Kommunen har etter helse- og omsorgstjenesteloven ansvar for å tilby nødvendig helse- og omsorgstjenester, herunder tilbud om sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering²⁰. Ansvaret innebærer at kommunen sørger for tjenestene og selv velger hvordan tjenestene organiseres, men må sikre differensierte tilbud som inneholder funksjonstrening, tilrettelegging og læringstilbud som dekker behovet til kommunens innbyggere. Dette bør blant annet omfatte:

- døgnbasert tilbud i institusjon
- dagtilbud -tilbud i brukerens hjem - tilbud integrert i barnehage, skole, dagtilbud og arbeid
- lærings- og mestringstilbud

Kommunen skal planlegge sin rehabiliteringsvirksomhet og skal ha en generell oversikt over behov for rehabilitering²¹. Kommunen har ansvar for å yte forsvarlige, helhetlige og koordinerte tilbud, og det må fremgå hvordan tilbudene henger sammen.

Ifølge forskrift for habilitering, rehabilitering og koordinator og orskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester²² skal det legges til rette for at den enkelte pasient tilbys tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltagelse. Kommunen har et ansvar for at brukeren skal settes i stand til å leve et godt liv med funksjonsnedsettelse, og mestring er en sentral forutsetning for å muliggjøre dette²³.

Kommunen skal etter samme forskrift også tilby nødvendig utredning og oppfølging²⁴. Brukernes rettigheter er forankret i Pasient- og brukerrettighetsloven, og skal blant annet sikre rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester²⁵ individuell plan²⁶ og medvirkning og informasjon²⁷.



3.2.1 Brukermedvirkning

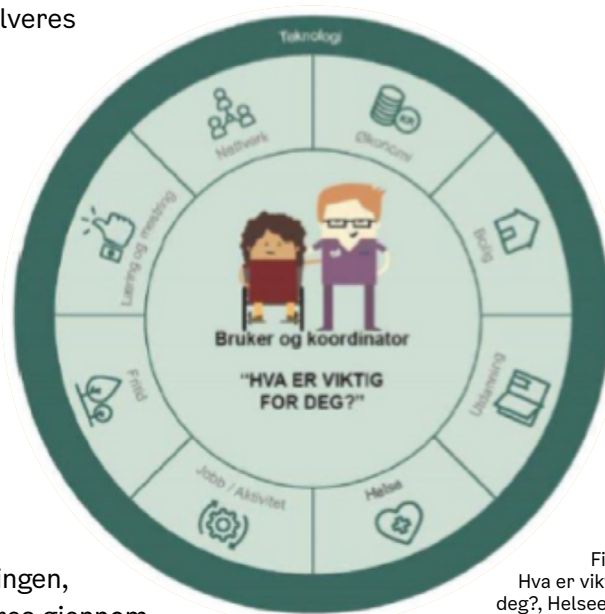
Rehabilitering er i hovedsak den enkeltes prosess, og handler om å leve et fullverdig liv med eller uten funksjonstap. Brukerinvolvering er en demokratisk rettighet, og er en faglig og politisk målsetting. Den enkelte bruker har en lovpålagt rett til å medvirke i møte med helse- og omsorgstjenesten²⁸. Medvirkningsretten gjelder ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer, undersøkelses- og behandlingsformer. Medvirkning handler om at brukeren innehar tilstrekkelig kunnskap om rettigheter, behandlingsalternativer og tilbud, og om konsekvenser av valg og være tilpasset evne til å gi og motta informasjon²⁹. I tråd med nasjonale føringer skal brukere involveres i utforming og utvikling av tjenestene.

Brukeren er hovedaktøren i rehabiliteringsprosessen og skal være en aktiv og likeverdig samarbeidspartner for fagpersonene. Brukerens behov, ressurser og mestringsopplevelse skal være i fokus. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» er sentralt for å få frem bruker- og pårørendes mål og perspektiver om utforming av tjenestene.

3.2.2 Samarbeid med pårørende

Innbyggere, og særlig den eldre del av befolkningen, har ressurser som i større grad bør nyttiggjøres gjennom frivillig innsats. Deltagelse i frivillig innsats kan bidra til meningsfylte og samfunnsnyttige aktiviteter. Å engasjere seg innen frivilligheten er i seg selv helsebringende i form av å være til nytte og en ressurs for andre, og samtidig bidra til økt tilhørighet og fellesskap i nærmiljø og nabolag. Frivillighet kan ikke forpliktes, men må følges opp slik at den kan være stabil og vokse.

Samarbeid mellom kommune og frivillig sektor er viktig, og kan bidra til å skape helsefremmende og sosiale møteplasser og lavterskeltilbud i nærmiljøene. Innsats hvor generasjoner yter gjensidig frivillig innsats for hverandre kan virke forebyggende med tanke på utenforskap og ensomhet. Det bør i større grad tilrettelegges for økt innsats fra frivillige som et supplement til kommunale tjenester. Samarbeidet mellom kommunale



Figur 2:
Hva er viktig for deg?, Helseetaten.

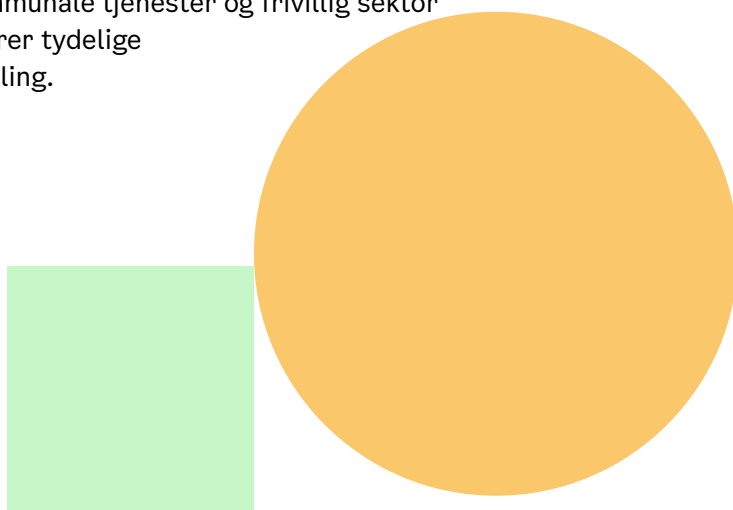
tjenester og frivillig sektor krever nye samarbeidsstrukturer, og som avklarer tydelige grenseoppganger når det gjelder oppgavefordeling.

3.2.3 Frivillighet og samarbeid med frivillig sektor

Innbyggere, og særlig den eldre del av befolkningen, har ressurser som i større grad bør nyttiggjøres gjennom frivillig innsats. Deltagelse i frivillig innsats kan bidra til meningsfylte og samfunnsnyttige aktiviteter. Å engasjere seg innen frivilligheten er i seg selv helsebringende i form av å være til nytte og en ressurs for andre, og samtidig bidra til økt tilhørighet og fellesskap i nærmiljø og nabolag. Frivillighet kan ikke forpliktes, men må følges opp slik at den kan være stabil og vokse.

Samarbeid mellom kommune og frivillig sektor er viktig, og kan bidra til å skape helsefremmende og sosiale møteplasser og lavterskeltilbud i nærmiljøene. Innsats hvor generasjoner yter gjensidig frivillig innsats for hverandre kan virke forebyggende med tanke på utenforskap og ensomhet.

Det bør i større grad tilrettelegges for økt innsats fra frivillige som et supplement til kommunale tjenester. Samarbeidet mellom kommunale tjenester og frivillig sektor krever nye samarbeidsstrukturer, og som avklarer tydelige grenseoppganger når det gjelder oppgavefordeling.



3.2.4 Koordinerende enhet, koordinator og individuell plan

For å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til brukere med behov for rehabilitering, skal kommunen ha en koordinerende enhet³⁰. Koordinerende enhet skal ha oversikt over kommunens habilitering- og rehabiliteringstilbud, lærings- og mestringstilbud, Frisklivssentraler, syns- og hørselskontakter, tilbud i bydel og spesialisthelsetjenesten, samt kjenne til hvor aktuell informasjon er å finne³¹. Enheten skal sørge for informasjon og veiledning til innbyggere, brukere, pårørende og samarbeidspartnere, og være synlig og lett tilgjengelig for innbyggerne. Enheten skal ha tilstrekkelig bemanning og kompetanse³². Koordinerende enhet skal motta interne meldinger om mulige behov for habilitering og rehabilitering. Enheten skal ivareta et familieperspektiv, bidra til samarbeid på tvers av fagområder, nivåer og sektorer. Koordinerende enhet skal ha et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene.

Kommunen skal tilby brukere med langvarige og koordinerte tjenester en koordinator³³ og utarbeide individuell plan³⁴. Koordinatoren er en tjenesteyter som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet og sørge for fremdrift i arbeidet med en individuell plan. Formålet med en koordinator er det samme som for individuell plan³⁵. En barnekoordinator er en lovpålagt oppgave, og skal bidra til å sikre at barnet, ungdommen og familien får medvirke og informasjon ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. I overgangen fra barn til voksen er det avgjørende at det er en avklart ansvars- og oppgavefordeling mellom barnekoordinator og den som eventuelt skal ta over koordineringsansvaret. Dette vil sikre at planer, oppgaver, behov og ønsker blir videreført.

Retten til å få utarbeidet individuell plan er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, og formålet med utarbeidelse og bruk av en individuell plan beskrives i forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester:

- å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er én tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren
- å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for ulike tjenester, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens tjeneste- og bistandsbehov

- å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende
- å styrke samhandlingen mellom ulike tjenesteytere
- å bidra til at tjenestene tilbys tverrfaglig og planmessig

3.3 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten har et tilsvarende sørge-for-ansvar for å yte nødvendige spesialisthelsetjenester, i og utenfor institusjon, jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a.

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten foregår derfor både på helseforetaksnivå og i private rehabiliteringsinstitusjoner, i tråd med avaler ved regionale helseforetak. Tilbudene er inndelt i diagnosegrupper, og for 2019 ble det beregnet at 58 % av all rehabilitering i spesialisthelsetjenesten foregikk ved private rehabiliteringsinstitusjoner³⁶.

3.4 Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten om rehabilitering

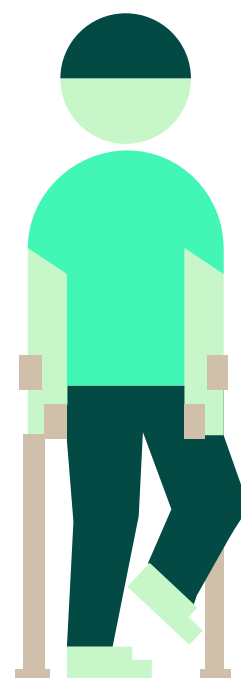
Både kommune og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å sørge for at befolkningen får nødvendige rehabiliteringstjenester. Grenser og nivåer for ansvar og oppgaver kan endres ut ifra lokale forutsetninger og behov, og på grunnlag av faglig utvikling og helsepolitiske mål. Som for annen helsehjelp skal hovedtyngden av rehabilitering skje i nærmiljøet til brukeren, og spesialisthelsetjenesten skal bidra med spesialisert kompetanse.

Kommunen og spesialisthelsetjenesten har etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven plikt til å planlegge utvikling av tjenestene sammen. Aktørene skal utarbeide samarbeids- og tjenesteavtaler, og rehabilitering skal i henhold til disse bestemmelsene beskrives. Formålet med samarbeidet er at pasienter og brukere skal motta helhetlige tilbud, herunder også lærings- og mestringsoppgaver, og at oppgaveoverføring foregår planlagt og på en måte som ivaretar pasientens beste. Samarbeidet skal også omhandle kompetanse og forskning. Se vedlegg 2 for Helsedirektoratets anbefaling om konkret oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.

3.5 Hvem trenger rehabilitering?

Ulike helsetilstander fører til ulike funksjonsutfordringer og ulike behov for rehabilitering. Rehabiliteringstjenester ytes til personer med omfattende behov, ved akutt oppståtte utfordringer, ved funksjonstap over tid, eller ved forebygging av skade og/eller sykdom. Det er kompleksiteten i den enkeltes behov som avgjør hvilke aktører som må involveres og samarbeide slik at den enkelte oppnår sine mål.

Det foreligger ingen oversikt over hvem og hvor mange som har behov for rehabilitering, men informasjon om sykdomsbyrde kan gi oss informasjon for å identifisere og iverksette målrettede tiltak for å ivareta de største folkehelseutfordringene. Ut ifra global sykdomsbyrde beregnes det at omtrent 40 prosent av innbyggerne vil være i behov av rehabilitering en eller flere ganger i løpet av livet³⁷. Folkehelseinstituttet har utarbeidet en nasjonal og fylkesvis oversikt over sykdomsbyrde og årsaker til helsejusterte levekår³⁸.



3.6 Hva rehabilitering består av?

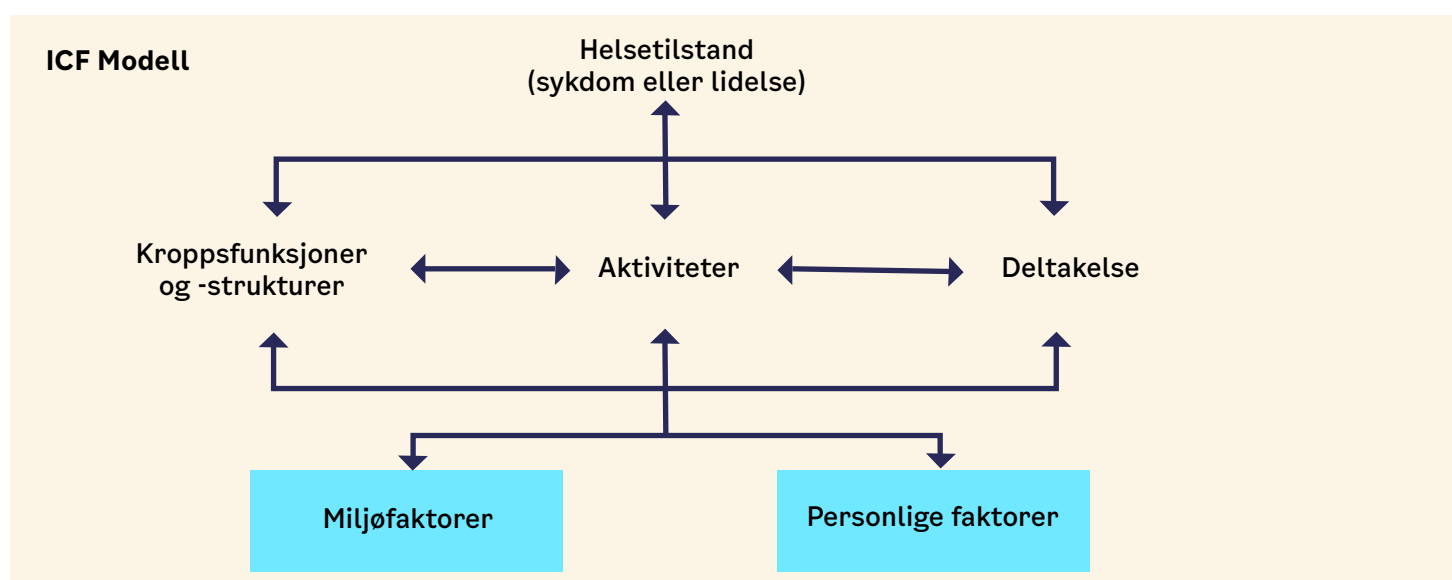
Rehabilitering består av ulike prosesser som handler om å definere mål, utarbeide rehabiliteringsplan, og iverksette, gjennomføre og eventuelt justere tiltak, samt evaluering av tiltakene. Den enkeltes ansvar for egen rehabiliteringsprosess er gjennomgående ved alle deler av behandlingsforløpet. I nasjonalfaglig retningslinjer anbefales det at kommunens rehabiliteringstjenester består av differensierte tilbud som inneholder læring, funksjonstrening og tilrettelegging som samsvarer med innbyggernes behov³⁹. Dette krever bred kompetanse. Det er nødvendig at metoder og verktøy er tilgjengelige, og at tiltak er virkningsfulle.

3.6.1 Fange opp, kartlegge funksjon, og avklare behov

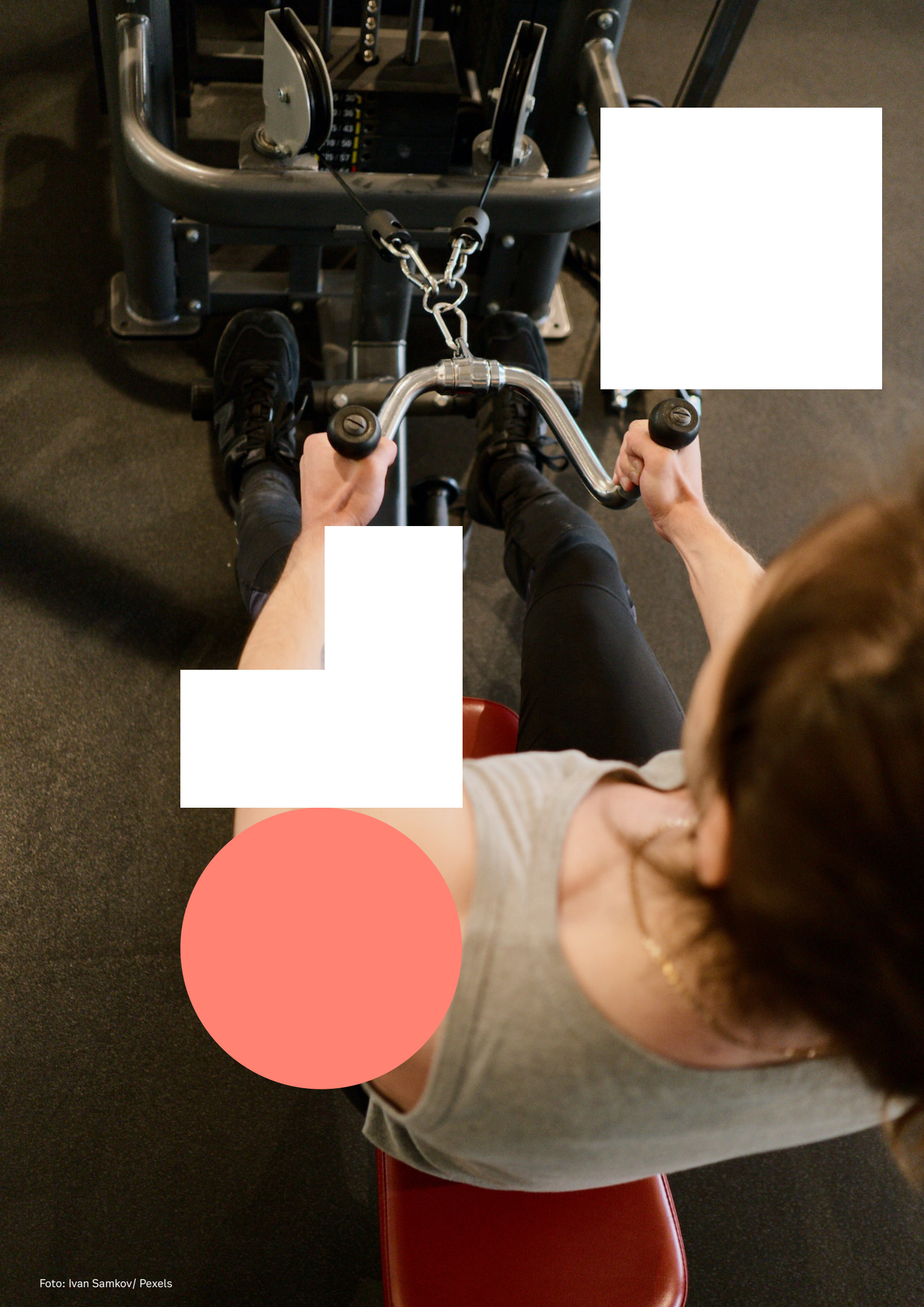
Den enkeltes behov og ressurser skal, ifølge lovverk, rundskriv og veiledere, avklares gjennom tverrfaglig utredning⁴⁰. Tverrfaglig tilnærming kan gi felles forståelse av den enkeltes samlede behov og enighet om mål, oppgaver og arbeidsprosess.

Verdens helseorganisasjon har utarbeidet en internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF). Klassifiseringen fungerer som en enhetlig modell og et standardisert språk for funksjon, funksjonshemming og helse. Ut ifra definerte områder har ICF et idegrunnlag som favner et kroppslig, individ- og samfunnsmessig perspektiv, og modellen anbefales som et verktøy for å beskrive helse og helserelaterte forhold.

ICF benyttes for helhetlig kartlegging av funksjon og for å avklare behov innen kommunal rehabilitering⁴¹. Modellen setter det enkelte mennesket inn i en større sammenheng ved å fokusere på den enkeltes funksjonsevne og aktiviteter i samspill med omgivelsene. Pilene illustrerer hvordan samspillet fungerer og hvordan de ulike dimensjonene har en gjensidig påvirkning på hverandre. Dette, er samspill som er førende for deltagelse i arbeidsliv, sosiale aktiviteter, og mestring av daglige gjøremål⁴². Alle områdene i ICF-modellen bør være i fokus i kartlegging av en persons behov for rehabilitering.



Figur 3, basert på ICF, Store medisinske leksikon https://sml.snl.no/Internasjonal_klassifikasjon_av_funksjon,_funksjonshemming_og_helse



Registrering av den enkeltes søkers/tjenestemottakers funksjon føres inn i IPLOS, et offentlig individbasert helseregister. Registeret danner grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren, og kommunen er etter forskrift pålagt å registrere og sende inn opplysninger som videre inngår i kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)⁴³.

Opplysningene ifra IPLOS kan bidra til å kartlegge behovet for, og til styring og utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Utover lovpålagt bruk av IPLOS, er det pr. i dag ingen nasjonal standard for kartleggingsverktøy som anbefales brukt i rehabiliteringsprosesser. Samtidig gjøres det anbefalinger om bruk av spesifikke kartleggingsverktøy i flere av diagnosespesifikke pakkeforløp og til bruk i ulike faser av pasientforløpet.

3.6.2 Definere brukersentrerte mål, utarbeide rehabiliteringsplan, og evaluere

Mål for den enkeltes rehabiliteringsprosess settes med utgangspunkt i brukerens egne behov. Tiltak for å nå målene skal være koordinerte, helhetlig og kunnskapsbaserte⁴². Mål utformes i samarbeid mellom bruker og fagperson, og involverer pårørende der det er hensiktsmessig. Bruk av faglige verktøy og metoder legger til rette for en felles forståelse av hva helhetlige behov innebærer, og for å oppnå felles tilslutning om mål, tiltak og arbeidsprosess⁴⁵.

«Hva er viktig for deg?» er et konkret spørsmål og et verktøy som legger til rette for medvirkning, og kan bidra til å fremme motivasjon, og være retningsgivende for den enkeltes rehabiliteringsprosess⁴⁶. Det anbefales at det utarbeides mål som har betydning for den enkeltes aktivitet og deltagelse⁴⁷. Målene kan spesifiseres i behandlingen og skriftliggjøres i en rehabiliteringsplan.

En rehabiliteringsplan skal ut ifra relevant fagkompetanse om prognose og forventet effekt: synliggjøre mål, avklare forventninger, aktualisere tiltak og hvem som er ansvarlig, og angi en tid for måloppnåelse.

En sentral del av rehabiliteringsprosessen handler videre om å evaluere måloppnåelse og endring av funksjon som følge av gjennomførte tiltak. Det anbefales å gjennomføre systematisk evaluering med bruk av validerte kartleggingsverktøy for å registrere funksjon eller måloppnåelse.

3.6.3 Hyppighet, varighet og intensitet av rehabiliteringstiltak

For at rehabiliteringsprosessen skal gi endring i brukerens funksjonsnivå, er det avgjørende at tiltak som igangsettes er målrettede og strukturerte, og gjennomføres med tilstrekkelig hyppighet, varighet og grad av intensitet eller belastning. Den enkelte trener på det som er ønskelig å forbedre, og treningen bør foregå i naturlige situasjoner⁴⁸, i samarbeid med fysio- og ergoterapeuter, og andre aktuelle ansatte med fagkompetanse innen rehabilitering⁴⁹.

Rehabiliteringsprosessen kan deles inn i ulike faser, og vil variere ut ifra den enkeltes mål, helseforhold (diagnose/skade) og funksjon. En hyppighet av rehabiliteringstiltak mindre enn to ganger per uke vil i de fleste tilfeller anses som vedlikeholdende. Dette vil være avhengig av hvorvidt den enkelte er i stand til å trene på egenhånd. Korte og fokuserte tjenester, slik som hverdagsrehabilitering og tverrfaglige vurderingsteam har på landsbasis vist seg å være effektive⁵⁰. Effekt av innsats som ytes i form av hverdagsrehabilitering og med tverrfaglige vurderingsteam må ses i forhold til den enkeltes mål, og være i tråd med hensiktsmessig hyppighet, varighet og intensitet. For personer med store og komplekse behov vil det være nødvendig med spesifikk kompetanse i et lengre rehabiliteringsforløp.

3.7 Rehabiliteringsfaglig kompetanse

Sentrale temaområder innen rehabiliteringsfaglig kompetanse er beskrevet i Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator⁵¹, og omhandler følgende:

Generell prosesskompetanse

- Brukermedvirkning - samhandling med bruker og nærpersoner/pårørende om målrettet prosessarbeid - kartlegging, målsetting, tiltak, ansvar, fremdrift og evaluering
- Veiledningsmetodikk - motiverende intervju
- Tverrfaglig samarbeid - teamarbeid
- Samhandling med andre sektorer og spesialisthelsetjenesten
- Individuell plan og koordinering

Kunnskap om mestring, trening og tilrettelegging

- Kommunikasjon
- Generell daglig fungering - ADL
- Mobilitet, hjelpemidler, bolig, universell utforming
- Egenomsorg
- Kognitive prosesser
- Sosial fungering, utdanning og arbeidsliv, sosioøkonomiske forhold
- Forebygging, livsstilsendring, læring og mestring

3.7.1 Tverrfaglighet

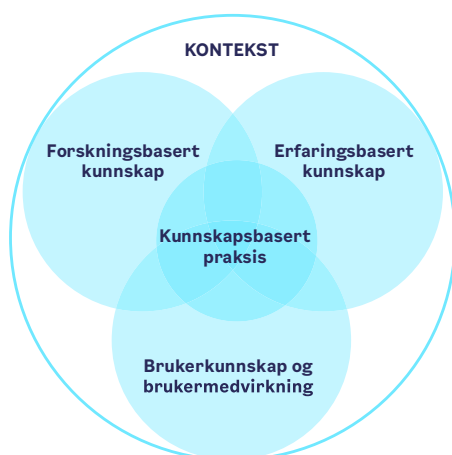
Avhengig av den enkelte brukers mål og utfordringer vil rehabiliteringen gjennomføres med innsats fra flere faggrupper. Sentrale faggrupper innen rehabilitering er ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere og leger.

For å ivareta brukers helhetlige behov er det også sentralt at den sosialfaglige kompetansen innlemmes og ivaretas⁵⁰. Utover sosionomer, vil også psykolog, klinisk ernæringsfysiolog, logoped, og audio- og synspedagog være viktige samarbeidspartnere, som innehar hensiktsmessig kompetanse til den enkeltes rehabiliteringsprosess. En tverrfaglig innretning av rehabilitering er sentralt for forsvarlig oppfølging av kompleksiteten i brukerens behov.

Et godt tverrfaglig samarbeid kan stimulere til økt kunnskapsdeling mellom profesjonene og føre til mer robuste tjenester⁵³.

3.8 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis (KBP) handler om at ansatte tar faglige avgjørelser ut ifra systematisk innhentet kunnskap fra forskning, erfaring, og fra brukerens ønsker og behov. KBP har som mål å styrke beslutningsgrunnlaget til ansatte innen helse- og sosialsektoren, slik at tjenestene som ytes er virkningsfulle og av god kvalitet. Forskning og innovasjon er nødvendig for å utvikle tjenestene, og kommunen må samhandle med kunnskapsmiljøer i dette arbeidet.



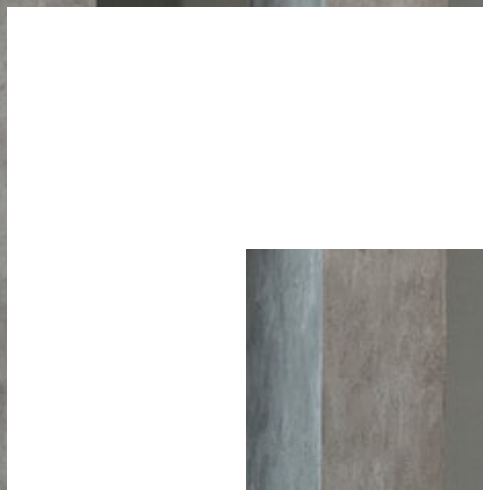
Figur 4. Modell for kunnskapsbasert praksis (Jamtvedt, G; Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. NOU 2018:16 s. 135)

Det finnes flere metoder og verktøy som kan benyttes i forbedringsarbeid. En kjent modell for hvordan gå frem for å oppnå forbedringer i tjenesten er forbedringshjulet. Modellen illustrerer fem faser som kan brukes ved store og små forbedringsprosesser, og som kan fungere som en huskeliste. Med modellen følger også veiledning for konkret gjennomføring.

Proessen for å identifisere og fylle kunnskapsgap mellom kunnskapskilder og praksisutførelse omtales som kunnskapstranslasjon (KT)⁵⁴. Der kunnskapsbasert praksis kombinerer kunnskap fra brukere, forskning og erfaring i tjenesteutøvelse, handler kunnskapstranslasjon om hvordan lykkes med å omsette kunnskap til handling. Dette muliggjør raskere implementering av ny kunnskap⁵⁵. For å lykkes med kvalitetsforbedring, trengs systematisk arbeid, tilstrekkelige ressurser, tid og ledelse⁵⁶.



Figur 5, Forbedringshjulet. Kunnskapsbiblioteket.no



3.9 Kvalitetsindikatorer og registreringspraksis

Det er i dag lite tilgjengelig informasjon som dokumenterer kommunens innsats, effekt eller kostnader innen rehabiliteringstjenestene. I rapport «Evalueringsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)» synliggjøres det at rehabiliteringsfeltet har mangelfulle kvalitetsindikatorer og statistikk som gir oversikt over behov⁵⁷. Dette medfører at det er utfordrende å foreta riktige beslutninger som imøtekommer behovet for rehabilitering⁵⁶. Rapporten påpeker videre en manglende kultur for å bruke tilgjengelig informasjon fra rapportering og rutinemessig vurdering av behov for å belyse effekten av ulike tiltak og behandling i rehabiliteringsprosesser⁵⁹.

3.10 Hjelpemiddelformidling

Et hjelpemiddel er, ifølge Folketrygdloven, utstyr som er egnet til direkte avhjelpe/erstatte/kompensere for en funksjonssvikt⁶⁰. Hjelpemidler kan bidra til mestring og deltagelse⁶¹ i eget hjem, skole, arbeid og fritid. Hjelpemidler kan være nøkkelen til selvhjelpenhet og en forutsetning for å kunne bo i eget hjem.

Hjelpemiddelformidling handler om å finne fram til tekniske, praktiske løsninger i hverdagslivet ved nedsatt funksjonsevne. Hjelpemiddelformidlingen er vellykket når brukeren opplever at hjelpemiddelet bidrar til å løse praktiske utfordringer.

I Norge er det et offentlig, statlig formidlingssystem for hjelpemidler med hjelpemiddelsentraler i hvert fylke. Formidlingssystemet i Norge er en del av arbeids- og velferdsetaten (NAV). Kommunen har i samarbeid med NAV og hjelpemiddelsentralene ansvar for å formidle hjelpemidler. Kommunen skal vurdere behovet for hjelpemidler som ett av flere alternative tiltak ut ifra brukerens samlede behov⁶², og sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Bestemmelsen omfatter hjelpemidler og ergonomiske tiltak finansiert av folketrygden, når funksjonsnedsettelse fører til behov for hjelpemidler utover to år. Kommunen har ansvar for å finansiere hjelpemidler ved midlertidig behov (inntil to år) og for fastmonterte hjelpemidler til bruk ved institusjon. Rettigheter til hjelpemidler reguleres gjennom Lov om folketrygd.

NAV ved hjelpemiddelsentralene har ansvar for hjelpemidler som er til eie og som finansieres over folketrygden (behov over to år). NAV Hjelpemiddelsentral har utover dette ansvar for å anskaffe hjelpemidlene, og for service og reparasjoner utover de mer

enkle som kommunen selv sørger for å ivareta. NAV Hjelpemiddelsentral har ansatte som besitter kompetanse om produkter og løsninger innen hjelpemiddelområdet, herunder også tolk og ergonomiske tiltak, som kan løse praktiske utfordringer i hverdagen ved funksjonsnedsettelse. NAV hjelpemiddelsentralene har en sentral rolle i å bistå brukere, kommuner og arbeidsplasser i saker som krever spesialisert kompetanse, og skal:

- Gi faglig bistand til kommunene og andre samarbeidspartnere i brukerkonsultasjoner etter behov
- Organisere og gjennomføre opplæring av førstelinjetjenesten og andre samarbeidspartnere
- Informere om sentralens virksomhet og arbeidsområde
- Gi ut informasjon om nasjonalt og lokalt sortiment
- Samle, systematisere og dokumentere erfaring og utvikle metodikk
- Ha en pådriver- og påvirknerrolle i utviklingsarbeid – være premissleverandør for direktorat og departement

Utforming av produkter og fysiske omgivelser etter prinsipper om universell utforming, vil til en viss grad kunne redusere behovet for tekniske hjelpemidler for personer med funksjonsnedsettelse⁶³. Hjelpemidler som kompenserer for nedsatt funksjonsevne kan inngå i velferdsteknologiske løsninger⁶⁴.



3.11 Digitale verktøy

Innen helse- og omsorgstjenesten har bruk av data og digitale verktøy satt fart på arbeidet med å finne nye og gode digitale løsninger som bidrar til at flere kan bo hjemme. Bruk av teknologi bidrar til økt tjenestekvalitet, og bedre utnyttelse av kompetanse og ressurser⁶⁵.

Velferdsteknologi har til hensikt å gi den enkelte økt selvstendighet for å kunne mestre eget liv, helse og sykdom⁶⁶, og helsetjenesten anbefales å ta i bruk digitale verktøy i oppfølging av personer med behov for rehabilitering⁶⁷. Velferdsteknologi kan støtte den enkeltes individuelle rehabiliteringsprosess, og bør alltid vurderes som ett eller flere tiltak for å øke mestring, aktivitet og livskvalitet. Bruken av velferdsteknologi kan møte på flere utfordringer. Personvern, datasikkerhet og problemer med å dele informasjon på tvers av systemer og nivåer, er eksempler på dette.

Digitale samhandlingsverktøy kan være spesielt nyttige for å bedre overganger, og gjøre viktig informasjon om den enkeltes funksjoner og målinger tilgjengelig for involvert helsepersonell. Bruk av digitale samhandlingsverktøy kan ifølge studier styrke kommunikasjon mellom ansatte⁶⁸. Videre kan bruk av video, i tillegg til skriftlig dialog, mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, og i samarbeid med andre aktører være et godt supplement i samarbeidet. Dagens avtaleverk innehar takster for dette. Videokommunikasjon benyttes også ved rehabiliteringstilbud for veiledning og oppfølging av enkeltpersoner og grupper, og innen slagrehabilitering og hverdagsrehabilitering viser studier gode resultater for funksjon i hverdagslivet, og for å kvalitetssikre spesifikke tiltak gjennom økt tverrfaglighet og samhandling⁶⁹.



4.

Rehabilitering
i Oslo

4.1 Behov for rehabilitering

Ifølge Folkehelseinstituttets nasjonale og fylkesvise oversikt over sykdomsbyrde og årsaker til helsejusterte levekår⁷⁰, er hjertesykdom, korsryggsmerter, fall, KOLS og slag de vanligste diagnosegruppene i Oslos befolkning. Dette er diagnoser som i noe grad kan forebygges, og hvor utbytte av rehabiliteringsinnsats kan bedre funksjon, aktivitet, deltagelse og livskvalitet.

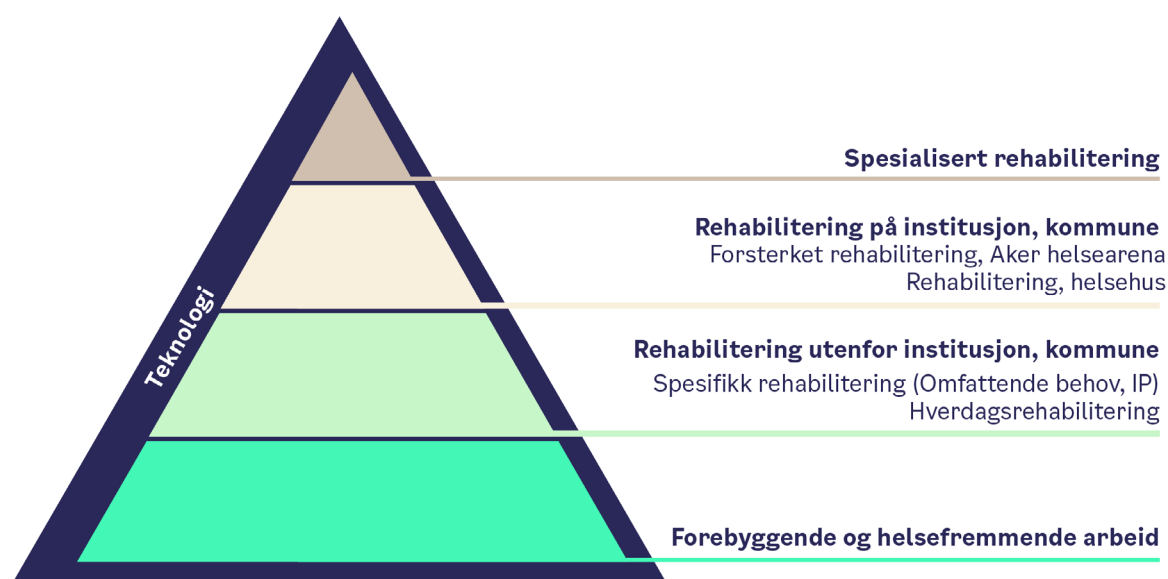
Oversikten under beskriver fakta over befolkningen i Oslo med betydning for rehabiliteringstjenestene

Fakta

- Om lag 800 personer i Oslo årlig får hjerneslag
- Om lag 700 personer fra 65 år og eldre får årlig hoftebrudd.
- Muskel- og skjelettsykdommer er den sykdomsgruppen som, både globalt og i Oslo, i størst grad bidrar til ikke dødelig helsetap. Personer med muskel- og skjelettlidelser vil i stor grad ha nytte av rehabilitering flere ganger gjennom livet.
- I 2020 var det i underkant av 10 000 personer med demens i Oslo. I 2030 økes det til over 13 000. Antallet dobles i 2040 til underkant av 20 000 personer med demens. -Personer med kroniske smertetilstander utgjør en stor andel unge uføre.
- KOLS er en diagnose som gir stor sykdomsbyrde, og KOLS-pasienter er den pasientgruppen med fleste reinnleggelser. Det er god dokumentasjon på at lungerehabilitering bidrar til å bedre funksjon og livskvalitet, samtidig som en studie viser at rehabilitering til personer med KOLS i liten grad tilbys i norske kommuner.
- Hver femte senior i Oslo har innvandrerbakgrunn. Det er i 2022 flest innvandrere fra nordiske land og EØS. Det forventes en endring frem til 2040 med en økning i eldre personer med bakgrunn fra Afrika og Asia. Eldre innvandrere er spesielt utsatt for å oppleve ensomhet, har dårligere helse og oftere underliggende sykdom enn resten av befolkningen. Innvandrere med demens og deres pårørende har stort behov for tilrettelegging av tjenester. En eldre innvandrerbefolkning vil medføre økt behov for tolk og tolketjenester.
- Psykisk uhelse og rusproblemer er en av de viktigste årsakene til sykdomsbyrde i Norge, og personer med psykisk uhelse lever omtrent 20 år kortere enn befolkningen ellers. Psykiske lidelser og kroniske smerter er videre utfordringer hos flyktninger. Psykisk helse kan innad i ulike innvandremiljøer knyttes til skam og stigma, og tjenestene må forberede seg for å imøtekomme denne utviklingen.

4.2 Organisering av rehabiliteringstjenestene i Oslo

Rehabilitering i Oslo omhandler forebyggende og helsefremmende arbeid, rehabilitering utenfor institusjon med hverdagsrehabilitering og spesifikk rehabilitering, rehabilitering på institusjon i form av opphold ved helsehus og ved Forsterket rehabilitering, Aker helsearena. Rehabiliteringstjenestene illustreres med en pyramide som beskriver de ulike tjenestene. Det er den enkeltes behov som avgjør hvilke tjenester og nivå av rehabilitering som iverksettes. Teknologi skal benyttes for å understøtte den enkeltes rehabiliteringsprosess.



Figur 6, Rehabiliteringspyramiden, Helseetaten, Oslo kommune

4.3 Forebyggende og helsefremmende arbeid

Målet med rehabilitering er å fremme helse, aktivitet og deltakelse, forebygge funksjonsfall, skade og sykdom, og understøtte mestring av hverdagen. Forebyggende og helsefremmende arbeid har til hensikt å hindre eller begrense skade eller problemer, og er derfor viktige innsatsområder til rehabilitering og som legger til rette for mestring.

Å ta vare på egen helse er den enkeltes ansvar, og det er et grunnleggende mål om at flest mulig skal ha en god helse med ingen eller minimalt behov for bistand fra det offentlige. Forebyggende og helsefremmende arbeid fremmer egenmestring i form av mer selvhjelpenhet, og gir kompetanse i å gjøre gode beslutninger om egen helse og situasjon.



Foto: Karolina Grabovska / Pexels

Utover kompetanse om egen helse er andre viktige fokusområder: tilrettelegging av bolig, digitalisering og velferdsteknologi, økonomi, frivillighet, aktivitets- og transporttilbud.

Forebyggende og helsefremmende tiltak bidrar til at flere kan leve gode, meningsfylte og selvstendige liv i eget hjem. Forebyggende og helsefremmende tjenester i kommunen foregår på mange arenaer, og inngangen til og innholdet i tilbudene kan variere. I tillegg til tjenestene som tilbys i regi av Oslo kommune, foregår forebyggende og helsefremmende aktiviteter ved brukerorganisasjoner, frivillige lag og organisasjoner, og også i regi av spesialisthelsetjenestens lærings- og mestringstilbud.

På neste side beskrives forebyggende og helsefremmende tilbud til voksne og eldre i Oslo kommune.

1

Lærings- og mestringstilbud er målrettede, strukturerte, og pedagogiske tilbud for pasienter, brukere og pårørende i ulike livsfaser og med ulike helseutfordringer.

Legene har nøkkelrolle i innbyggernes rehabiliteringsforløp og i det tverrfaglige samarbeidet. Oslo har omtrent 200 faste ansatte leger i sykehjem, legevakt, ved kommunal akutt døgnetenhet (KAD) og i rusomsorgen. I tillegg er det omtrent 530 fastleger som i hovedsak er selvstendig næringsdrivende. Samarbeid mellom fastlegene og tjenestene varierer. Flere legesentre har prøvd ut organisering av primærhelseteam, og har gjort seg nyttige erfaringer.

2

Frisklivssentraler tilbys i alle bydeler og består av kunnskapsbasert hjelp til endring av levevaner. Tilbudet kan benyttes som tidlig innsats for å forebygge sykdom eller være en aktør i behandlings-, rehabiliterings- eller habiliteringstilbud, og tilbys også til personer med lettere psykiske plager, overvekt eller kostholdsproblematikk, søvnvansker og risikofyllt alkoholbruk.

Flere sentraler har etablert rehabiliteringstilbud for innbyggere med senfølger etter covid-19. Sentralene skal samarbeide med og ha oversikt over offentlige, frivillige og private tilbud i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

En kan selv ta kontakt, eller via henvisning fra fastlege, helsepersonell eller fra Nav

3

Gruppetilbud i bydelene er ofte lokalisert på seniorsentre eller ved andre lavterskeltilbud, og kan gi mulighet til felles måltider og sosial kontakt.

Oslo kommune har over 40 seniorsentre som tilbyr måltider, sosiale aktiviteter og treningsgrupper. Gruppetilbud varierer fra bydel til bydel. Tilbudene gjennomføres av eller i samarbeid med frivillige. «Sterk og stødig» er et eksempel på et slikt gruppetilbud og tilbys i alle bydeler. Gruppen kan være ledet av frivillige og rettes mot seniorer som erfarer funksjonsendringer. Tilbudet har fokus på styrke- og balansetrening, samt forebygging av fall. Flere bydeler har også tilbud rettet til personer som har/har hatt kreft.

Alle bydelene i Oslo har seniorveiledere. Seniorveilederen foretar forebyggende hjemmebesøk hos eldre innbyggere og gir informasjon om tjenester og tilbud i kommunen. Forebygging av fall, hjelpemidler og teknologi er sentrale tema og som gis informasjon og veiledning om mulige tiltak.

4

Behandling i terapibasseng er gruppebasert trening ledet av fysioterapeut i basseng som holder 32-34 grader. Det finnes bassenger i kommunal regi i Oslo.

5

Likepersonsarbeid handler om erfaringsdeling og mellommenneskelig støtte mellom personer som erfarer samme funksjonsnedsettelse, eller er i samme situasjonen i rollen som pårørende.

4.4 Hverdagsmestring

Hverdagsmestring er et helsefremmende og forebyggende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen, uavhengig av funksjonsnivå, og er derfor aktuelt ved alle helse- og omsorgstjenester⁷¹. Mestring av hverdagslige gjøremål foregår i hovedsakelig i eget hjem og nærmiljø, og består av dagligdagse, gjentakende aktiviteter knyttet til personlig stell og omsorg, fritidsaktiviteter eller relatert til sosialt samvær og deltagelse i samfunnet, skole eller arbeid⁷².

Helse- og omsorgstjenestene i Oslo har i flere år hatt et betydelig fokus på helsefremmende og forebyggende tiltak. I overordnet standard for tjenester i hjemmet fremheves mestring⁷³, og kan stimulere til egenmestring og rette oppmerksomhet til det som fremmer helse ved å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?».

Rehabilitering handler om opptrening av funksjon (sosial, fysisk og psykisk) når målet for innsatsen er å gjenvinne best mulig funksjon, fremme aktivitet, selvstendighet og deltagelse.

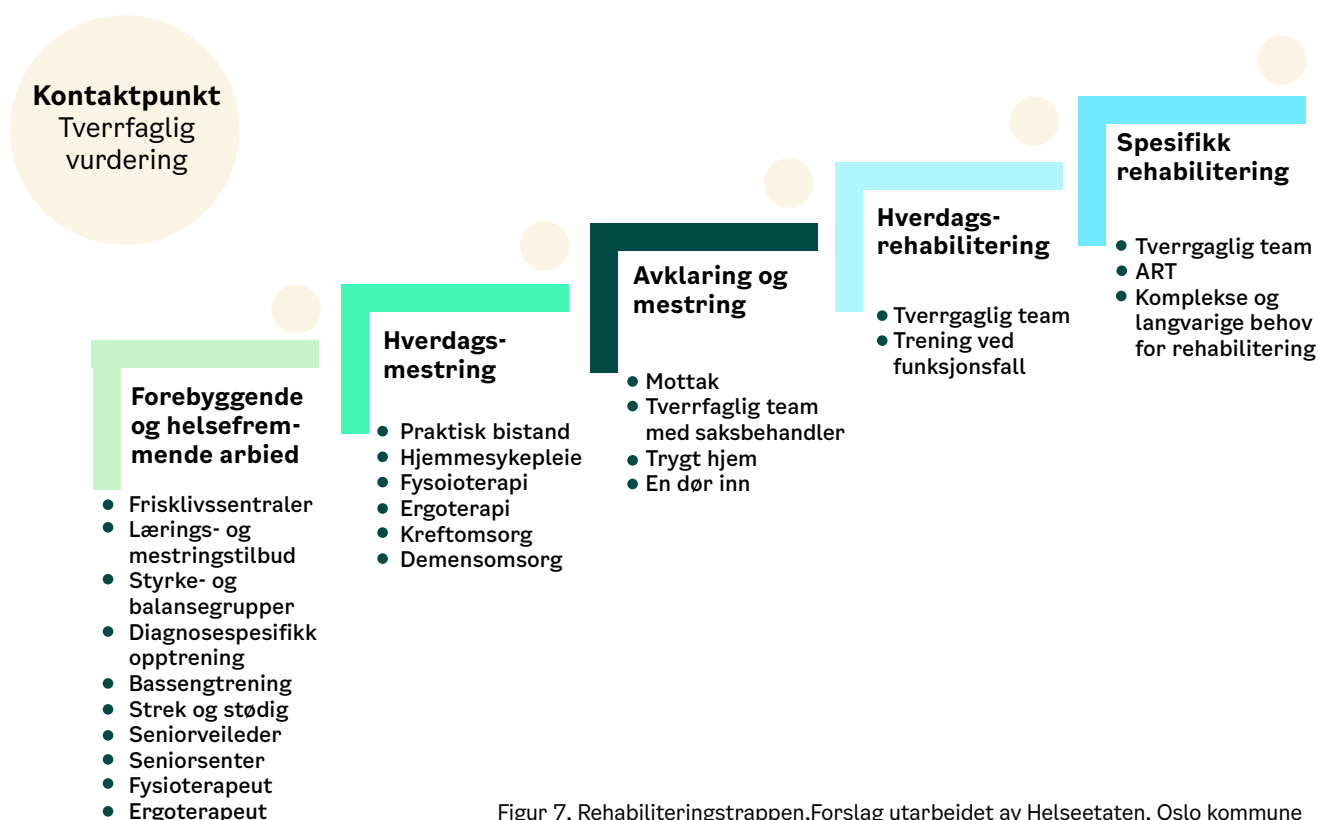


4.5 Rehabilitering utenfor institusjon

Hjemmet er en viktig arena for rehabilitering fordi arbeidsprosess og tiltak skjer i kjente miljø, og muliggjør at pårørende og nettverk i større grad får en aktiv rolle rundt den enkelte bruker. Rehabiliteringstjenester som tilbys utenfor institusjon foregår ved frisklivssentraler, og i tjenester som hverdagsrehabilitering, spesifikk rehabilitering, og ambulerende rehabiliteringsteam (ART). Relevante tjeneste- og samarbeidsaktører vil også være innen velferds- og sosialområdet. Under illustreres tilbud som tilbys i form av en tabell, og tilbudene gjøres kort rede for.

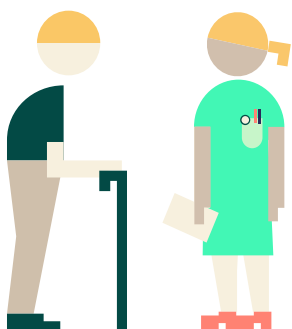
Rehabiliteringstrapp for rehabiliteringstilbud utenfor institusjon

Fastlege, private fysioterapeuter, sosionom, psykolog, klinisk ernæringsfysiolog, logoped, NAV, Oslo voksenopplæring



Figur 7, Rehabiliteringstrappen, Forslag utarbeidet av Helseetaten, Oslo kommune





Frisklivssentraler

Arbeidsmetode: Kunnskapsbasert individuell og/eller gruppebasert tilbud.

Målgruppe: Voksne som ønsker endring av levevaner, tidlig innsats for å forebygge sykdom eller i et behandlings-, rehabiliterings- eller habiliteringsforløp, herunder også til personer med lettere psykiske plager, søvnvansker, og risikofylt alkoholbruk. Flere sentraler har opprettet tilbud til personer med senfølger etter covid-19.

Kompetanse: Forebygging og helsefremming.

Henvisning: En kan selv ta direkte kontakt, eller bli henvist fra fastlege, helsepersonell eller fra NAV. Organisering: Bydeler. Sentralene skal samarbeide med og ha oversikt over offentlige, frivillige og private tilbud i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Finansiering: Bydel.

Spesifikk rehabilitering

Arbeidsmetode: Tverrfaglige, koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak som tar utgangspunkt i hva den enkelte bruker mener er viktig for seg, og vektlegger den enkeltes ressurser og deltakelse. Tiltakene settes inn for å sikre at personen får best mulig funksjon- og mestringsevne på de arenaer som er viktig for den enkelte. Det vil ofte være behov for å opprette individuell plan og koordinator. For en illustrasjon over forskjellene mellom hverdagsrehabilitering og spesifikk rehabilitering, se vedlegg 1.

Verktøy: Tilpasses ut ifra den enkeltes behov.

Målgruppe: Personer over 18 år med omfattende helseutfordringer som kan kreve langvarige og koordinerte tjenester.

Kompetanse: Settes sammen ut fra brukers mål og behov (sykepleier, helsefagarbeider, ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom, psykolog, ernæringsfysiolog og logoped).

Organisering: Ulik fra bydel til bydel.

-Noen bydeler har egne spesialiserte og tverrfaglige rehabiliteringsteam som organiseres sammen med for eksempel hverdagsrehabilitering og dagrehabilitering.

-Noen bydeler har integrert fysio- og ergoterapikompetanse i ulike team etter tillitsmodellen

-Andre bydeler gir ikke spesifikk rehabilitering, men brukere får tilbud om ergo- og fysioterapitjenester i hjemmet. -En bydel henviser ved behov for spesifikk rehabilitering til helsehus, Forsterket rehabilitering Aker (FRA), private fysioterapeuter eller andre rehabiliteringsinstitusjoner.

Inntak: Kontakt opprettes ved henvendelse til bydelen.



Ambulant rehabiliteringsteam (ART) er et spesialisert, tverrfaglig team i bydelene Grorud og Alna.

Arbeidsmetode: Sørger for sømløse overganger, kompleks og systematisk oppfølging, og for tidlig bruker- og pårørendeinvolvering. Individuell plan iverksettes hvis behov, og følges opp. Koordinatorrollen tildeles ofte i ART.

Verktøy: Benyttes systematisk ved oppstart og avslutning og ut ifra den enkeltes behov. Målgruppe: Personer med komplekse behov etter slag og ved hjerneskade, også psykisk uhelse, rus, vanskelige boforhold, lite nettverk eller uoversiktlig økonomi. Gjennomsnittsalder på 56 år.

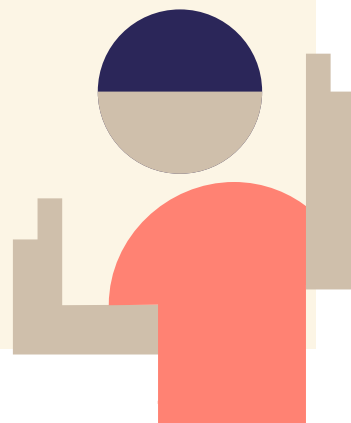
Kompetanse: Tre sykepleiere, to ergoterapeuter og to fysioterapeuter.

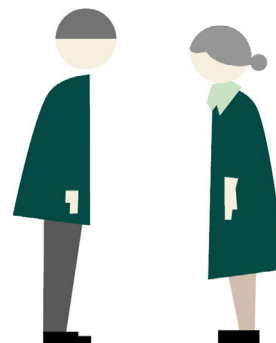
Organisering: ART er et samarbeid mellom bydelene Grorud og Alna og Solvang helsehus, og gir tilbud til innbyggere i Alna og Grorud. Finansiering: Bydel og Solvang helsehus.

Fysioterapitjenesten i Oslo består av fastlønnede fysioterapeuter og fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen, også kalt avtalefysioterapeuter. Avtalefysioterapeutene er selvstendig næringsdrivende, og finansieres med driftstilskudd fra kommunen og gjennom refusjonsordninger i HELFO og fra egenandel fra pasientene. Avtalefysioterapeutene har en organisering hvor en andel er tilknyttet bydeler og involveres i samarbeidsutvalg. Andre er organisert under Helseetaten og har en bydelssorvergrepene funksjon. Avtalefysioterapeutene er underlagt kommunal styring og ledelse på samme måte som fastlønnede fysioterapeuter, og innretter praksis slik at de bidrar til å oppfylle kommunens ansvar for helsetjenester og i henhold til gjeldende prioriteringer. En kan selv ta kontakt for bistand.

Andre tjenester og faggrupper som tilbyr rehabilitering I bydelene er **ergoterapeuter og fysioterapeuter** sentrale faggrupper som ofte bidrar i rehabiliteringsprosesser, og tjenestene ytes i all hovedsak i brukernes hjem og nærmiljø. Personer som har behov for fysioterapi i hjemmet får ofte det fra bydelens tjenester.

Sykepleiere, vernepleiere, og sosionomer kan også ha en mer eller mindre sentral rolle i rehabiliteringen, men de kan også fylle ulike funksjoner i bydelene som ikke nødvendigvis er knyttet til rehabilitering. **Psykologer, ernæringsfysiologer, synspedagoger, og audiopedagoger** har sammen med **fastleger** også viktige roller i tilknytning til rehabiliteringstjenestene.





Rådgivningskontoret for syn og hørsel

Arbeidsmetode: Informasjon til syn- og hørselshemmede, pårørende og hjelpeapparatet, råd og veiledning om tilbud og rettigheter, hjelp til å skrive søknader, veiledning i bruk av høreapparat, utprøving av tekniske hørselshjelpemidler, hjemmehjelpstjenester for døve og døvblinde, lege for døve, helsesøster for døve, eldresenter for døve og døvblinde og hørsel- og språksenter for førskolebarn.

Målgruppe: Alle med syns- og hørselshemminger i Oslo.

Kompetanse: 14,7 årsverk fagstillinger.

Almas hus er en informasjons- og kunnskapsarena for innbyggere, ansatte og studenter. Almas hus har en visningsleilighet med utvalgte hjelpemidler og teknologi som viser muligheter og løsninger i hvordan tilrettelegge for et alders- og demensvennlig miljø og hvordan finne gode løsninger tilpasset egen situasjon. Senteret er åpent flere dager i uken.

Målgruppe: Eldre, pårørende og ansatte.

Arbeidsmetode: Råd og veiledning om hvordan omgivelser, hjelpemidler og velferdsteknologi kan gjøre hverdagen for personer med kognitiv svikt eller demens enklere og tryggere. Informasjon, tips og gode råd finnes også på nettsiden hvakanhjelp.no.

Organisering: Helseetaten, i samarbeide med leverandører innen velferdsteknologi.

Nav

Arbeidsmetode: Råd og veiledning, individuelt tilpassede aktiviteter og økonomisk bistand.

Målgruppe: Bedre levekårene for vanskeligstilte og bidra til sosial og økonomisk trygghet. Fremme overgang til arbeid og aktivitet. **Kompetanse:** Kunnskap om lov og regelverk som gjelder målgruppen samt sosial- og arbeidsrettet kompetanse.

Henvisning: Digitalt på nav.no og telefon eller personlig oppmøte der digital kontakt ikke er mulig eller ønskelig.

Organisering: Det er et NAV-kontor i hver bydel.

Finansiering: NAV-kontorene driftes i et partnerskap mellom stat og kommune.



Oslo Voksenopplæring

Målgruppe: Voksne som har behov for opplæring knyttet til grunnleggende ferdigheter etter sykdom eller ulykke eller spesialundervisning knyttet til for eksempel ervervet synshemming eller ervervet hørselstap.

Arbeidsmetode: Tilpasset opplæring i grunnleggende ferdigheter for voksne med rett til spesialundervisning.

Kompetanse: Tilpasset kompetanse i grunnleggende ferdigheter.

Henvisning: En kan selv ta direkte kontakt med Oslo Voksenopplæring Servicesenter, eller bli henvist fra fastlege, helsepersonell eller fra NAV.

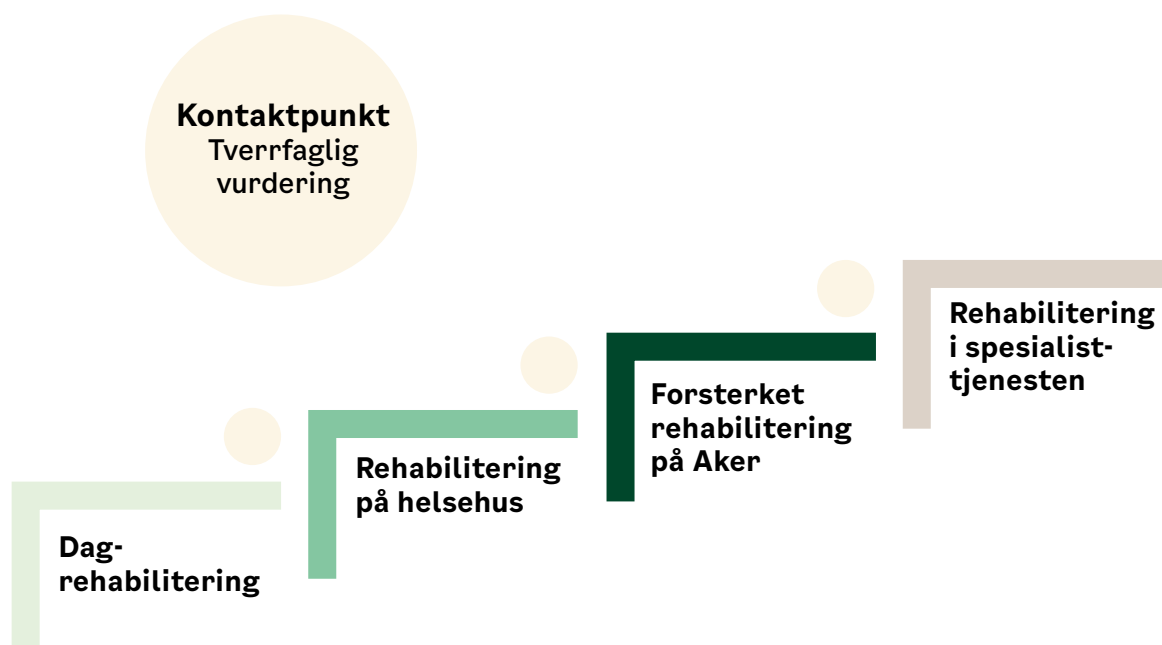
Organisering: Oslo Voksenopplæring er en del av Utdanningsetaten i Oslo. Det er to voksenopplæringssentre som tilbyr spesialundervisning for voksne, Oslo VO Nydalen og Oslo VO Skullerud. Opplæringen vil i stor grad være i samarbeid med de som har ansvaret for rehabilitering, behandling eller habilitering.

Antall brukere årlig: Omtrent 700 personer får årlig tilbud om spesialundervisning for voksne i Oslo.

Finansiering: Oslo Voksenopplæring, Utdanningsetaten.

4.6 Rehabilitering ved institusjon

Rehabiliteringstjenester tilbys ved flere kommunale institusjoner i Oslo. Tilbudene ytes ved Forsterket rehabilitering Aker (FRA), ved de fire helsehusene og i form av dagrehabilitering ved ett av helsehusene. Inngangen til tilbudene baseres på en tverrfaglig vurdering. Rehabiliteringstilbud som ytes ved institusjon illustreres med trappen under, og tilbud som ytes i kommunal regi beskrives nedenfor.



Figur 8, rehabiliteringstrappen, Helseetaten, Oslo kommune



Forsterket rehabilitering (FRA) har 25 heldøgns plasser til spesialisert tverrfaglig døgner rehabilitering.

Arbeidsmetode: Individuell tilpasset, døgnerbasert, intensiv tverrfaglig rehabilitering. Pasienter tilbys også oppfølgingstimer på FRA etter utskrivelse og for å få høyintensiv gangtrening. Per i dag har FRA mulighet til å gi 30 timer per uke til hjemmeboende pasienter.

Verktøy: Standardiserte tester ved innkomst, utskrivelse og underveis i rehabiliteringsperioden: Barthel ADL index, Bergs Balanseskala, 10 m gangtest, 6 minutter gangtest, 5 times Sit-to-stand, SPPB.

I tillegg utvidet testbatteri basert på diagnosegrupper: MiniBESTest, Motricity Index, MNA, 3IQ, Braden skala, EQ-5D-5L, PROMIS, MOCA (Montreal cognitive assessment), Trailmaking A + B, Meny-test, EFPT (Executive function performance test), MMS, klokketest, Dynamometer kraftgrep, ARAT, Box & Blocks, Sensibilitetstesting.

Målgruppe: Personer med nylig oppstått funksjonstap som følge av sykdom eller skade, behov for tverrfaglig rehabilitering og hvor det forventes en betydelig økning i funksjonsnivå. Pasientens medisinske sykdom er avklart, og personen bør være medisinsk stabil. Inntak: Søknad om rehabiliteringsopphold vurderes av et tverrfaglig inntaksteam ved FRA. Tilbud om plass gis ut fra pasientens rehabiliteringspotensiale, kapasitet i avdelingen, til pasienter innenfor målgruppen. Alle inntakskriterier må ikke være oppfylt for å få plass. Henvvisning kan komme fra helsepersonell i sykehus, fastlege, bydel eller helsehus.



Foto: Michelle Leman/ Pexels

Helsehus - dagrehabilitering tilbys med 16 plasser ved Solvang helsehus fra en til fem dager i uken mellom kl. 08-15. Dagrehabiliteringen skal styrke og forlenge bydelens tilbud om rehabilitering og hverdagsrehabilitering, samt gi bedre og tryggere overganger fra helsehus til hjemmet.

Arbeidsmetode: Individuell målrettet trening, individuell oppfølging med tanke på mål og måloppnåelse, gruppetimer (treningskjøkken, trening med spillteknologi, håndtrening, styrke og balanse, lavterskel trim, styrke og kondisjon, avspenning, hagegruppe), undervisning (blant annet mestring av kognitive vansker og endret livssituasjon, fatigue «usynlige plager» og energiøkonomisering og smerteundervisning).

Verktøy: Standardiserte tester inn og ut av tjenesten.

Målgruppe: Voksne over 18 år med nedsatt funksjonsnivå, og potensiale til funksjonsforbedring. Bruker skal kunne nyttiggjøre seg av rehabilitering og ha evne til å oppfatte instruksjoner og gjennomføre egeninnsats for å nå rehabiliteringsmål.

Kompetanse: Fysioterapeut, ergoterapeut og helsefagarbeider.

Finansiering: Plassene kjøpes av bydelene Stovner, Alna og Grorud, og brukerne betaler egenandel.

Inntak: Via henvendelse til bostedsbydel. Plass tilbys etter individuell vurdering.

Organisering: Lokalisert på Solvang helsehus, Sykehjemsetaten. Dagrehabiliteringen samarbeider med ambulerende rehabiliteringsteam (ART) som er samlokalisert på helsehuset, samt samhandler tett med de øvrige tjenestene i bydelene.

Helsehus - tidsbegrensede opphold tilbys ved de fire helsehusene. Solvang, Lilleborg, Ullen og Solfjellhøgda tilbyr rehabilitering og korttidsplasser. Per november - 21 var det totalt 177 rehabiliteringsplasser.

Arbeidsmetode: Individuell målrettet kartlegging og oppfølging med tanke på mål og måloppnåelse ut ifra den enkeltes behov og potensiale. Det tilbys gruppetrening, vurdering av hjelpemiddelbehov, undervisning (mestringsstrategier, energiøkonomisering, forflytningsteknikk), kartlegging og trening av fysisk og kognitiv funksjon.

Målgruppe: Eldre hjemmeboende personer som trenger behandling, rehabilitering og korttidsopphold.

Kompetanse: Består av sykepleiere, helsefagarbeidere, leger, ergoterapeuter, fysioterapeuter og klinisk ernæringsfysiolog. Flere helsehus har også prest.

Organisering av rehabilitering i helsehus ligger under Sykehjemsetaten. Bydelene forhåndsbestiller antall plasser for et halvt år om gangen, og ekstra plasser kan kjøpes ved behov.

Antall pasienter: Det er ikke en samlet oversikt over antall pasienter ved helsehus ettersom bydelene har ulike registreringspraksiser.

Pleiefaktor for rehabilitering i Helsehus er berammet til 0,88.

4.7 Hjelpemiddelformidling

Oslo har en bydelsorvergripende hjelpemiddelformidling. Bydel Bjerke har ansvar for å drifte denne. Hjelpemiddelformidlingen i Oslo kommune samarbeider med alle bydeler, Sykehjemsetaten, Helseetaten og Utdanningsetaten.

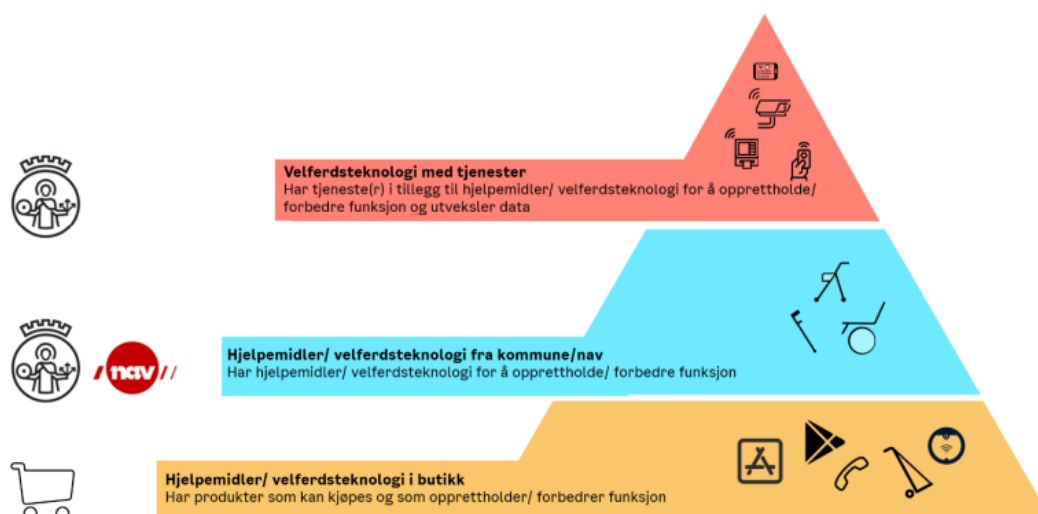
Hjelpemiddelformidlingen Oslo kommune og ansatte i bydeler og ved institusjoner har ansvar for:

- Avdekking og utredning av behovet for hjelpemidler
- Nødvendig utprøving av hjelpemidler
- Bistand til brukernes søknad om trygdefinansierte hjelpemidler
- Anskaffelse av hjelpemidler ved midlertidig behov
- Anskaffelse av de fleste hjelpemidler til beboere på institusjon
- Tilpassing av hjelpemidler
- Distribusjon av trygdefinansierte hjelpemidler mellom kommunalt mottakssted og bruker
- Service og reparasjon på hjelpemidler
- Motivasjon og opplæring av bruker i hjelpemiddelets funksjon
- Kommunen har også et ansvar for evaluering av brukernytte og nødvendig justering i henhold til dette

Ifølge statistikk fra NAV var det i 2020 i underkant av 50 000 brukere av folketrygdfinansierte hjelpemidler i Oslo. For hjelpemidler til utlån og til midlertidig bruk, var antallet brukere samme år på omtrent 10 000. Ifølge NAVs omverdensanalyse, vil en økning i bruken av hjelpemidler tilsvarende demografisk befolkningsutvikling gi en økning i antall brukere med 45 prosent frem til 2035. Det pågår et nasjonalt arbeid for å utvikle digitale tjenester innen hjelpemiddelområdet, hvor Oslo deltar i arbeidets styringsgruppe. I tråd med et økende volum, er det nødvendig at kommunen og NAV samarbeider om nødvendige kompetansetiltak og digitalisering.

4.8 Digitalisering og velferdsteknologi

Digitalisering og bruk av velferdsteknologi er viktige satsingsområder innen helse- og omsorgstjenestene i Oslo kommune. Det foreligger en langtidsplan for velferdsteknologi, «Velferdsteknologi i Oslo- Handlingsplan 2022-2024», og planen danner grunnlag for prioritering av aktiviteter og hva som ut ifra krav og forutsetninger får betydning for ressursbruk. Helseetaten har utviklings- og forvaltningsansvar for velferdsteknologi med tjenester i Oslo som utveksler data.



Figur 9, Nivåer for velferdsteknologi og hjelpemidler i Oslo kommune.

Det vil skapes grunnlag for samhandling på tvers og nye tjenestemodeller ved hjelp av datadeling og digitale samhandlingsløsninger. Eksempler er ELISE, VKP, Nasjonal samhandlingsplattform (NHN) og Helsedata i Oslo. Digitale treningsløsninger er nyttige virkemidler for å bedre funksjon og aktivitet hos innbyggerne, og kan bidra til spart tid og reduserte kostnader, eksempelvis ved å erstatte besøk eller ved at brukernes funksjon bedres og tjenester reduseres. Når det handler om rehabilitering tilbake til arbeidslivet, så fordres det vel så ofte hjelpemidler fra NAV som velferdsteknologi fra kommunen. Flere bydeler har tatt i bruk ulike former for digital trening, både individuelt og i gruppe. I utprøvingstiden av digital trening har unntaksregler fra anskaffelsesreglementet vært benyttet. Det er uttrykt et klart ønske fra fagmiljøene og ledere i virksomhetene om en felles anskaffelse av de digitale treningsløsningene (Velferdsteknologi i Oslo - Handlingsplan 2022-2024).

Elektronisk Informasjonsdeling mellom Samhandlende Enheter i helse (ELISE) er eksempel på et behandlingsrettet helseregister og en applikasjon som utvikles og i større grad tas i bruk i Oslo kommune. ELISE inneholder strukturerte kartleggingsskjemaer, sørger for en enhetlig begrepsbruk og tar i bruk flere Oslostandarder som ansatte i tjenestene kan bruke i pasientoppfølging over tid. Formålet med ELISE er å bedre pasientsikkerhet, pasientforløp og overganger fra en tjeneste til en annen. ELISE brukes som støtte i tjenestenes arbeidsprosesser og oppgaveløsning, og bedrer dialog ved overføring av pasienten mellom ulike helseinstanser og internt i egen virksomhet.

4.9 Arbeid og aktivitet

Personer med funksjonsnedsettelse har fått økte formelle rettigheter de siste årene, men andelen som er i arbeid er uforandret. I Oslo er det flere pågående arbeid rettet mot yngre som faller ut av utdanning eller arbeidslivet, og innsats for å øke sysselsetting og oppsøkende arbeid skal styrkes. Satsingen med flere i tilrettelagt arbeid har gitt gode resultater. I perioden 2019 til 2022 fikk over 200 personer tilrettelagte arbeidsplasser, hvor mange av dem var i kommunens egne virksomheter. Satsingen «Flere i tilrettelagt arbeid» er vellykket og vil fortsette. Velferdsetaten skal bistå Oslo kommunes virksomheter med inkludering av arbeidstakere som av ulike årsaker har utfordringer med å finne en jobb. Oslo kommune som arbeidsgiver trenger mangfold hos ansatte. Helsegevinsten ved å være i arbeid er stor.

4.10 Bruker- og pårørendesamarbeid

Kommunen har en Oslostandard for pårørendesamarbeid som retter seg mot medarbeidere innen helse-, omsorg- og velferdstjenestene. Målet er at standarden skal bidra til at systematisk samarbeid skal være en integrert del av daglig praksis i tjenestene.

4.11 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Det foreligger en overordnet samhandlingsavtale mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst, og en tjenesteavtale for koordinerte tjenester med samarbeidende helseforetak. Tjenesteavtalen omhandler samarbeid ved innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester for personer med behov for koordinerte tjenester. Utover spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt ovenfor kommunen, skal avtalene sørge for gode og forpliktende samarbeidsrutiner og samarbeidsarenaer.

Etablering av helsefellesskap mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten skal understøtte bedre samhandling og en helhetlig utvikling av helse- og omsorgstjenesten. Oslo bystyre vedtok i 2021 en samarbeidsmodell og avtale for Helsefellesskap Oslo, gjeldende for kommunen og Oslos fire lokalsykehus. Helsefellesskap Oslo har som formål å bedre samarbeid særlig rettet mot sårbare pasienter som barn og unge, personer med alvorlig psykiske lidelser og rusproblemer, pasienter med kroniske lidelser og skrøpelige eldre skal prioriteres.



4.12 Forskning- og utviklingsarbeid

Forskning og innovasjon er avgjørende for å utvikle kommunens tjenester. Behovet for å satse mer på forskning, utvikling og innovasjon innen rehabiliteringsfeltet understrekes i flere evalueringer og revisjoner, og fremheves i nasjonale målsetninger og ambisjoner.

Det foregår mye viktig forskning og utviklingsarbeid både i Sykehjemsetaten, Helseetaten og bydeler. Et eksempel er forskning ved Forsterket rehabilitering Aker (FRA). Resultatet fra et forskningsprosjekt ved FRA viser at ved bruk av høyintensiv variert gangtrening oppnås samme resultat etter en uke med rehabilitering, som det tidligere ble brukt tre uker på å oppnå. Det er viktig at positive forskningsresultater iverksettes i kommunens praksis.

Det skal utarbeides en strategi for forskning og innovasjonsarbeid i Oslo. Strategien skal være et verktøy for å drive innovasjonsarbeid i alle sektorer og etablere gode prinsipper for samhandling. Strategien skal bidra til at Oslo skal være en nullutslippsby og en grønnere, varmere og mer skapende by med plass til alle. Forskning og utvikling som omhandler rehabiliteringsfeltet skal ses i tilknytning til denne kommende strategien. Det vil igangsettes tiltak som bidrar til å realisere økt aktivitet innen forskning og utvikling. Aktuelle samarbeidsaktører vil involveres i dette arbeidet.

4.13 Erfaringer fra pandemien

Koronapandemien har medført store belastninger på Oslos innbyggere. Det gjelder både senfølger etter Covid-19 og en økning i psykiske plager og ensomhet⁷⁴. Erfaringer fra tjenestene viser økt bruk av digital oppfølging og kommunikasjon mellom helsepersonell ved ulike nivåer og tjenesteområder, samt mellom ansatte og brukere. Erfaringene belyser også et behov for kompetanseheving og det å trene på å ta i bruk digitale verktøy. Man har også erfart at det er mulig å implementere nye løsninger i løpet av kort tid når det prioriteres og at det settes av tid og ressurser til jobben. Flere bydeler har også utviklet rehabiliteringstilbud ved Frisklivssentraler til personer som strever etter gjennomgått covid-19 sykdom.



A photograph of two men walking away from the camera on a paved path in a park. The man on the left is younger, with dark hair, wearing a green jacket and a blue hood. The man on the right is older, with white hair, wearing a dark blue jacket and light-colored trousers. They are surrounded by trees with yellow and green autumn leaves. A large orange circle is overlaid on the lower half of the image, containing the text. A solid red square is in the top left corner, and a white rectangle is in the bottom right corner.

5.

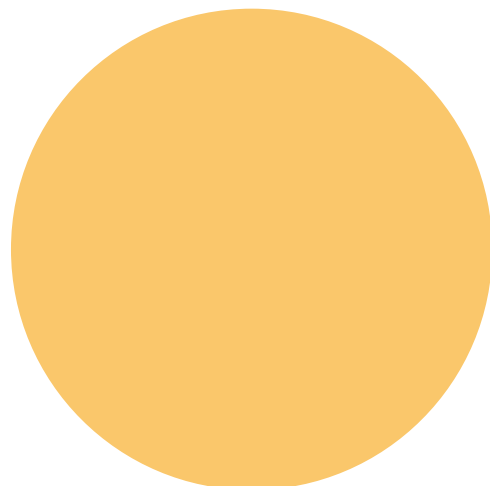
Utfordringer ved rehabiliterings- tjenestene i Oslo

5. Utfordringer ved rehabiliteringstjenestene i Oslo

Det er mye godt arbeid som foregår på rehabiliteringsfeltet i Oslo. Samtidig foreligger forbedringsområder kjent gjennom tidligere lokale planverk, fra Evalueringsrapport av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019), fra sentrale områder innen rehabilitering, og med bakgrunn fra veiledere, forskrifter, erfaringer fra brukerorganisasjoner, tjenestene, og helsemyndigheter, i tillegg til aktuell statistikk og forskning.

- **Utfordringene inndeles i fire hovedområder som omhandler:**
- Felles forståelse av rehabilitering
- Rehabilitering er mer enn helsetjenester
- Helhetlige og koordinerte rehabiliteringstjenester
- Indikatorer og registreringspraksis

Områdene beskrives kort under, og peker videre på hvilke satsingsområder og tiltak som vil være relevante å ta tak i for å oppnå likeverdige, kunnskapsbaserte, helhetlige, koordinerte og sammenhengende tjenester og hvor teknologi og hjelpemidler understøtter rehabiliteringsprosesser.





5.1 Felles forståelse av rehabilitering

Rehabilitering tilbys av ulike instanser og ulike faggrupper. Det kan være stor variasjon i hva som er innholdet i rehabiliteringen, og hvem som er målgruppen. Den vide definisjonen av rehabilitering bidrar til at begrepet forstås ulikt, både blant innbyggerne og hos ansatte og ledere. Det er derfor behov for å etablere en felles forståelse av rehabilitering som begrep, og hva rehabilitering i Oslo skal være. Inngangen til tjenestene bør være enhetlige og i tråd med overordnede føringer. Innholdet i de ulike tjenestene bør synliggjøres, arbeidsmetoder tydeliggjøres og hensiktsmessige verktøy bør være tilgjengelige. Innsats og tiltak bør samsvare med kunnskapsbasert praksis.

Kommunen har rehabiliteringstilbud til ulike målgrupper, men det er krevende å finne informasjon og navigere i systemet. Tjenester foregår på ulike arenaer og kan oppleves som lite sammenhengende. Det kan være hensiktsmessig å samle rehabiliteringstjenestene og kompetanse som tilbys i og utenfor institusjon. Informasjon om de ulike tilbudene etterspørres i dag av brukere, pårørende og andre samarbeidspartnere som fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Å samle dette i en oversikt vil synliggjøre viktige samarbeidsaktører til rehabiliteringstjenestene. Forslag til slike illustrasjoner ses på neste side.

Det er videre et generelt behov for kompetanseheving. Virksomhetene bør i større grad samarbeide om heving og deling av kompetanse. Arbeidet bør ha en mer helhetlig og systematisk tilnærming slik at rehabiliteringstjenestene samlet sett fremstår mer robust. Behovet for kompetanse skal være i tråd med den enkelte tjenestes mål og hensikt, og som samsvarer med det samlede behovet for kompetanse som virksomhetsfeltet har, herunder også behovet for kompetanseheving innen universell utforming.



5.2 Rehabilitering er mer enn helsetjenester

Rehabilitering skal bidra til tilhørighet og deltagelse sosialt og i samfunnet.

Rehabiliteringsområdet preges i stor grad av helsefaglig tilnærming, og det er behov for å se også utenfor helsetjenestene. Kartlegging av behov må inkludere områder som aktivitet, arbeid og sosial deltagelse. Aktuelle samarbeidsområder som med fordel kan tilknyttes rehabiliteringsfelt er derfor:

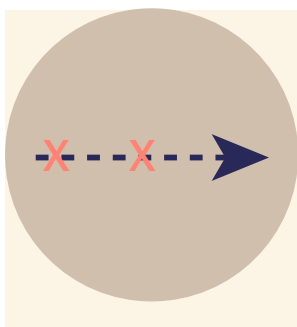
Skole og opplæring - Samarbeid mellom utdanning og rehabiliteringstjenesten kan bidra til bedre og mer helhetlige tilbud til voksne med behov for opplæring og ved behov for spesialundervisning. Viktige samarbeidspartnere i en persons rehabiliteringsforløp kan her være pedagogisk-psykologisk-tjenesten (PP-tjenesten), Oslo voksenopplæring og NAV, skolehelsetjenesten, helsestasjon for Ungdom, og rask psykisk helsehjelp. Oslo har mange studenter, og en andel av dem er i behov av sammensatte helse- og omsorgstjenester og som også fordrer samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene, NAV og studiested.

NAV- og arbeidsliv - Det er behov for å dele informasjon og kunnskap mellom rehabiliteringstjenestene og NAV. Kjennskap om hverandres tjenester og utarbeidelse av systematiske samarbeidsrutiner vil bidra til å styrke samarbeidet.

Det er en stor utfordring å bidra til at personer med funksjonsnedsettelse inkluderes i arbeidslivet, og det er behov for å styrke innsats og samarbeid med arbeidsrettet rehabilitering. Personer i yrkesaktiv alder har ofte mål som relateres til arbeid. NAV har her et hovedansvar. Kommunale helsetjenester, herunder også rehabiliteringstjenestene, må samarbeide med spesialisthelsetjenesten, NAV og arbeidsgivere dersom brukerens mål handler om å komme i, eller å beholde arbeid.

Bedriftshelsetjenesten - Kravet til bedriftshelsetjeneste (BHT) fremgår i lovverk (av arbeidsmiljølovens § 3-3). Arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstakers helse, miljø og sikkerhet ivaretas⁷³. Samarbeid mellom rehabiliteringsfeltet og bedriftshelsetjenesten kan med fordel videreutvikles, som en del av forebyggende arbeid innen helse, miljø og sikkerhet og med mandat i å bistå i oppfølging av virksomhetens arbeidsmiljø.

Lokalmiljø, frivillige og fritidsarenaer - Personer som er i et rehabiliteringsforløp kan trenge bistand fra lokalsamfunnet for å kunne mestre livet bedre og få god livskvalitet. Det er behov for å gjøre informasjon om tilbud som finnes fra ulike lag, foreninger og organisasjoner tilgjengelig.



5.3 Helhetlige og koordinerte rehabiliteringstjenester

Både tjenestemottakere og tjenesteytere ønsker at rehabiliteringsforløp skal være sammenhengende, kunnskapsbaserte og forutsigbare. I dag kan tjenestene fremstå som fragmentert og lite sammenhengende. Viktige aktører involveres ikke alltid i rehabiliteringsprosessen. Det er utprøvd flere modeller for kunnskapsbasert rehabiliterings-/pasientforløp som kan videreutvikles i samarbeid med brukere, spesialisthelsetjenesten og andre aktører.

Det er en koordinerende enhet (KE) i hver bydel, og det kan være store variasjoner i hvordan enhetene fungerer⁷⁶. Ifølge nasjonal oversikt over kommuners bruk av individuelle planer, fremkommer det at Oslo i liten grad brukes individuell plan og oppfølging av koordinator til brukere med somatiske helseutfordringer⁷⁷. Det kan være flere årsaker til denne situasjonen. Utfordringene kan ifølge planens kunnskapsgrunnlag handle om at KE er lite synlige i bydelene og på organisasjonskartet, slik at det er vanskelig for innbyggere, samarbeidspartnere og medarbeidere i tjenestene å finne frem til KE. Videre kan det

være uklart hvor henvendelser om rehabiliteringstjenester skal rettes og ansatte kan oppleve at relasjon mellom bydelenes kontaktpunkt, saksbehandlere og KE kan være uklar.

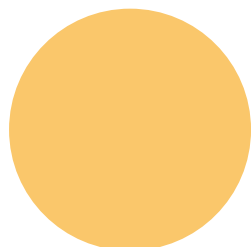
Arbeidet ved koordinerende enhet, herunder individuell plan og koordinator, kan med fordel gjøres mer enhetlig. Informasjon om og koordinering av tjenestene vil da bli mer likeverdige og uavhengig av bostedsbydel. Det bør legges til rette for at det er tilstrekkelig kompetanse og kjennskap til KEs rolle og praksis, koordinatorene har tilgang til tilstrekkelig opplæring og veiledning, slik at brukere med komplekse behov får bistand til å koordinere sine tjenester. Overgang fra barn til voksen bør planlegges godt slik at det er bedre forutsigbarhet for brukerne og pårørende. Det er i dag ulik praksis i bydelene i overføring mellom virksomheter som gir tjenester til barn og til voksne.

Rehabilitering forutsetter god koordinering og arbeidet ved bydelenes koordinerende enheter bør løftes slik at enhetene i større grad virker og bemyndiges etter hensikten.



5.4 Indikatorer og registreringspraksis

Det er behov for å utarbeide mer statistikk og praksisnær forskning slik at ressurser innen rehabilitering ytes der det utløser ressurser, og som gir god livskvalitet for den enkelte. I dag er registreringspraksis i virksomheter og tjenester ulik, og data som foreligger er usikre. Det er utfordrende å få innsikt i og informasjon om tjenesteaktivitet og volum i dagens fagsystemer. Det er derfor behov for å utarbeide felles kvalitetsindikatorer og en mer enhetlig registreringspraksis for tjenestene. Dette vil gi god innsikt i styringsdata og om hvorvidt tjenesteinnsats treffer behovet som innbyggerne har for rehabilitering i dag og for fremtidens rehabiliteringstjenester.





6.

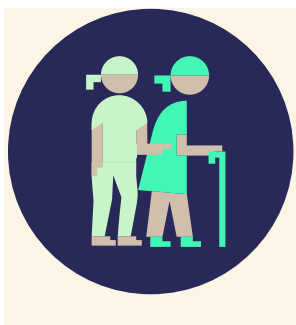
Satsingsområder

6. Satsingsområder

Satsingsområder for rehabiliteringsfeltet tar utgangspunkt i beskrevet utfordringsbilde og handler om:

- Kunnskapsbasert praksis
- Helhetlig og sammenhengende rehabiliteringsforløp
- Digitalisering og hjelpemidler





6.1 Kunnskapsbasert praksis

Rehabiliteringstjenestene i Oslo skal være kunnskapsbaserte⁷⁸. For at tjenestene skal være kunnskapsbaserte, må ledere og medarbeidere ha kompetanse og mulighet til å innhente, kritisk vurdere, anvende og evaluere best tilgjengelig kunnskap. Det skal satses på kompetanseheving innen rehabiliteringstjenestene generelt, og ved helsehusene spesielt. Herunder også området relasjonell kompetanse, forståelse av funksjonshemming (CRPD), og kunnskap om eldres helse. Hensiktsmessig verktøy og tilgang til forskning og fagartikler skal være tilgjengelig. Ansatte må ha kunnskap i bruken av disse. Kunnskapsbasert praksis skal være et grunnleggende prinsipp ved styring og ledelse av rehabiliteringstjenestene, og tjenestene skal ivareta nasjonalfaglige retningslinjer for målgruppene. Arbeidet med en kunnskapsbasert praksis følger føringer i sektorovergripende Utviklingsstrategi for Oslo kommunen som er under utarbeidelse. Strategien er en sammenslåing av det som tidligere var arbeidet med strategi for forskning, innovasjon og utvikling og strategi for digital transformasjon og IKT.

Heving og deling av kompetanse kan i større grad utføres på tvers av kommunes tjenesteområder og foregå i samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner, nasjonale og lokale myndigheter, spesialisthelsetjenesten, og med forskningsinstitusjoner. Det er viktig å arbeide med bruker og pårørende både på individ- og systemnivå.

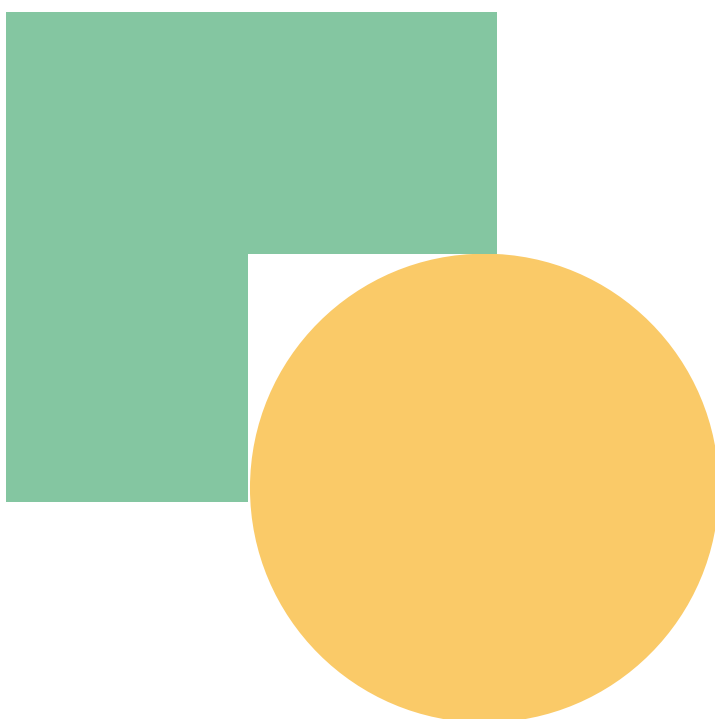
Bruk av kompetanse og samarbeid med fagområder som tradisjonelt ikke har ligget til helse- og omsorgstjenestene bør i større grad og systematisk påkobles rehabiliteringsfeltet. Dette er områder innen lavterskeltilbud, skole og utdanning, NAV og arbeidsfeltet, og ressurser i lokalmiljø, frivillige og fritidsarenaer. Det kan med fordel utarbeides strukturelle samarbeid med disse områdene, og slik at den enkelte bruker i enda større grad får mulighet til mestring og livskvalitet, og delta i meningsfull aktivitet på individnivå. På systemnivå vil investering i innsats som fremmer mestring gjøre at samfunnet får en mer ressursorientert og bærekraftig tilnærming.



6.2 Helhetlige og sammenhengende rehabiliteringsforløp

Det er behov for å se på metoder, verktøy og organisering av rehabiliteringstjenestene slik at de blir mer helhetlige og sammenhengende. Tjenestene bør i hovedsak være tuftet på felles prinsipper for prioritering slik at ressurser brukes der de gir størst nytte og til dem som trenger det mest. Innsats og innhold bør synliggjøres i utarbeidelse av en mer differensiert modell av kommunens tjenester som muliggjør tidlig, tverrfaglige tjenester som samarbeider godt med innsats som muliggjør mestring.

Arbeid ved koordinerende enhet skal synliggjøres og tydeliggjøres, og dagens ordning og arbeid med individuell plan og koordinator må forbedres. For personer med tidlige ervervede funksjonshemninger er overgang fra barn til voksen en særlig sårbar periode i livet, både for den det gjelder og for pårørende. Det oppstår endringer i hvem som har ansvar for tjenestene, hvilke arenaer tjenestene gis, og hvilke tjenesteytere bruker møter. Overgangen bør være godt planlagt og forutsigbar. Det er ulik praksis i bydelene i overføring mellom virksomheter som gir tjenester til barn og til voksne. Det vil være behov for å utarbeide tydelige og mer ensartede samarbeidsrutiner i overgangen barn til voksen. Tjenestene skal være sammenhengende, uavhengig av kommunens organisering i tjenester og sektorer.





6.3 Digitalisering og hjelpemidler

Bruk av digitale løsninger og velferdsteknologi er økende og bidrar til mer selvstendige og selvhjulpne innbyggere, og fører til at tjenestene blir mer treffsikre med tanke på ressurser og bruk av kompetanse. Det er viktig at de digitale løsningene og velferdsteknologi er universelt utformet, og som også inkluderer ordninger for innbyggere som har utfordringer med en digital hverdag. Forskning viser forskjeller i digital kompetanse med utgangspunkt iblant annet alder og sosioøkonomisk status. Ensidig satsing på digitale kommunikasjonsplattformer og tjenester vil øke risikoen for at flere faller utenfor, blant annet eldre og personer med innvandrerbakgrunn.

Det er viktig å ha kjennskap til mulighetene og å få rett teknologi og hjelpemiddel til riktig tid. Bruk av hjelpemidler, velferdsteknologi og digitale verktøy bør alltid vurderes som ett av flere tiltak for å oppnå økt mestring, aktivitet og livskvalitet for byens innbyggere. Økende bruk av digitale løsninger vil videre muliggjøre deling av informasjon, bedre samhandling og samarbeid mellom ansatte og bruker med pårørende, men også mellom tjenestene. Det vil være hensiktsmessig å legge opp til en utvikling hvor hjelpemiddelformidling og kommunes satsing på digitalisering av tjenestene ses i sammenheng.

Erfaringer fra pandemien har gitt innsikt i at mange er i behov av digitale ferdigheter for å muliggjøre deltagelse i samfunnet. Det er behov for kompetanseheving og målrettet opplæring til brukere av tjenesten og ansatte som jobber i tjenestene i bruk av digitale løsninger.

Videre er det nødvendig å gi mer og bedre opplæring og øke fokus på forskning og utvikling slik at innbyggere, brukere av tjenestene, ledere og medarbeidere er godt rustet for nye krav til digital kompetanse. Databruk og digital teknologi vil fortsette å bli mer integrert og sammensmeltet med tjenestene, og koblingen mellom brukere, ansatte, pårørende og frivillige skal videreutvikles i tråd med dette.



A man and a woman are jogging on a reddish-brown path in a forest. The man is on the left, wearing a grey tank top, and the woman is on the right, wearing a white t-shirt and black leggings. They are both looking forward. The background is filled with tall evergreen trees under a cloudy sky. A large white number '7.' is overlaid on the image, and a large white circle is positioned over the lower part of the image.

7.

Gjennomføring og oppfølging av tiltak

7. Gjennomføring og oppfølging av tiltak

Temaplanen inngår i Oslo kommunes plansystem og har en varighet på ti år. Planen skal rulleres hvert fjerde år, og justeres ut ifra evaluering, måloppnåelse og oppdatert kunnskap. Virksomhetene skal innarbeide satsingsområder og tiltak i egne planverk ut ifra lokale behov og utfordringsbilder. Tiltakene i planen finansieres av sentralt avsatte øremerkede midler. Helseetaten gis midler for oppfølging og koordinering av arbeidet.

Gjennomføring, justering og evaluering av planens tiltak vil synliggjøres i virksomhetenes tildelingsbrev, og gjennom strukturer for fag- og styringsdialog. Helseetaten skal årlig innen 01.07 rapportere om arbeidets status til Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester.

7.1 Tiltak

Satsingsområdene tar utgangspunkt i utfordringene beskrevet i planen, og følges opp med tiltak som beskrevet under. Rekkefølgen på tiltakene gjenspeiler brukerbehov og til grunnleggende og nødvendige premisser og utviklingsbehov i tjenestene.

Betydning av rehabilitering i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene er godt forankret i virksomhetene

- Hovedansvarlig: Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester
- Bidragsyttere: Virksomhetene
- Gjennomføringsperiode: Fortløpende gjennom hele planperioden

Avklare hva rehabiliteringstilbudet skal være på de ulike nivåene i Oslo kommune. Beskrive målgruppe og hvordan inntak/inkludering skal skje. Beskrive arbeidsmetode og kompetansebehov

- Hovedansvarlig: Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester
- Bidragsyttere: Helseetaten, Sykehjemsetaten og bydeler
- Gjennomføringsperiode: 2023-2025

Systematisk involvering av brukerråd og brukerorganisasjoner for utvikling av rehabiliteringstjenestene

- Hovedansvarlig: Bydelene, Sykehjemsetaten og Helseetaten
- Bidragsyttere: Brukerråd og brukerorganisasjoner
- Gjennomføringsperiode: I løpet av planperiode

Utarbeide en mer enhetlig form for hvordan virksomhetene formidler informasjon om rehabiliteringstjenester, og sørge for at denne informasjonen gjøres tilgjengelig

- Hovedansvarlig: Helseetaten
- Bidragsyttere: Utviklings- og kompetanseetaten, Sykehjemsetaten og bydeler
- Gjennomføringsperiode: 2023-2025

Videreutvikle Helseveiviseren til å omhandle ulike rehabiliteringstilbud til alle aldersgrupper

- Hovedansvarlig: Origo
- Bidragsyttere: Bydelene, Helseetaten og Sykehjemsetaten
- Gjennomføringsperiode: 2025-2026

Utvikle en kommunikasjonsløsning slik at innbyggerne kommer i kontakt med kommunens helse- og omsorgstjenester, herunder rehabiliteringstjenester

- Hovedansvarlig: Origo
- Bidragsyttere: Helseetaten, Sykehjemsetaten og bydelene
- Gjennomføringsperiode: Fortløpende og i løpet av planperioden

Utrede mulighet for å utprøve samordnet digitalt inntak for rehabiliteringstjenester

- Hovedansvarlig: Helseetaten
- Bidragsyttere: Sykehjemsetaten, Helsefellesskap
- Gjennomføringsperiode: 2024-2026

Videreutvikle organisasjonsmodeller som legger til rette for robuste og tverrfaglige tjenester

- Hovedansvarlig: Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester
- Bidragsytere: Helsetaten, bydeler og Sykehjemsetaten
- Gjennomføringsperiode: I løpet av planperioden

Ta initiativ til å samarbeide tettere med utdanningsinstitusjoner om praksisoppgaver og oppgaver på bachelor-, master- og ph.d.- nivå

- Hovedansvarlig: Helsetaten
- Bidragsytere: Sykehjemsetaten, bydeler og andre aktuelle
- Gjennomføringsperiode: Fortløpende igjennom planperioden

I samarbeid med spesialisthelsetjeneste (Helsefellesskap Oslo), avklare hvem som skal ha ansvar for hva innen rehabilitering

- Hovedansvar: Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester
- Bidragsytere: Helsetaten, Sykehjemsetaten og bydelene
- Gjennomføringsperiode: Ved oppstart og i løpet av planperioden

Ta i bruk samarbeidsavtaler og videreutvikle møtepunkter med spesialisthelsetjenesten, NAV, fastleger og avtalefysioterapeuter for å fremme samarbeid om rehabilitering

- Hovedansvar: Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester
- Bidragsytere: Byrådsavdeling for arbeid, inkludering og sosiale tjenester og andre virksomheter som inngår i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og NAV
- Gjennomføringsperiode: Ved oppstart og gjennom hele planperiode



Videreutvikle tverretatlig samarbeid for å nå mål om inkludering i arbeidslivet for personer i yrkesaktiv alder med behov for rehabilitering

- Hovedansvar: Helseetaten
- Bidragsyttere: Velferdsetaten, Utdanningsetaten og bydeler
- Gjennomføringsperiode: I løpet av planperioden

Utarbeide og ta i bruk overordnede rutiner som legger til rette for god overgang fra barn til voksen

- Hovedansvarlig: Helseetaten
- Bidragsyttere: Bydelen, Velferdsetaten, Utdanningsetaten, Barne- og familieetaten
- Gjennomføringsperiode: Ved oppstart og i løpet av planperioden.

Løfte og synliggjøre koordinerende enhets mandat og aktivitet. Legge til rette for at bydelens koordinerende enhet (KE) har tydelig mandat, er godt lederforankret, er synlig og tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere på tvers av interne og eksterne tjenester

- Hovedansvarlig: Bydelene
- Gjennomføringsperiode: 2023-2025

Utarbeide en oversikt over digitale løsninger som bidrar inn i rehabiliteringsprosessen

- Hovedansvarlig: Helseetaten
- Gjennomføringsperiode: Ved oppstart av planperioden

Videreutvikle ordning med visning av hjelpemidler, velferdsteknologi og boligtilrettelegging

- Hovedansvarlig: Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester
- Bidragsyttere: Helseetaten, bydeler og Hjelpemiddelformidlingen i Oslo kommune
- Gjennomføring: I løpet av planperioden

Videreutvikle innholdet og ta i bruk ELISE i rehabiliteringstjenestene for å bedre pasientsikkerhet, pasientforløp og overganger

- Hovedansvarlig: Helseetaten
- Bidragsyttere: Bydelene og Sykehjemsetaten
- Gjennomføringsperiode: Fortløpende i løpet av planperioden

Systematisk ta i bruk Oslostandard for pårørendearbeid

- Hovedansvarlig: Helseetaten
- Bidragsyttere: Utviklings- og kompetanseetaten, Sykehjemsetaten og bydeler
- Gjennomføringsperiode: 2023-2025

Utarbeide og gjennomføre brukerundersøkelser for rehabilitering og benytte disse i utvikling av tjenestene

- Hovedansvarlig: Helseetaten
- Bidragsyttere: Sykehjemsetaten
- Gjennomføringsperiode: Avklares med Helseetaten

Etablere et faglig kompetanse- og informasjonstygdepunkt for kommunens rehabiliteringsvirksomhet. Tiltaket ses i tilknytning til arbeidet med å videreutvikle ordning for visning av hjelpemidler, velferdsteknologi og boligtilrettelegging

- Hovedansvarlig: Helseetaten
- Bidragsyttere: Virksomhetene
- Gjennomføringsperiode: I løpet av planperioden

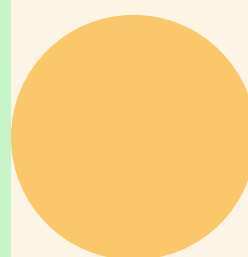
Utarbeidede og implementere kompetansepakke innen rehabilitering. Arbeidet tar utgangspunkt i at virksomhetene kartlegger egen kompetanse innen rehabilitering og utarbeider plan for kompetanseheving

- Hovedansvarlig: Helseetaten
- Bidragsyttere: Virksomhetene
- Gjennomføringsperiode: Ved oppstart og gjennom hele planperioden

Videreutvikle og ta i bruk relevante indikatorer og utvikle enhetlig registreringspraksis

- Hovedansvarlig: Helsetaten
- Bidragsyttere: Virksomhetene, forskningsmiljø og KS
- Gjennomføringsperiode: I løpet av planperioden

Vedlegg



Vedlegg 1

Vedlegg 1 Skjematisk fremstilling av hverdagsrehabilitering og spesifikk rehabilitering

HVERDAGSREHABILITERING	SPESIFIKK REHABILITERING
Funksjon og aktivitetskompetanse legges til grunn	Diagnose, funksjon og aktivitetskompetanse legges til grunn
Behovet for intervensjon er kortvarig (3-6 uker)	Behovet for intervensjon er mer langvarig og koordinering av tjenester er sentralt
Har utgangspunkt i hjemmebaserte tjenester, der få aktører jobber sammen	Har utgangspunkt i at flere aktører, gjerne i ulike sektorer/virksomheter og tjenester samarbeider
Hjemmetrenere (helsefagarbeidere) utfører med veiledning av fysio- ergoterapeut, sykepleier	Tverrfaglige og høykompetente aktører
Behov for rehabiliteringsplan	Behov for koordinator, ofte ansvarsgruppe og individuell plan

Vedlegg 2

Tilbud som bør ytes i kommunen	Tilbud som bør ytes i spesialisthelsetjenesten
Tilbud til brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene f.eks pasienter med:	Rehabilitering av særlig kompleks art, og i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå, f. eks til pasienter med:
- muskel og skjelettsykdommer, - livsstilssykdommer, - lettere psykiske lidelser	- progredierende nevrologiske tilstander
- diabetes	ved betydelig endringer i akutte faser: nevrologiske tilstander som CP, hjerneslag med komplekse utfall, spinalskade, traumatisk hodeskade
- KOLS	- amputasjoner
- lungesykdommer	- multitraumer
- kreft	- sjeldne sykdommer og tilstander
- rehabilitering i senere fase innen hjerte- og karsykdommer, herunder hjerneslag.	
- rehabilitering ved mindre omfattende behov etter ortopedisk behandling	
Videre anbefales at kommunen styrker tilbudet innen sansetap, læring og mestring og endring av levevaner	Tiltak fra spesialisthelsetjenesten må omfatte både utredning, behandling, veiledning og opplæring

Vedlegg 3 – Sentrale føringer for rehabilitering

<u>Samhandlingreformen</u> Meld. St. nr. 47 (2008-2009)	Peker på at en utvikling over tid er lite bærekraftig, og hadde som ambisjon om at rehabiliteringsoppgaver i større grad skal utføres i kommunehelsetjenesten
<u>Primærhelsemeldingen</u> Meld. St. nr. 26 (2014-2015)	Legger føring om at rehabilitering skal gjennomsyre alle ledd i tjenesteytingen
<u>Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering</u> (2017-2019)	Ble lagt frem for å iverksette målsetninger fremmet i Primærhelsemeldingen om en styring av habilitering og rehabilitering i kommunen. Planen skulle sette kommunene i stand til å gi gode rehabiliteringstilbud der brukeren bor, og kommunene på sikt skulle overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten, brukerperspektivet ble styrket, samt økt kapasitet og tjenestekvalitet
<u>Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre</u> Meld. St.nr. 15 (2017-2018)	Handler om en praksisendring, og skal bidra til omstilling og kvalitetsutvikling, likeverdige tjenester og tilbud, tilrettelegging av aktivitet og fellesskap, og hvor eldre i et samfunnsperspektiv i større grad får brukt sine ressurser

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har utgitt flere veiledere og rundskriv er retningsgivende for utøvelse av praksis og for rapportering innen rehabiliteringsfeltet. Dette er retningslinjer som knyttes til undersøkelse og utredning av behov for rehabilitering (I-5/2017), veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinerende enhet (IS-2651) og veileder for IPLOS rapportering.

<u>I-5/2017</u>	Rundskriv om å utrede potensialet for rehabilitering
<u>IS-2651</u>	Nasjonal veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinerende enhet. Beskriver formålet med og oppgaver til koordinerende enhet
<u>IS-1112</u>	Veileder for registrering av IPLOS-data i kommunen
<u>Oppfølging av personer med store og sammensatte behov</u>	Veileder som rettes til ledere som yter tjenester til personer med store og sammensatte behov- for å etablere og systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i samsvar med krav til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerings.
<u>Pårørendeveileder</u>	Omhandler involvering av og støtte til pårørende i hele helse- og omsorgstjenesten. Beskriver pårørendes rettigheter og helse- og omsorgstjenestens plikter og gir anbefalinger om god praksis.
<u>Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten</u>	Veileder til lov og forskrift som tar sikte på å hjelpe ledere i helse- og omsorgstjenesten til å forstå og etterleve krav i forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring
<u>Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet</u> (2018)	Kommunen anbefales å tilby rehabilitering til brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene (muskel- skjelettsykdommer, diabetes, KOLS, lungesykdommer, kreft, hjerneslag ol.

<u>Nasjonal hjernehelsestrategi (2018-2014).</u>	Den første hjernehelsestrategi, og har fokus på forebygging, et brukerorientert helse- og omsorgstilbud, gode behandlingsløp fra diagnose til rehabilitering, hjerneforskning og innovasjon (Oslo i Partnerskapet)
<u>Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023).</u>	Gir føringer om etablering av helsefellesskap mellom helseforetak og kommuner, og med mål om å avtale lokale tilpassede måter å løse helse- og omsorgstjenesteoppgaver på, til det beste for pasientene.
<u>Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor (2019-2025).</u>	Understreker bl.a. samhandling og samordning på tvers av stat og kommune som grunnlag for utvikling av sammenhengende tjenester til innbyggere

Vedlegg 4 – Lokalpolitiske saker og sentrale føringer i Oslo kommune

Budsjett 2022

fremgår det at Byrådet har som ambisjon å satse på helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende tjenester, noe som vil bidra til å oppfylle FNs bærekraftsmål om å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder. I mål 3 «Flere skal oppleve god helse og mestring» står det at rehabilitering foregår på flere arenaer og overgangene mellom de ulike tjenestene kan oppleves som lite koordinerte. Innbyggerne i Oslo skal motta gode og likeverdige rehabiliteringstjenester og oppleve at de har en aktiv og medvirkende rolle i rehabiliteringsforløpet.

Verbalvedtak

H60A Aker helsearena

Bystyret ber byrådet legge frem sak om organisering av Aker helsearena i forhold til OUS, etatene, bydelene og FRA. Dette verbalvedtaket er svart ut gjennom rapporten Deloitte har skrevet på oppdrag fra byrådsavdelingen: «Aker Helsearena. Beskrivelse og benchmarking av tjenestetilbudet ved Forsterket rehabilitering Aker, desember 2021».

RB2020 Bassengtrening Byrådet bes aktivt om å se på muligheten for å opprettholde bassengtrening for de over 100 menneskene med sammensatte diagnoser som i dag har et viktig treningstilbud i varmtvannsbasseng, som for eksempel det tilbudet som finnes i Munchs gate.

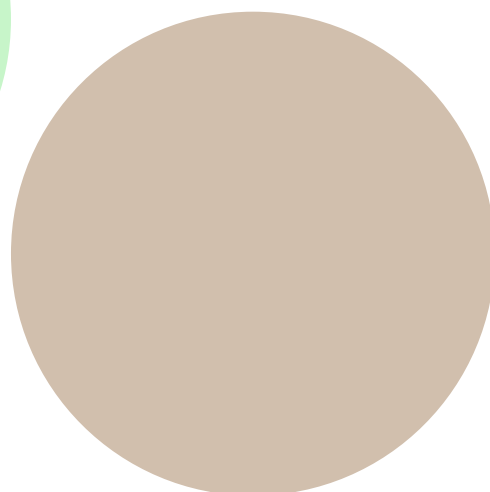
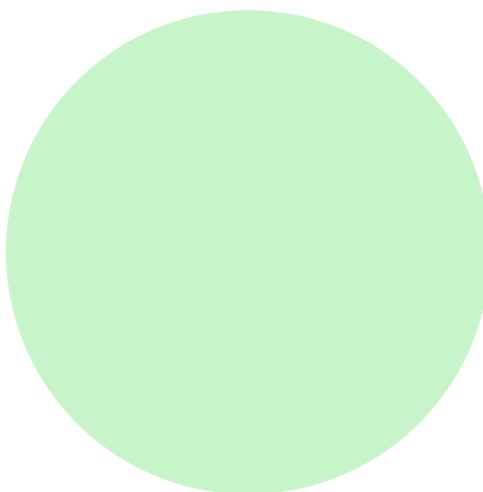
Overordnet standard for tjenester i hjemmet skal være retningsgivende for hva helhetlige og likeverdige tjenester i Oslo innebærer, inkludert rehabilitering. Standarden trekker blant annet frem kompetanse, samarbeid, brukerinvolvering, tverrfaglighet, kunnskapsbaserte tjenester og behovet for tilpasning til endringer i samfunnet.

Oslostandard for pårørendesamarbeid retter seg mot alle ansatte i kommunens helse-, omsorgs- og velferdstjenester med formål om at samarbeidet med pårørende skal være systematisk og ikke tilfeldig.

Oslostandard for samarbeid om gjennomføring av videregående opplæring

er en avtale for samarbeidet mellom skolene, bydelene og de lokale NAV-kontorene i Oslo, Oslo kommune og NAV Oslo. Hensikten er å sikre et godt samarbeid om oppfølging av ungdom mellom 15 - 21 år som er helt uten opplæring eller arbeid, eller står i fare for å falle ut av videregående opplæring og å forplikte partene til å samarbeide samt å bruke fylkeskommunens, kommunens og NAV sine samlede ressurser på en effektiv måte, slik at ungdom i målgruppen får:

- en helhetlig og samordnet oppfølging og raskere tilbud om utdanning, arbeid eller andre kompetansefremmende tiltak



Vedlegg 5 –Andre pågående satsningsområder og planarbeid

Plan for mennesker med funksjonsnedsettelse

I plattform for byrådssamarbeid signaliserte byrådet at innbyggernes behov skal settes i sentrum, og at Oslo skal være en ubyråkratisk by. For å nå dette målet vil byrådet blant annet legge bedre til rette for at barn, unge og voksne med en funksjonsnedsettelse og deres familier, skal oppleve en kommune som gir et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Innbyggerne er selv eksperter på egne liv, og medarbeidere i kommunen skal møte alle med ydmykhet og åpenhet. Det er påstartet et arbeid på å utarbeide en ny handlingsplan for mennesker med funksjonsnedsettelse.

Folkehelsestrategi

Ny folkehelsestrategi for Oslo 2023-2030 ønsker å redusere sosial ulikhet i helse og øke livskvaliteten i befolkningen. Strategien skal omfatte alle byens innbyggere og gjelde hele livsløpet. Kunnskap om hva som påvirker innbyggernes helse og livskvalitet og hva folkehelsearbeid er, kan være nyttig for alle ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler. Helse og livskvalitet er i folkehelsevitenskapen resultat av et komplekst samspill bestående av flere ulike påvirkningsfaktorer.

Kunnskap om samfunnsforhold og bakenforliggende faktorer som er knyttet til levekår og levevaner, blir viktige å ha med seg i møte med innbyggere eller pasienter. Kunnskap om andre tjenester og tilbud, samt ferdigheter som fremmer godt samarbeid blir derfor vesentlige for ansatte i helse- og omsorgstjenestene.

Strategisk rekrutterings- og kompetanseplan for bærekraftige helse- og omsorgstjenester

Helse- og omsorgstjenestene står foran store utfordringer i tiden fremover grunnet samfunns- og befolkningsutviklingen. Det må det legges til rette for god rekruttering, og for at ansatte har muligheter for kompetanseheving og faglig utvikling. Det er også nødvendig å finne nye måter å jobbe på, ta i bruk ny teknologi, utnytte tilgjengelige ressurser, og styrke fokus på ledelse.

Strategisk rekrutterings- og kompetanseplan beskriver to retninger som handler om å ta i bruk og videreutvikle kompetansen hos ansatte, og hvordan kommunen gjør seg attraktive som en fremtidig arbeidsgiver. Strategien planlegges avlevert i løpet av høsten 2022 og

vil følges opp med en sentral handlingsplan som vil være førende for virksomhetens lokale rekrutterings- og kompetanseplaner.

Legeplan for Oslo kommune 2020-2024

Legeplan for Oslo kommune skisserer hvordan kommunen skal lede, utvikle og forbedre legetjenestene i tråd med myndighetskrav, befolkningens behov og fremtidige utfordringer. Oslos befolkning skal få den legehjelpen de trenger gjennom alle livsfaser for å oppleve trygghet og mestring. Det skal legges til rette for helhetlige helsetjenester som styrker mulighetene for at innbyggerne kan bo trygt hjemme og leve aktive liv i sine nærmiljø.

Legene i Oslos kommunehelsetjeneste får stadig mer ansvar for pasienter med komplekse sykdomsforløp, og store behov for helsehjelp etter innføring av samhandlingsreformen og på bakgrunn av en eldre befolkning med sammensatte diagnoser og funksjonsnedsettelser som i større grad skal vareta i hjemmet. Det er nødvendig å sikre at fastlegenes arbeid er en godt integrert del av det samlede rehabiliteringstilbudet innen helse- og omsorgstjenestene, slik at pasientene i større grad kan motta tverrfaglig og god helsehjelp ut fra egne behov. Trygg og effektiv dialog og meldingsutveksling kan forbedres gjennom digitalisering. Legene skal også i større grad involveres i kvalitetsforbedring og fagutvikling av Oslos kommunehelsetjeneste, her blir blant annet fastlegerepresentasjon i Helsefellesskapet bidragsytende til dette. Nye myndighetskrav medfører at flesteparten av Oslos allmennleger er i behov av spesialisering innen allmennmedisin.

Tillitsbasert styring og ledelse

Tillitsbasert styring og ledelse handler om at ledere og ansatte har tillitt for faglig myndighet, tilstrekkelig bemanning, åpenhet, dialog, kompetansehevingstiltak og forankring (1). Tillitt skal være et bærende prinsipp innen styring og ledelse i Oslo kommune slik at tillitt skal prege relasjon mellom ledere og medarbeidere, og mellom tjenesteytere og tjenestemottakere. «Tillitsmodellen» innenfor hjemmebaserte tjenester vært en viktig ramme for å gi konkret handling til tillitsbasert styring og ledelse. I modellen er det løftet frem fagpersoners myndiggjøring i tverrfaglige team i vurdering av behov og for tjenesteoppfølging, og er bærende i dialogen ut ifra det prinsipielle spørsmålet «Hva er viktig for deg».

Heltidsarbeid og sentral ressurspool

Byrådet er opptatt av heltidskultur og det arbeides kontinuerlig for å få til hele og faste stillinger i kommunen og at det skal utarbeides ordningen med vikarpool med hele og faste stillingen (Byrådsplattform). Hele stillinger er den viktige faktoren i arbeidet med likestilling og for å bekjempe fattigdom. I følge forskning gir hele stillinger bedre tjenestekvalitet, arbeidsmiljø og personaloppfølging, og ifølge forskningsstiftelsen FAFO er bruk av ressurspool eller vikarpool, det viktigste virkemiddelet i å oppnå flere hele stillinger, og flere arbeidstimer i helgene. For brukerne vil dette bety færre ansatte å forholde seg til, og bruken av tilfeldige vikarer reduseres.

Det pågår nå flere prosjekter i Oslo med utprøving av ulike lokale varianter av ressurspooler, og det jobbes også ut i fra et politisk vedtak, å etablere en sentral pool for hele helse- og omsorgssektoren. I dette heltidsarbeidet utprøver flere virksomheter langvakter i helger, og en drift med kun fulltidsstillinger for Lambertseterhjemmet åpnes i 2023.

Strategi for universell utforming

Strategi for universell utforming er en revisjon av felles prinsipper for universell utforming for Oslo kommune. Strategien handler om kommunen må jobbe kontinuerlig og målrettet med universell utforming og tilgjengelighet for alle. Personer med funksjonsnedsettelse kan oppleve barrierer i samfunnet som innskrenkende for en frihet. Krav til universell utforming er forankret i FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), samt internasjonalt og i norsk lovverk.

Oslo kommunes visjon, er innenfor bærekraftige perspektiver, å kontinuerlig jobbe for universell utforming og tilgjengelighet innen 2035, slik at alle har muligheter for samfunnsdeltagelse og livsutfoldelse. Strategi for universell utforming skal bidra til at Oslo kommune oppfyller visjonen ved å angi og synliggjøre mål som skal være førende for virksomhetene. Strategien vil følges opp med en sektorovergripende handlingsplan som en verktøykasse for heving- deling og bruk av kompetanse innen universell utforming.

Aldersvennlig Oslo- Leve hele livet

Oslo er den første aldersvennlige byen i landet. Handlingsplanen for en aldersvennlig by ble vedtatt i bystyret i 2017. En aldersvennlig by er et inkluderende og tilgjengelig urbant miljø som fremmer aktiv aldring. I 2018 ble Meld. St 15 Leve hele livet vedtatt i stortinget. Både handlingsplanen og stortingsmeldingen skal bidra til gode tiltak for å møte økningen

i antall eldre i årene som kommer. Å legge til rette for at eldre skal kunne være aktive og uavhengige, og bidra til god kvalitet på tjenester er viktig.

Oslo kommune tar med seg arbeidet med å utvikle en aldersvennlig by inn i arbeidet med Leve hele livet under navnet Aldersvennlig Oslo – Leve hele livet. Transportløsningen bidrar til selvstendighet, aktivitet og bedre opplevd helse blant brukerne. Det utarbeides løsninger som imøtekommer eldres behov, og som kan bidra til å utsette behovet for helse- og omsorgstjenester. Dagens eldre har god helse, utdanning og god økonomi. Eldre er en ressurs for samfunnet og har kompetanse og ressurser som bør mobiliseres. Det skal videre jobbes med å styrke kommunens samarbeid med frivillige organisasjoner.

Strategisk plan for rusfeltet i Oslo

Strategisk plan for rusfeltet gir en overordnet innrammet for hvilke rusinstitusjoner som Oslo kommune skal ha fremover. Planen gir en verdibasert retning for utvikling av tjenestene på rusfeltet og skal bidra til økt livskvalitet for personer med rusproblemer. Innsatsen skal vris fra institusjonsbaserte tilbud til egen bolig, tjenester i bydel og tiltak som understøtter folks ressurser og egeninnsats. Det er et mål å se somatiske, psykiske og rusrelaterte helseforhold i sammenheng.

Temaplan for Oslo kommunes rusinstitusjoner 2021-2030

Temaplan for Oslo kommunes rusinstitusjoner 2021-2030 er en plan som konkretiserer Strategisk plan for rusfeltet i Oslo. Innbyggere med rusproblemer skal få bistand ut fra sine behov for å leve et meningsfullt liv i egen bolig/boløsning og med oppfølging og aktiviteter i bydelen. For å bo og beholde boligen kan et målrettet og tidsbegrenset opphold i rusinstitusjon være nødvendig. Forebyggingsoffensiv, tidligere innsats og hjelp ved mildere og mer kortvarige rusproblemer faller i hovedsak utenfor denne temaplanen.

Oslo, en traumeinformert by

Oslo – en traumeinformert by skal omfatte alle innbyggerrettede tjenester. Hvilke holdninger og verdier vi legger til grunn i møte med bygens innbyggere er viktig for hvordan folk opplever tjenestene. I disse verdiene ligger alt fra kroppsspråk, tilnærming, stemmebruk og imøtekommenhet, til hvordan vi organiserer og operasjonaliserer tjenestene våre. En traumeinformert tilnærming kan også defineres som relasjonell velferd. Ved å bygge varme og trygge relasjoner til alle innbyggere, uansett hvilken tjeneste det dreier seg om, kan dette føre til at folk føler seg sett og inkludert. Hver tjeneste må derfor definere hva en traumeinformert tilnærming kan bety for dem og hvilke kompetansebehov de ansatte har i den enkelte tjeneste. Strategien planlegges ferdigstilt i løpet av 2022.

Referanser

- ¹ 1 NF rapport nr.: 10/2021 Årsaker til kostnadsvekst i pleie og omsorg
- ² Strategi for universell utforming, Oslo kommune
- ³ Strategi for universell utforming, Oslo kommune
- ⁴ Kommuneplan for Oslo 2018- Vår by, vår fremtid
- ⁵ Meld. St. 38 (2020-2021) Nytte, ressurs og alvorlighet- Prioritering i helse- og omsorgstjenesten
- ⁶ Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet
- ⁷ Kommuneplan for Oslo 2018 – Vår by, vår fremtid
- ⁸ Samlerapport om kvalitetsrevisjoner på helsehus 2018/2019 (2019) Helseetaten, Oslo kommune
- ⁹ Kunnskapsoppsummering knyttet til rehabilitering etter covid-19. Helseetaten, Oslo kommune (2021)
- ¹⁰ Aker helsearena- Beskrivelse og benchmarking av tjenestetilbudet ved Forsterket rehabilitering Aker. Deloitte (2021)
- ¹¹ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 5
- ¹² Vifadt og Hopens (2004)
- ¹³ Linda L. Strategisk kompetanseledelse 3.utg Fagbokforlaget, 2019
- ¹⁴ Linda L. Strategisk kompetanseledelse 3. utg. Fagbokforlaget. 2019
- ¹⁵ Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet s.58
- ¹⁶ <https://helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>.
- ¹⁷ Rapport IS-2479 Gode liv i Norge- Utredning om måling av befolkningens livskvalitet ¹⁸ Rapport 2021/27 Livskvalitet i Norge. Støren, K. S, Rønning, E. (2021)
- ¹⁹ Konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, FN- SAMBANDET 2022
- ²⁰ Lov om helse- og omsorgstjenester §3-2
- ²¹ Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator §5
- ²² Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester
- ²³ Meld. St. 38 (2020-2021) Nytte, ressurs og alvorlighet- Prioritering i helse- og omsorgstjenesten
- ²⁴ Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator §5
- ²⁵ Pasient- og brukerrettighetsloven §2-1 a Rett til nødvendig helsehjelp fra kommunes helse- og omsorgstjeneste
- ²⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven §2-5 Rett til individuell plan
- ²⁷ Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 Pasienten eller brukerens rett til medvirkning
- ²⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 Pasienten eller brukerens rett til medvirkning
- ²⁹ Brukermedvirkning på individplan, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse,

erfaringskompetanse.no

³⁰ Lov om helse- og omsorgstjenester § 7-3.Koordinerende enhet

³¹ Forskrift om habilitering og rehabilitering og koordinator §23

³² Nasjonal veileder, rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2020) ³³

Forskrift om habilitering og rehabilitering og koordinator §23

³⁴ Forskrift om individuell plan ved ytelse av velferdstjenester

³⁵ Nasjonal veileder, rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2020) ³⁶

Rapport IS Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (2015-2019), Helsedirektoratet (2020)

³⁷ Global estimates of the need of rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2019-PubMed (nih.gov)

³⁸ Folkehelseinstituttet, 2021. Sykdomsbyrde beregnet på fylkesnivå

³⁹ Nasjonal veileder, rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2020)

⁴⁰ FNs verdenserklæring om menneskerettigheter, Pasient- og brukerrettighetsloven, Rundskriv 1-5/2017 om å utrede potensiale for rehabilitering, Nasjonal veileder, habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2020)

⁴¹ Fagartikkel, Fysioterapeuten nr. 7 /2007

⁴² Sveen, U. (Oslo Met) i Store medisinske leksikon, 2021

⁴³ Forskrift om IPLOS registeret

⁴⁴ Nasjonal veileder, rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2020)

⁴⁵ Nasjonal veileder, rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2020)

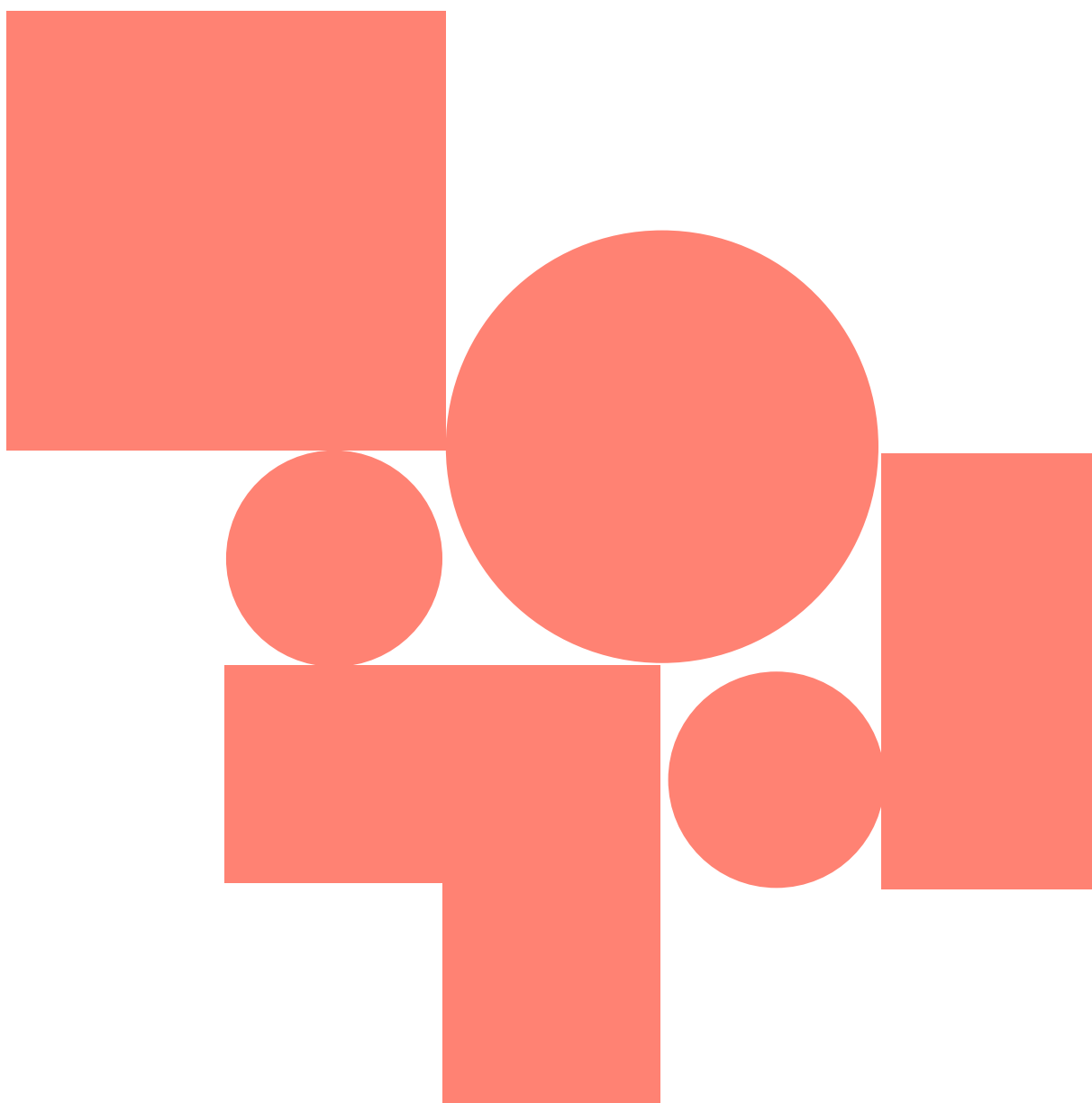
⁴⁶ Holliday RC, Cano S, Freeman JA, Playford ED. Should patients participate in clinical decision making? An optimized balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit. J Neural Neurosurg Psychiatry. 2007 Jun; 78(6):576-80. doi: 10.1136/jnnp.2006.102509. Epub 2006 Dec 18. PMID: 17178823; PMCID: PMC2077947.

⁴⁷ Dekker J, de Groot V, Ter Steeg AM, Vloothuis J, Holla J, Collette E, Satink T, Post L, Doodeman S, Littooij E. Setting meaningful goals in rehabilitation: rationale and practical tool. Clin Rehabil. 2020 Jan;34(1):3-12. doi: 10.1177/0269215519876299. Epub 2019 Sep 18. PMID: 31530186, Wade DT. Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. Clin Rehabil. 2009 Apr;23(4):291-5. doi: 10.1177/0269215509103551. PMID: 19293289.

⁴⁸ Forskrift habilitering og rehabilitering

⁴⁹ Forskrift habilitering og rehabilitering

- ⁵⁰ Langeland E, Tuntland H, Folkestad B, Førland O, Jacobsen FF, Kjekken I. A multicenter investigation of reablement in Norway: a clinical controlled trial. BMC Geriatr. 2019 Jan 30;19(1):29. doi: 10.1186/s12877-019-1038-x. PMID: 30700255; PMCID: PMC6354362.
- ⁵¹ Nasjonal veileder, rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2020)
- ⁵² Prop. 91L (2021-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester s. 34
- ⁵³ Nasjonal veileder, rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2020)
- ⁵⁴ Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) Kunnskapstranslasjon- læren om hvordan overføre evidensbasert kunnskap til praktisk handling i klinikk
- ⁵⁵ Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) Kunnskapstranslasjon- læren om hvordan overføre evidensbasert kunnskap til praktisk handling i klinikk
- ⁵⁶ Helsebiblioteket, 2019
- ⁵⁷ IS2975: Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Helsedirektoratet 2020
- ⁵⁸ ICF – et felles språk for funksjon, Pran F. i Fysioterapeuten nr. 7/2007
- ⁵⁹ Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk
- ⁶⁰ Folketrygdloven § 10-5 og § 10-6
- ⁶¹ Kunnskapsbanken, Om hjelpemiddelformidling, Nav
- ⁶² Forskrift om habilitering og rehabilitering og koordinator §9
- ⁶³ Kunnskapsbanken, Universell utforming, Nav
- ⁶⁴ Kunnskapsbanken, Velferdsteknologi, Nav
- ⁶⁵ Rapport IS-2557 Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger, Nasjonalt velferdsteknologiprogram, Helsedirektoratet, 2017
- ⁶⁷ Nasjonal veileder Covid-19 (Koronavirus) Helsedirektoratet
- ⁶⁸ Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds- og omsorgstjenestene. SINTEF, 2019
- ⁶⁹ https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2017/02/bruk_av_videokommunikasjon_i_hverdagsrehabilitering_-_utproe
- ⁷⁰ Folkehelseinstituttet, 2021. Sykdomsbyrde beregnet på fylkesnivå
- ⁷¹ <https://hel.intranett.oslo.kommune.no/category.php?categoryID=80860>
- ⁷² Tuntland, H. & Ness, N.E. (2014). Hverdagsrehabilitering. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- ⁷³ Overordnet standard for tjenester i hjemmet. Oslo kommune, 2019.
- ⁷⁴ Kunnskapsoppsummering knyttet til rehabilitering etter covid-19. Helseetaten, Oslo kommune 2021
- ⁷⁵ Arbeidsmiljøloven 2006 § 3.3
- ⁷⁶ Kunnskapsgrunnlaget til en helhetlig plan for rehabilitering. Helseetaten, Oslo kommune (2021)
- ⁷⁷ Kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet



Helhetlig rehabilitering til voksne og eldre i Oslo

Temaplan 2023 – 2033



Oslo