

Helhetlig rehabilitering til voksne og eldre i Oslo Temaplan 2023-2033

Innhold

1. Sammendrag- temaplanen kort fortalt	3
1.2 Utfordringsbildet	4
1.2.1 Flere eldre og yngre med funksjonsnedsettelse, færre i yrkesaktiv alder.....	4
1.2.2 Komplekse behov i fragmenterte og passive tjenester.....	4
1.3 Status og utfordringer ved rehabiliteringstjeneste i Oslo kommune.....	4
1.4 Satsningsområder og tiltak.....	5
1.5 Virkninger av planen.....	6
2. Innledning	7
2.1 Mål og avgrensning for planen	7
2.2 Beskrivelse av prosessen for utarbeidelse av planen.....	7
2.3 Kobling til andre pågående satsningsområder og planarbeid.....	7
2.4 Iverksetting og oppfølging.....	8
2.5 Avklaring av sentrale begreper.....	8
3. Hva er rehabilitering?	10
3.1 Verdigrunnlag og sentrale føringer	10
3.2 Rehabilitering i kommunen	11
3.2.1 Brukermedvirkning og pårørendesamarbeid	11
3.2.2 Koordinerende enhet, koordinator og individuell plan.....	12
3.3 Rehabilitering i spesialisthelsetjensten	12
3.4 Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjensten om rehabilitering.....	13
3.5 Hvem trenger rehabilitering?	13
3.6 Hva rehabilitering består av?	13
3.7 Rehabiliteringsfaglig kompetanse	16
3.7.1 Tverrfaglighet	16
3.8 Kunnskapsbasert praksis	16
3.9 Kvalitetsindikatorer og registreringspraksis.....	17
3.10 Hjelpemiddelformidling.....	17
3.11 Velferdsteknologi, rehabiliterings- og samhandlingsteknologi.....	18
4. Rehabilitering i Oslo	20
4.1 Behov for rehabilitering	20
4.2 Organisering av rehabiliteringstjenestene i Oslo	20
4.3 Forebyggende og helsefremmende arbeid	21
4.4 Hverdagsmestring	22

4.5 Rehabilitering utenfor institusjon:	22
4.6 Rehabilitering ved institusjon.....	25
4.7 Koordinerende enhet, koordinator og individuell plan.....	26
4.8 Hjelpemiddelformidling.....	27
4.9 Arbeid og aktivitet	27
4.10 Digitalisering og velferdsteknologi	28
4.11 Bruker- og pårørendesamarbeid	28
4.12 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	28
4.13 Forskning- og innovasjonsarbeid.....	29
4.14 Erfaringer fra pandemien	29
5. Utfordringer ved rehabiliteringstjenestene i Oslo.....	30
5.1 Felles forståelse av rehabilitering.....	30
5.2 Rehabilitering er mer enn helsetjenester	32
5.3 Helhetlige og koordinerte rehabiliteringstjenester.....	32
5.4 Indikatorer og registreringspraksis.....	33
6. Satsningsområder	34
6.1 Kunnskapsbasert praksis	34
6.2 Helhetlige og sammenhengende rehabiliteringsforløp	34
6.3 Digitalisering og hjelpemidler.....	35
7. Tiltak, gjennomføring og oppfølging	36
8. Vedlegg	40
9. Referanser	49

1. Sammendrag- temaplanen kort fortalt

Vi blir stadig friskere og lever lengre. Andelen eldre øker, og flere lever lenger med funksjonsnedsettelse. Endringer i befolkningssammensetningen vil få stor betydning for samfunnet vårt, og kommunens tjenester må dreies slik at de i større grad vektlegger mestring, aktivitet og deltagelse.

Rehabilitering løser ressurser og gir livskvalitet for den enkelte. Det gir samfunnsmessig effekt i form av mindre behov for tjenester og økt deltagelse i skole, arbeid og samfunnet for øvrig. Rehabilitering handler om å gjenvinne, opprettholde, eller øke funksjonen hos den enkelte¹, og hvor egne mål og ressurser er utgangspunktet for innsatsen. Rehabilitering vektlegger mestring og endring av forestilling, følelser og adferd på en måte som gir mening og sammenheng i livet. Mestring er en sentral forutsetning for å leve et godt liv med funksjonsnedsettelse, og har stor betydning for den enkeltes livskvalitet.

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 som fragmenterte, og uavklarte ansvarforhold skaper utfordringer med å prioritere riktig hjelp til riktig tid, spesielt i forhold til spesialisthelsetjenesten. Det vil her være nødvendig å se på hvordan rehabiliteringstjenestene og kompetanse om rehabilitering kan samles og organiseres til det beste for innbyggerne.

Endringer i befolkningssammensetningen vil få stor betydning for samfunnet vårt. En temaplan for helhetlig rehabilitering for voksne og eldre i Oslo har som intensjonen å skape likeverdige og 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.

1.2 Utfordringsbildet

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

Tjenestene har over flere tiår hatt en kontinuerlig vekst ², 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 en befolkning på i underkant av 700 000 innbyggere. En tredel har innvandrerbakgrunn (SSBs definisjon), og bortimot halvparten er aleneboende. Sosial ulikhet er en gjennomgående utfordring og følger geografiske skillelinjer i byen. Befolkningsfremskrivning fra 2021 viser en økning i andelen 0-66 år på 9 prosent, og en økning på 51 prosent for de over 67 år frem mot 2040. Det vil i samme periode bli en dobling i gruppen over 80 år. Det er kjent at behovet for tjenester øker i takt med økende alder.

1.2.2 Komplekse behov i fragmenterte og passive 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 tverrfaglighet³. Tiltak og mål må i større grad rettes slik at den enkelte mestrer sin hverdag til tross for sykdom og/eller funksjonsnedsettelse⁴. Forebygging, mestring, aktivitet og deltagelse må vektlegges⁵, 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 tilgjengelige 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 løsninger⁶. Oslo kommunes tjenester skal videreutvikles slik at de utløser sosial bærekraft, hvor den enkelte innbygger gis mulighet for mestre og delta aktivt i samfunnet. Planlegging for og utforming av byen skal bygge på prinsipper fra universell utforming⁷ som vil gagne alle innbyggere innen områdene: Transport og samferdsel, planlegging av bygg, anlegg og uteområder, og tjenester, informasjons- og kommunikasjonsteknologi⁸. FN-konvensjonen for rettighetene til personer med funksjonsnedsettelse (CRPD) er grunnleggende i dette arbeidet.

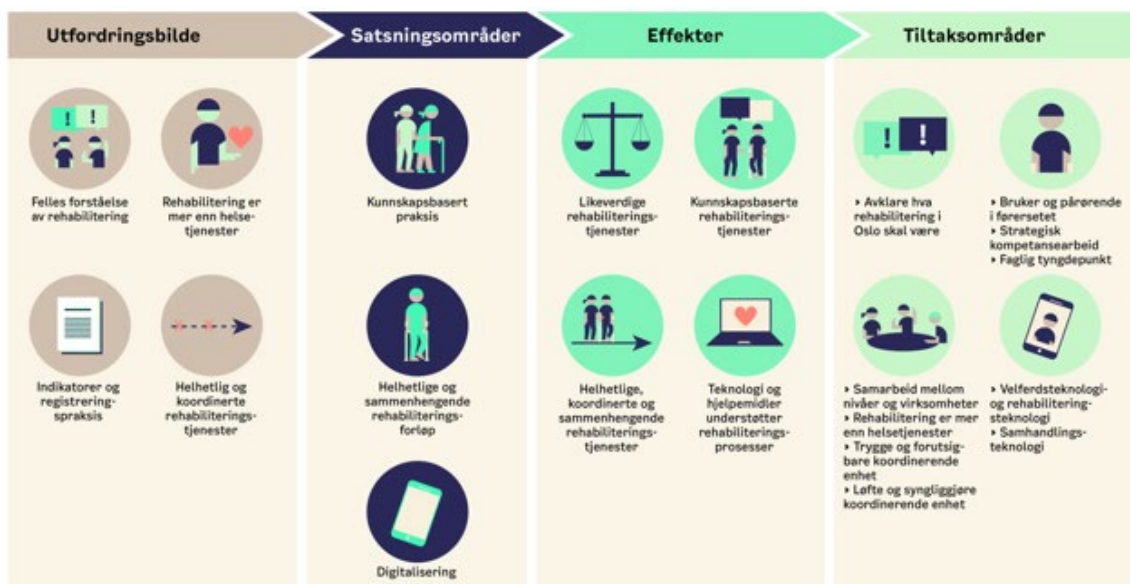
1.3 Status og utfordringer ved rehabiliteringstjeneste i Oslo kommune

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 helsehus⁹ og innsikt fra tidligere prosjektarbeid, at rehabiliteringstjeneste 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:

- hva rehabilitering er og hva tjenestene inneholder
- rehabilitering er mer enn helsetjenester
- Indikatorer og registreringspraksis
- koordinering og sammenhengende tjenester



Figur 1, illustrasjon temaplan

1.4 Satsningsområder og tiltak

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

- kunnskapsbasert praksis
- helhetlig og sammenhengende rehabiliteringsforløp
- digitalisering

Satsningsområdene 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.

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 habiliteringstjenestene. Temaplanen erstatter Byrådssak 114/14 Forebyggings- og rehabiliteringstilbudet til eldre og Byrådssak sak 114/15 Fysioterapitjenesten i Oslo- status og utviklingstrekk. Målgrupper som ikke omfattes av temaplanen ivaretas i overnevnte planer inntill 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 bystyresak 285/21 tilbud ved helsehusene. Planen bygger på et bredt kunnskapsgrunnlag, som sammen med «*Kunnskapsoppsummering knyttet til rehabilitering etter covid-19*¹⁰ utarbeidet av Helseetaten, samt fra rapport «*Beskrivelse og benchmarking av tjenestetilbudet ved Forsterket rehabilitering Aker*»¹¹ danner et faglig bakteppe til planens satsningsområder 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 innspillmøter, og arbeidet i sin helhet har i hovedsak pågått over digitale flater grunnet pandemiens restriksjoner.

2.3 Kobling til andre pågående satsningsområder og planarbeid

Temaplanen har kobling til flere satsningsområder og arbeid som med fordel kan ses i sammenheng , slik som plan for mennesker med funksjonsnedsettelse og universell utforming, folkehelsestrategi ,strategisk rekrutterings- og kompetanseplan rekruttering og kompetanse, forskning, utvikling og innovasjonsstrategi, legeplan, Oslo- en traumeinformert by, samt arbeid innen tillitsbasert styring og ledelse og aldersvennlig Oslo- Leve hele livet.

2.4 Iverksetting og oppfølging

Helhetlig rehabiliteringsplan innen helse- og omsorgstjenestene inngår i Oslo kommunes plansystem, og har en varighet på 10 år. Det tas sikte på at planen rulleres en gang pr. bystyreperiode, og justeres ut i fra 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 koordinator ¹² som <i>«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».</i>
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»¹³</i>
Kompetanse	Kompetanse defineres som «å besitte nødvendige kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger for å mestre oppgaver og nå mål» ¹⁴ . Kompetanse skaffes gjennom utdanning, opplæring, arbeidserfaring, og løpende kompetanseutvikling på arbeidsplassen, og gjennom ulike etter- og videreutdanninger ¹⁵ <i>«God kompetanse på riktig nivå, sted, og til riktig tid, er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester»¹⁶</i> Kompetanse består av holdninger og evner, kunnskap og ferdigheter, og kan forstås som: 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.
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 en familie- arbeids- og samfunnsliv. Livskvaliteten i Norge og Oslo er høy, men er skjevfordelt ¹⁸

3. Hva er rehabilitering?

Rehabilitering foregår når tjenester:

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

Målet med rehabilitering er at den enkelte skal mestre livet best mulig etter sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse.

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 likverdighet og til deltagelse sosialt og i samfunnet 19. I utdrag fra FNs 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)
- Nytt, 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)
- Hurdalsplattformen (2021-2025)

3.2 Rehabilitering i kommunen

Kommunen har etter helse- og omsorgstjenesteloven ansvar for å tilby nødvendig helse- og omsorgstjenester, herunder tilbud om sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering ²⁰.

Ansvarer 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 rehabilitering ²¹. Kommunen har ansvar for å yte forsvarlige, helhetlige og koordinerte tilbud, og det må fremgå hvordan tilbudene henger sammen.

I følge forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator 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 brukeren skal settes i stand til å leve et god liv med funksjonsnedsettelse, og mestring er en sentral forutsetning for å muliggjøre dette ²².

Kommunen skal etter samme forskrift også tilby nødvendig utredning og oppfølging ²³. Brukernes rettigheter er forankret i Pasient- og brukerrettighetsloven og skal blant annet sikre rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester ²⁴ individuell plan ²⁵ og medvirkning og informasjon ²⁶.

3.2.1 Brukermedvirkning og pårørendesamarbeid

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 omsorgstjenesten ²⁷. 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 informasjon ²⁸. I tråd med nasjonale føringer skal brukere involveres i utforming og utvikling av tjenestene.



Figur 2, Hva er viktig for deg, Helseetaten.

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.

Pårørende er ofte en viktig støtte for bruker, og kan spille en rolle i rehabiliteringsprosessen. Det skal i rehabiliteringstjenestene legges til rette for godt samarbeid med pårørende, hvilken rolle de ønsker å ha, og hvorvidt de har behov for støtte og avlastning. Det er utarbeidet en nasjonal strategi og veileder for bruker- og pårørende²⁹, og bruker- og pårørendearbeid skal følge anbefalinger fra nasjonal pårørendeveileder.

3.2.2 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 habiliterings- og rehabiliteringstilbud, lærings- og mestringstilbud, Frisklivssentraler, syns- og hørselskontakter, tilbud i bydel og spesialisthelsetjensten, 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 koordinator¹⁸⁷ og utarbeide individuell plan³³. 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 plan³⁴. Retten til å få utarbeidet individuell plan er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, og hensikten med planen beskrives i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator:

- sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud
- sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyter, bruker og eventuelt pårørende
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer.

3.3 Rehabilitering i spesialisthelsetjensten

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 avtaler ved regionale helseforetak. Tilbudene er inndelt i diagnosegrupper, og for 2019 ble det beregnet at 58 % av all rehabilitering i spesialisthelsetjenesten foregikk ved private rehabiliteringsinstitusjoner³⁵.

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 i fra 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. Ulike helsetilstander fører til ulike funksjonsutfordringer og rehabiliteringsbehov. Det er kompleksiteten i den enkeltes behov 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 ca. 40 % av innbyggerne vil være i behov av rehabilitering en eller flere ganger i løpet av livet ³⁶. Folkehelseinstituttet har utarbeidet en nasjonal oversikt over sykdomsbyrde og årsaker til helsejusterte levekår ³⁷.

3.6 Hva rehabilitering består av?

Rehabilitering består av ulike prosesser som handler om å definere mål, utarbeide rehabiliteringsplan, iverksette, gjennomføre og eventuelt justere tiltak, samt evaluering av tiltakene. I nasjonalfaglig retningslinjer anbefales det at kommunens rehabiliteringstjenester består av differensierte tilbud som inneholder læring, funksjonstrening og tilrettelegging som samsvarer med innbyggernes behov ³⁸. Dette krever bred kompetanse. Det er nødvendig at metoder og verktøy er tilgjengelige, og at tiltak er virkningsfulle.

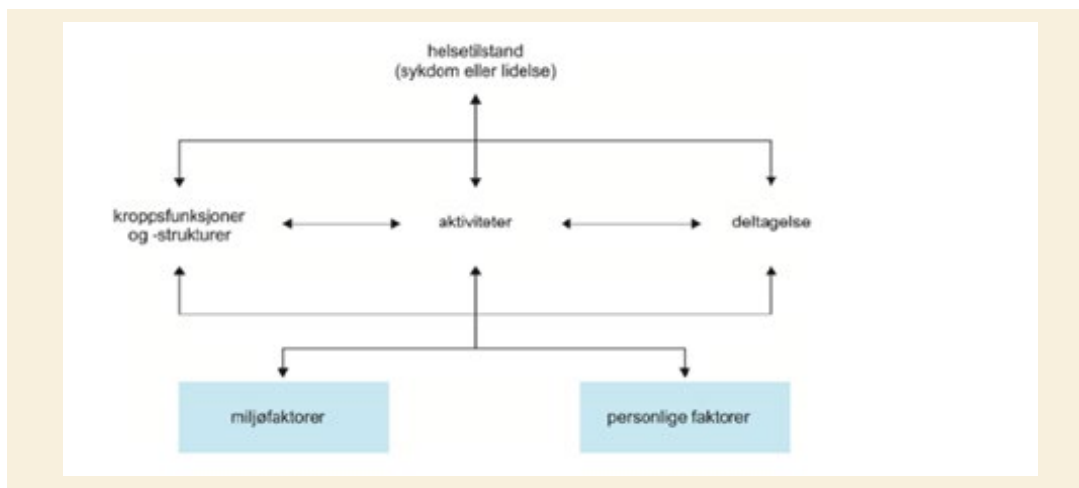
3.6.1 Fange opp, kartlegge funksjon, og avklare behov

Den enkeltes behov og ressurser skal ifølge lovverk, rundskriv og veiledere, avklares gjennom

tverrfaglig utredning³⁹. 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 rehabilitering⁴⁰. 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 spillet fungerer og hvordan de ulike dimensjonene har en gjensidig påvirkning på hverandre. Dette, erspill som er førende for deltagelse i arbeidsliv, sosiale aktiviteter, og mestring av daglige gjøremål⁴¹. Alle områdene i ICF-modellen bør være i fokus i kartlegging av en persons behov for rehabilitering.



Figur 3, ICF, Store medisinske leksikon

https://sml.sn.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)⁴².

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 kunnskapsbaserte ⁴³. 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 arbeidsprosess ⁴⁴.

«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 rehabiliteringsprosess⁴⁵. Det anbefales at det utarbeides mål som har betydning for den enkeltes aktivitet og deltagelse⁴⁶. 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, 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 situasjoner⁴⁷, i samarbeid med fysio- og ergoterapeuter, og andre aktuelle ansatte med fagkompetanse innen rehabilitering ⁴⁸.

Rehabiliteringsprosessen kan deles inn i ulike faser, og vil variere ut i fra den enkeltes mål, helseforhold (diagnose/ skade) og funksjon. En hyppighet av rehabiliteringstiltak mindre enn to ganger pr. 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 effektive ⁴⁹. Effekt av innsats som ytes ved disse tilbudene må ses i forhold til faktorene 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 koordinator⁵⁰ og omhandler følgende:

Generell prosesskompetanse

- Brukermedvirkning- samhandling med bruker- og nærpersoner/pårørende
- Om målrettet prosessarbeid- kartlegging, målsetting, tiltak, ansvar, fremdrift, 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

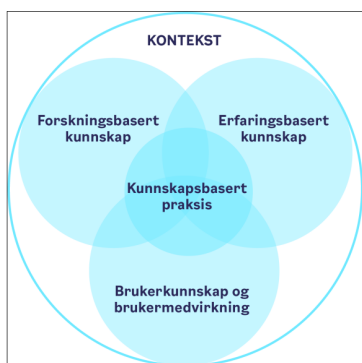
Avhengig av den enkelte brukers mål og utfordringer vil rehabiliteringen gjennomføres med innsats fra flere faggrupper. Sentrale faggrupper innen rehabilitering er ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere og leger.

For å ivareta brukers helhetlige behov, er det også sentralt at den sosialfaglige kompetansen innlemmes og ivaretas⁵¹. Utover sosionomer, vil også psykolog, klinisk ernæringsfysiolog, logoped, audio- og synspedagoger 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 tjenester⁵²..

3.8 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis (KBP) handler om at ansatte tar faglige avgjørelser ut i fra 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 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 Kunnskapscenter 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.



Figur 5, Forbedringshjulet. Kunnskapsbiblioteket.no

Prosesen fra å identifisere og fyller kunnskapsgap mellom kunnskapskilder og praksisutførelse omtales som kunnskapstranslasjon (KT) ⁵³. 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 kunnskap⁵⁴. For å lykkes med kvalitetsforbedring, trengs systematisk arbeid, tilstrekkelige ressurser, tid og ledelse ⁵⁵.

3.9 Kvalitetsindikatorer og registreringspraksis

Det er i dag lite tilgjengelig informasjon som dokumenterer kommunens innsats, effekt eller kostnader innen rehabiliteringstjenestene. I evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering synliggjøres det at rehabiliteringsfeltet har mangelfulle kvalitetsindikatorer og statistikk som gir oversikt over behov ⁵⁶. Dette medfører at det er utfordrende å foreta riktige beslutninger som imøtekommer behovet for rehabilitering ⁵⁷. 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 rehabiliteringsprosesser ⁵⁸.

3.10 Hjelpemiddelformidling

Et hjelpemiddel er etter Folketrygdloven, utstyr som er egnet til direkte avhjelpe/erstatte/kompensere for en funksjonssvikt⁵⁹. Hjelpemidler kan bidra til mestring og deltagelse ⁶⁰ i eget hjem, skole, arbeid og fritid. Hjelpemidler kan være nøkkelen til selvlulpenhet 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 behov⁶¹, 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 2 år. Kommunen har ansvar for å finansiere hjelpemidler ved midlertidig behov (inntil 2 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 2 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, samt hvordan hjelpemidler, tolk og ergonomiske tiltak. 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 i forhold til 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 funksjonsnedsettelse. ⁶² Hjelpemidler som kompenserer for nedsatt funksjonsevne kan inngå i velferdsteknologiske løsninger ⁶³.

3.11 Velferdsteknologi, rehabiliterings- og samhandlingsteknologi

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 ressurser⁶⁴.

Velferdsteknologi har til hensikt å gi den enkelte økt selvstendighet for å kunne mestre eget liv, helse og sykdom⁶⁵, og helsetjenesten anbefales å ta i bruk digitale verktøy i oppfølging av

personer med behov for rehabilitering⁶⁶. 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 ansatte⁶⁷. Videre kan bruk av video i tillegg til skriftlig dialog mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten være et godt supplement i samarbeidet, og at det i avtaleverket er lagt til rette for 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 samhandling⁶⁸.

4. Rehabilitering i Oslo

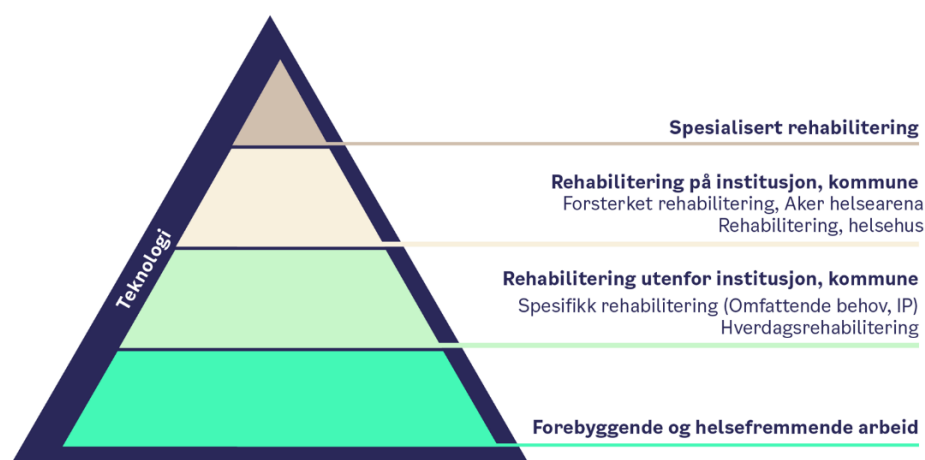
4.1 Behov for rehabilitering

I følge Folkehelseinstituttets nasjonale oversikt over sykdomsbyrde og årsaker til helsejusterte levekår ⁶⁹, 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 viser følgende fakta for Oslo:

F A K T A	- Om lag 800 personer i Oslo årlig får hjerneslag
	- Oslo ligger øverst på den nasjonale statistikken for hoftebrudd, med rundt 700 hoftebrudd årlig
	- Personer med muskelskjelettsykdommer vil i stor grad ha nytte av rehabilitering i løpet av livet
	- 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 ¹ , samtidig som en studie viser at rehabilitering til personer med KOLS i liten grad tilbys i norske kommuner ¹ .
	- Psykisk uhelse er en av de viktigste årsakene til sykdomsbyrde i Norge, og personer med psykisk uhelse lever ca. 20 år kortere enn befolkningen for øvrig ¹

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 viktige innsatsområder for rehabilitering ved å legge til rette for mestring. I tillegg til tjenestene som tilbys i regi av Oslo kommune, foregår forebyggende og helsefremmende aktiviteter i regi av brukerorganisasjoner, frivillige lag og organisasjoner, og også i samarbeid med kommunens tjenester.

Under beskrives forebyggende og helsefremmende tilbud til voksne og eldre i Oslo kommune

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

- Tilbud kan bestå av individuell pasient- og pårørendelæring, likepersonsarbeid og gruppetilbud, og bidrar til å styrke helsekompetanse

Fastlegen og primærhelseteam har nøkkelrolle i innbyggernes rehabiliteringsforløp og i det tverrfaglige samarbeidet. Samarbeid mellom tjenestene og fastlegene varierer. Flere legesentre har prøvd ut organisering av primærhelseteam, og gjort seg nyttige erfaringer.

Frisklivssentraler tilbys i alle bydeler og består av kunnskapsbasert hjelp til endring av levevaner, og kan benyttes som tidlig innsat for å forebygge sykdom eller være en aktør i et behandlings, rehabiliterings eller habiliteringsforløp, og tilbys også til personer med lettere psykiske plager, søvnvansker, og risikofylt 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

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

- Gruppetilbudene varierer fra bydel til bydel

- Sterk og stødig er et gruppetilbud ledet av frivillige og rettes mot seniorer som erfarer funksjonsendringer og har fokus på styrke og balansetrening.

- Alle bydeler har grupper som retter seg mot personer som har falt og eller står i fare for å falle. Flere bydeler har også tilbud til personer som har/hatt kreft.

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

Likepersonsarbeid handler om erfaringsdeling og mellommenneskelig støtte for personer eller som erfarer samme funksjonsnedsettelse eller for deres pårørende

4.4 Hverdagsmestring

Hverdagsmestring er et helsefremmende og forebyggende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen, uavhengig av funksjonsnivå. Mål om hverdagsmestring er defor aktuelt ved alle helse- og omsorgstjenester ⁷⁰. 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 arbeid ⁷¹.

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 mestring, og Mestring er et begrep som beskrives i overordnede tjenestestandard ⁷². Ved å stille spørsmålet « Hva er viktig for deg» bidrar til å stimulere til egenmestring og til å rette oppmerksomhet til det som fremmer helse.

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 ambuleringsteam (ART). Relevante tjeneste- og samarbeidsaktører vil også være innen velferds- og sosialområdet. Under gis en kort beskrivelse av tjenestene som tilbys:

Frisklivssentraler

Arbeidsmetode: Kunnskapsbasert individuell og/eller gruppebasert tilbud hjelp

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

Henvising: 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

Hverdagsrehabilitering er en tjeneste med tjenestekode 101 i Gericla.

Arbeidsmetode: Tverrfaglig, strukturert, intensiv og tidsavgrenset opptrening av funksjon i utførelse av dagliglivets gjøremål i brukers hjem eller nærmiljø. Brukermedvirkning og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltagelse står sentralt.

Verktøy: Canadian Occupational Performance Measurement (COPM), pasientspesifikk funksjonskala (PSFS), short physical performance battery (SPPB), IPLOS

Målgruppe: Hjemmeboende personer 18 år og eldre, som enten søker om tjenester for første gang, eller som allerede har tjenester og får endring i funksjonsnivå. Det er flest eldre som mottar hverdagsrehabilitering.

Kompetanse: Tverrfaglig sammensetning med sykepleier, helsefagarbeider, fysioterapeut og ergoterapeut.

Organisering: Et spesialisert og robust tverrfaglig team i bydel som organiseres sammen med andre funksjoner for å ivareta god ressurs- og kapasitetsutnyttelse og fleksibilitet i tjenesten.

Antall brukere: Varierer fra bydel til 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: for spesifikk rehabilitering i hjemmet er personer som er 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)

Antall brukere: Spesifikk rehabilitering er kun registrert i Gericca som sak/tjeneste for Ambulerende rehabiliteringsteam (ART) (sak/tjeneste 106).

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 inn 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, FRA, private fysioterapeuter eller andre rehabiliteringsinstitusjoner

Inntak: Kontakt opprettes ved henvendelse til bydelen

Finansiering: Bydel

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

Arbeidsmetode: Sørger for sømløse overganger, kompleks og systematisk oppfølging som sørger 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.

Antall brukere: 73 brukere har fått spesifikk rehabilitering i ART i perioden 01.01.2021 – 30.06.2021

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

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, 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 og fastleger** har også viktige roller i tilknytning til rehabiliteringstjenestene.

Avtalefysioterapeuter er private fysioterapeuter med driftsavtaler, og er både lokalt tilknyttet bydeler og bydelsovergrepene. En kan selv ta kontakt for bistand.

Rådgivningskontoret for syn- og hørselshemmede

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 hørselshemninger i Oslo

Kompetanse: 3 årsverk fagstilling bestående av i fysioterapeut, ergoterapeut og helsefagarbeider.

Organisering: Helseetaten

Finansiering: Helseetaten

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 og pårørende

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

Organisering: Helseetaten, og i samarbeid 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 og fremme overgang til arbeid og aktivitet.

Kompetanse: Kunnskap om lov og regelverk som gjelder målgruppen samt sosial- og arbeidsrettet kompetanse.

Henvising: 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 hørseltap

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 VO 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. Hvor opplæringen i stor grad være i samarbeid med de som ha ansvaret for rehabilitering, behandling eller habilitering

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

Finansiering: Oslo Voksenopplæring

4.6 Rehabilitering ved institusjon

Rehabiliteringstjenester tilbys ved flere 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. Tilbudene beskrives under.

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

Arbeidsmetode: Individuell tilpasset, døgntilrettelegging, 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 pr 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, klokkestest, 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 stabil.

Inntak: Søknad om rehabiliteringsopphold vurderes av et tverrfaglig inntaksteam ved FRA. Tilbud om plass gis ut fra pasientens rehabiliteringspotensiale, kapasitet i avdelingen og til pasienter innenfor målgruppen som nevnt over. Alle inntakskriterier må ikke være oppfylt for å få plass. Henvisning kan komme fra helsepersonell i sykehus, fastlege, bydel eller helsehus

Kompetanse: består av 35,8 årsverk fordelt på 22,3 sykepleiere og hjelpepleiere, 7,7 fysioterapeut, 3 ergoterapeuter, 1 lege og 2 annet (seksjonsleder, kjøkkenassistent og inntakskoordinator).

Bemanningsfaktor: 1,4 (dag) etter utvidelse til 25 senger.

Pleiefaktor: 0,62

Antall pasienter: 360 (for hele 2019, et normalår før pandemien, 23 senger)

Organisering: Byomfattende tilbud lokalisert ved Aker helsearena, organisert i Helseetaten

Finansiering: Foregår gjennom uttrekk fra bydelenes økonomiske rammer

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, og å 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 (bl.a. 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: 3 årsverk- fysioterapeut, ergoterapeut og helsefagarbeider.

Finansiering: Plassene kjøpes av bydelene Sovner, Alna og Grorud. Brukerne betaler en egenandel på kr. 85 kroner per dag som inkluderer to måltider og transport

Inntak: via henvendelse til bostedsbydel. Plass tilbys etter individuell vurdering. Inklusjon-s og eksklusjonskriterier er under utarbeidelse

Organisering: Lokalisert på Solvang helsehus, Sykehjemsetaten. Dagrehabiliteringen samarbeider med ART og er samlokalisert på helsehuset.

Helsehus- tidsbegrensede opphold tilbys ved de fire helsehusene, Solvang, Lilleborg, Ullen og Solfjellhøgda tilbyr rehabilitering og korttidsplasser. Pr. nov-21 var det totalt 177 rehabiliteringsplasser. Under pandemien ble plasser på Solvang helsehus omdisponert til behandlingsplasser for eldre personer som var syke med Covid-19.

Arbeidsmetode: ved samtlige helsehus tar utgangspunkt i et e-læringskurs som er utarbeidet av Sunnaas sykehus for å vurdere om pasienten har rehabiliteringspotensiale. Helsehusene har på bakgrunn av dette kurset utarbeidet et verktøy som skal bidra til å styre ressursene hensiktsmessig ut fra den enkelte pasientens rehabiliteringspotensiale og -behov.

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 er fleksibelt ettersom det ikke er egendefinerte rehabiliteringsplasser på helsehus. Bydelene forhåndsbestiller antall plasser for et halvt år om gangen, og plasser kan kjøpes ekstra ved behov.

Antall pasienter Det er ikke en samlet oversikt over antall pasienter ved helsehus da bydelen ettersom bydelene har ulike registreringspraks

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

4.7 Koordinerende enhet, koordinator og individuell plan

Det er en koordinerende enhet (KE) i hver bydel, og det kan være store variasjoner i hvordan enhetene fungerer⁷³. I følge nasjonal oversikt over kommuners bruk av individuelle planer, fremkommer det at det i Oslo i liten grad brukes individuell plan og oppfølging av koordinator til brukere med somatiske helseutfordringer⁷⁴. 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.

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.

4.8 Hjelpemiddelformidling

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

Hjelpemiddelformidlingen i 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 hjelpemiddellets funksjon
- Kommunen har også et ansvar for evaluering av brukernytte og nødvendig justering i forhold til dette

I følge 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 ca. 10 000. I følge NAVs omverdensanalyse, vil en økning i bruken av hjelpemidler tilsvarende demografisk befolkningsutvikling, gi en økning i antall brukere med 45 % 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.

4.9 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 for innsats for å øke sysselsetting og

oppsøkende arbeid skal styrkes. Satsningen 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. Satsningen «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 for den ved å være i arbeid er stor.

4.10 Digitalisering og velferdsteknologi

Digitalisering og bruk av velferdsteknologi er viktige satsningsområder innen helse- og omsorgstjenestene i Oslo kommune. Det foreligger en langtidsplan for velferdsteknologi og planen danner grunnlag for prioritering av aktiviteter, og hva som ut ifra krav og forutsetninger får betydning for ressursbruk. Oslo deltar i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet, og har høstet gode erfaringer med digital hjemmeoppfølging av kronisk syke personer med risiko for forverring av sin tilstand, de med risiko for reinnleggelse på sykehus, eller for de med økt behov for helse- og omsorgstjenester ⁷⁵.

Flere bydeler tilbyr digital trening og interaktiv rehabiliteringsteknologi, og erfarer at økt treningsmengde og aktivitet bedrer funksjon i en rehabiliteringsprosess. Digital trening kan redusere antall hjemmebesøk og/eller være et supplement til annen oppfølging.

Bruk og deling av data kan bidra til å styrke pasientoverganger, og bidra til bedre helse og økt trygghet. Tjenestene blir mer effektive, treffsikre og av bedre kvalitet. Det pågår arbeid med å utarbeide digital plattform for deling av helsedata, og som muliggjør bedre samhandling i overganger mellom tjenester og nivåer i helsetjenestene. Resultater av datadelingssamarbeidet kan åpne opp for digital hjemmeoppfølging i rehabiliteringstjenestene.

4.11 Bruker- og pårørendesamarbeid

Oslo kommune har en standard for pårørendearbeid⁷⁶. Pårørende skal anerkjennes som en ressurs, og samarbeid med pårørende skal være systematisk, integrert og naturlig del av tjenesteytingen. Tjenestene har over lengre tid hatt fokus på metoder som legger til rette for brukerinvolvering ved å identifisere aktiviteters betydning for den enkelte, og hva som kan gi motivasjon i en rehabiliteringsprosess ⁷⁷. Det foreligger opplæringstibud i å benytte metoder og verktøy i bruker og pårørendearbeid i Oslo kommune. Samtidig erfares forbedringsbehov i å systematisere og gjennomføre arbeidet.

4.12 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Det foreligger en overordnet samhandlingsavtale mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst, og en tjenestevtale for koordinerte tjenester med samarbeidende helseforetak. Tjenestevtalen 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.

4.13 Forskning- og innovasjonsarbeid

Forskning og innovasjon er avgjørende for å utvikle kommunes tjenester. Behovet for å satse mer på forskning og innovasjon innen rehabiliteringsfeltet understrekes i flere evalueringer og revisjoner, i nasjonale målsetninger og ambisjoner. 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, en grønnere, varmere og mer skapende by med plass til alle. Forskning og utvikling innen rehabiliteringsfeltet skal ses i tilknytning til denne kommende strategien.

4.14 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 ensomhet⁷⁸. 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 verkøy. Flere bydeler har også utviklet rehabiliteringstilbud ved Frisklivssentraler til personer som strever etter gjennomgått covid-19 sykdom.

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, 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 satsningsområder 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 i fra ulike faggrupper. Det kan være stor variasjon i hva som er innholdet i rehabiliteringen, og hvem som er målgruppen. 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 spesislisthelstjenesten. 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 for tjenestene som helhet. Behovet for kompetanseheving gjelder også innen universell utforming.



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



Figur 8, rehabiliteringstrappen, Helseetaten, Oslo kommune

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. Aktuelle samarbeidsaktører kan være skole, pedagogisk- psykologisk tjensten (PP-tjensten), Oslo voksenopplæring og Nav.

NAV-og arbeidsliv Det er behov for å bedre kunnskap mellom rehabiliteringstjenestene og Nav. Kjennskap om hverandres tjenester og utarbeidelse systematiske samarbeidsrutiner vil bidra til å styrke samarbeidet. Oslo har mange studenter. Enn andel av dem er i behov av sammensatte helse- og omsorgstjenester, som omfatter samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene, NAV og studiested.

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 ivaretas⁷⁹. Samarbeid mellom rehabiliteringsfeltet og bedriftshelsetjenesten kan med fordel videreutvikles og som en del av forebyggende arbeid innen helse, miljø og sikkerhet og 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 tilgjengeliggjøre informasjon over tilbud som finnes fra ulike lag, foreninger og organisasjoner.

5.3 Helhetlige og koordinerte rehabiliteringstjenester



Både tjenestemottakere og tjenesteytere ønsker at rehabiliteringsforløp skal være sammenhengende, kunnskapsbasert 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. Rehabilitering forutsetter god koordinering og arbeidet ved bydelens

koordinerende enheter bør løftes slik at enhetene i større grad virker og bemyndiges etter hensikten. Arbeidet som omfatter koordinerende enhet, herunder arbeid med 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.

5.4 Indikatorer og registreringspraksis



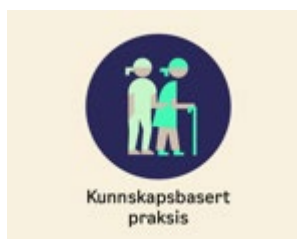
Det er behov for å utarbeide mer statistikk og praksisnær forskning slik at ressurser innen rehabilitering ytes der det utløser ressurser, og som gir god livskvalitet for den enkelte. I dag er registreringspraksis i virksomheter og tjenester ulik, og data som foreligger er usikre. Det er utfordrende 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. Satsningsområder

Satsningsområder for rehabiliteringsfeltet tar utgangspunkt i beskrevet utfordringsbilde.

- Kunnskapsbasert praksis
- Helhetlig og sammenhengende rehabiliteringsforløp
- Digitalisering

6.1 Kunnskapsbasert praksis



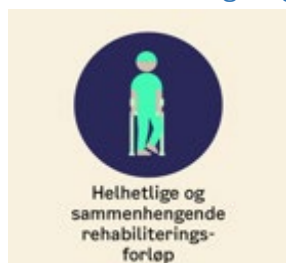
Rehabiliteringstjenestene i Oslo skal være kunnskapsbaserte ⁸⁰. For at tjenestene skal være kunnskapsbaserte, må ledere og medarbeidere ha kompetanse og mulighet til å innhente, kritisk vurdere, anvende og evaluere best tilgjengelig kunnskap. Det skal satses på kompetanseheving innen rehabiliteringstjenestene generelt, og ved helsehusene spesielt. Hensiktsmessig verkøy skal være tilgjengelig og ansatte må ha kunnskap i bruken av disse. Kunnskapsbasert praksis

skal være et grunnleggende prinsipp ved styring og ledelse av rehabiliteringstjenestene.

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, og i samarbeid 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 brukere 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



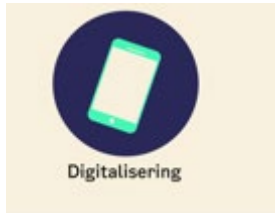
Det er behov for å se på metoder, verkøy og organisering av rehabiliteringstjenestene slik at de blir mer helhetlige og sammenhengende. Tjenestene bør i hovedsak være tuftet på felles prinsipp for prioritering slik at ressurser brukes der de gir størst nytte og til dem som trenger det mest. Innsats og 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 selvjulpe innbyggere. Tjenestene blir mer treffsikre med tanke på ressurser og bruk av kompetanse.

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 ansatt og bruker med pårørende, men også mellom tjenestene. Det vil være hensiktsmessig å legge opp til en utvikling hvor hjelpemiddelformidling og kommunes satsning 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.

7. Tiltak, gjennomføring og oppfølging

Temaplanen inngår i Oslo kommunes plansystem og har en varighet på ti år. Etter at planen er politisk behandlet skal virksomhetene innarbeide satsningsområder og tiltak i egne planverk ut ifra lokale behov og utfordringsbilder. Oppfølging av planens satsningsområder og tiltak skal gjøres i samarbeid med berørte aktører, og på individ, tjeneste og systemnivå. Helseetaten gis i oppdrag i å koordinere og følge opp arbeidet.

Gjennomføring, justering og evaluering av planens tiltak vil synliggjøres i virksomhetenes tildelingsbrev, og gjennom strukturer for fag- og styringsdialog. Byrådsavdelingen vil følge opp implementering av planen gjennom regelmessige rapporteringer. Helseetaten skal årlig bli innen 01.07 rapportere om status til arbeidet til Byrådsavdelingen. Det tas sikte på at planen rulleres en gang pr. Bystyreperiode, og justeres ut i fra evaluering, måloppnåelse og oppdatert kunnskap.

Planarbeidet finansieres av øremerkede tilskuddsmidler knyttet til opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, og som er innlemmet i kommunes rammetilskudd fra 2020. Finansiering ut over dette må ivaretas gjennom kommunens ordinære budsjettprosesser.

Satsingsområdene tar utgangspunkt i utfordringene som er beskrevet i planen og har følgende tiltak:



- **Utarbeide felles verktøy for rehabiliteringstjenestene når det gjelder** målgruppe, inntak, arbeidsmetode og kompetansebehov
 - Hovedansvarlig: Helseetaten
 - Gjennomføringsperiode: 2023- 2025
- **Utrede muligheter for og utprøve samordnet digitalt inntak**
 - Hovedansvarlig: Helseetaten
 - Gjennomføringsperiode: I løpet av planperioden
- **Utarbeide og gjøre informasjon om behandlings, rehabiliterings- mestrings og frisklivstilbud inkl. målgrupper tilgjengelig**
 - Hovedansvarlig: Helseetaten i samarbeid med bydeler, Sykehjemsetaten, Velferdsetaten, Utdanningsetaten, og NAV.
 - Gjennomføringsperiode: I løpet av planperioden
- **Videreutvikle organisasjonsmodeller som legger til rette for robuste og tverrfaglige tjenester**
 - Hovedansvarlig: Helseetaten i samarbeid med bydeler, Sykehjemsetaten, Velferdsetaten, Utdanningsetaten og NAV.
 - Gjennomføringsperiode: I løpet av planperioden

➤ **Iverksette kompetanseutvikling og samarbeid med utdanningsinstitusjonene om praksisoppgaver og oppgaver på bachelor, master- og phd. Nivå**

- Hovedansvarlig: Helseetaten, i samarbeid med bydeler og Sykehjemsetaten
- Gjennomføringsperiode: Fortløpende igjennom hele planperioden



➤ **I samarbeid med spesialisthelsetjenesten (Helsefelleskap Oslo) avklare hvem som skal ha ansvar for hva innen rehabilitering**

- Hovedansvarlig: Helseetaten, i samarbeid med Byrådsavdelingen
- Gjennomføringsperiode: I løpet av planperioden

➤ **Utvikle og ta i bruk overordnede rutiner for samarbeid med spesialisthelsetjenesten, NAV, fastleger (i tråd med føringer), avtalefysioterapeuter (i tråd med inngåtte avtaler)**

- Hovedansvarlig: Helseetaten i samarbeid virksomhetene
- Gjennomføringsperiode: I løpet av planperioden

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

- Hovedansvarlig: Helseetaten i samarbeid med bydeler, Velferdsetaten, Utdanningsetaten og NAV.
- Gjennomføringsperiode: I løpet av planperioden.

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

- Hovedansvarlig: Bydelene i samarbeid med aktuelle aktører i Helseetaten, Velferdsetaten, Utdanningsetaten og NAV.
- Gjennomføringsperiode: I løpet av planperioden.

➤ **Løfte og synliggjøre koordinerende enhets mandat og aktivitet**

Legge til rette for at bydelenes koordinerende enheter (KE) har tydelig mandat, er godt lederforankret, er synlig og tilgjengelig for brukere og samarbeidspartnere på tvers av interne og eksterne tjenester.

- Hovedansvarlig: Bydelene i samarbeid med aktuelle virksomheter
- Gjennomføringsperiode: I løpet av planperioden



➤ **Utarbeide en plan for bruk av digitale løsninger som bidrar inn i rehabiliteringsprosessen**

- Hovedansvarlig:
- Gjennomføringsperiode:

➤ **Utforske mulighet for leieløsninger av velferdsteknologi**

- Hovedansvarlig: Helseetaten
- Gjennomføringsperiode: I løpet av planperioden

- **Gjøre felles anskaffelser av utprøvd/testet teknologi**
- Hovedansvarlig: Helseetaten i samarbeid med virksomhetene
- Gjennomføring: I løpet av planperioden

Gå i dialog med sentrale aktører for å vurdere mulighet for et sentrale visningscenter

- Hovedansvarlig: Helseetaten i samarbeid med bydeler, Hjelpemiddelformidlingen, Sykehjemsetaten, Velferdsetaten, Utdanningsetaten og NAV.
- Gjennomføring: I løpet av planperioden

Videreutvikle muligheter for digital registrering av IPLOS ADL, SPPB-Short Physical Performance Battery, og PSFS-pasientspesifikk funksjonsskala ved innkomst og avslutninger av tjeneste/opphold

- Hovedansvarlig: Helseetaten i samarbeid med aktuelle aktører
- Gjennomføringsperiode: Fortløpende i løpet av planperioden



➤ **Systematisk involvering av brukerråd og brukerorganisasjoner på systemnivå for utvikling av rehabiliteringstjenestene**

- Hovedansvarlig: Bydelene, Sykehjemsetaten og Helseetaten
- Gjennomføringsperiode: I løpet av planperioden

➤ **Systematisk ta i bruk Oslostandard for pårørendearbeid**

- Hovedansvarlig: Bydelene, Sykehjemsetaten, Helseetaten
- Gjennomføringsperiode: 2023-2024

➤ **Utareide og gjennomføre brukerundersøkelser for rehabilitering og benytte disse i utvikling av tjenestene**

- Hovedansvarlig: Helseetaten i samarbeid med aktuelle virksomheter.
- Gjennomføringsperiode: Avklares med Helseetaten

➤ **Virksomhetene utfører kompetansekartlegging og utarbeider plan for kompetanseheving for rehabiliteringstjenesten**

- Hovedansvarlig: Virksomhetene
- Gjennomføringsperiode: 2023-2024

➤ **Etablere et faglig kompetanse- og informasjonstygdepunkt for kommunens rehabiliteringsvirksomhet**

- Hovedansvarlig: Helseetaten i samarbeid med virksomhetene
- Gjennomføringsperiode: I løpet av planperioden

➤ **Utarbeide og implementere kompetansepakke innen rehabilitering**

- Hovedansvarlig: Helseetaten
- Gjennomføringsperiode 2023-2024

- **Betydning av rehabilitering i utvikling av helse- og omsorgstjenester er godt forankret i virksomhetene**
 - Hovedansvarlig: Helseetaten i samarbeid med virksomheter, brukerorganisasjoner, spesialisthelsetjensten, akademia og andre aktører
 - Gjennomføring: Fortløpende gjennom hele planperioden

- **Videreutvikle og ta i bruk relevante indikatorer og utvikle enhetlig registreringspraksis**
 - Hovedansvarlig: Helseetatetn i samarbeid med virksomheter, forskningsmiljø, KS
 - Gjennomføringsperiode: I løpet av planperioden

8. Vedlegg

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 Helsedirektoratets anbefalinger om tjenesteansvar

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:
<ul style="list-style-type: none"> - muskel og skjelettsykdommer, - livsstilssykdommer, 	<ul style="list-style-type: none"> - progredierende nevrologiske tilstander
<ul style="list-style-type: none"> - lettere psykiske lidelser 	ved betydelig endringer i akutte faser: nevrologiske tilstander som CP, hjerneslag med komplekse utfall, spinalskade, traumatisk hodeskade
<ul style="list-style-type: none"> - diabetes 	
<ul style="list-style-type: none"> - KOLS 	<ul style="list-style-type: none"> - amputasjoner
<ul style="list-style-type: none"> - lungesykdommer 	<ul style="list-style-type: none"> - multitraumer
<ul style="list-style-type: none"> - kreft 	<ul style="list-style-type: none"> - sjeldne sykdommer og tilstander
<ul style="list-style-type: none"> - rehabilitering i senere fase innen hjerte- og karsykdommer, herunder hjerneslag. 	
<ul style="list-style-type: none"> - 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 (2018)</u>	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 hjernehelseterapi (2018-2014)</u>	Den første hjernehelseterapi, 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 helsefelleskap 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
<u>Hurdalsplattformen (2021-2025)</u>	
Regjeringens ønske om å skape helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en desentralisert helsetjeneste som yter gode og likeverdige helsetjenester. Kommunalt arbeidsrettet rehabilitering- og habiliteringstilbud ønskes styrkes, og utrede en tydelig organisering og ledelse av rehabiliteringstilbudet på ulike nivåer, sikre utvikling av hverdagsrehabilitering, styrke fastlegeordningen, og sørge for en finansiering som legger til rette for sammenhengende pasientforløp. Det ønskes økt pasientsamarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og å opprette distriktsmedisinske sentre, helsehus og intermedieære avdelinger slik at flere behandlingstilbud kan tilbys ute i kommunene.	

Vedlegg 4 Lokalpolitiske saker og sentrale føringer i Oslo kommune

Oslos byråds erklæring 2019-2023 beskriver at Oslos innbyggere skal oppleve at de har gode, sammenhengende og tilgjengelige tjenester. Byrådet vil sørge for at kommunehelsetjenestene er bedre rustet til å løse sine oppgaver, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Byrådet vil styrke arbeidet med rehabilitering, både på helsehus og i eget hjem.

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 Munchsgate.

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

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 sykdommer og store behov for helsehjelp etter innføring av samhandlingsreformen. Det er nødvendig at legenes arbeid blir en mer integrert del av de øvrige 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 ved hjelp av gjennom digitalisering. Legene skal også i større grad involveres i kvalitetsforbedring og fagutvikling av Oslos kommunehelsetjeneste. Nye myndighetskrav medfører at en stor andel av Oslos leger er i behov av spesialistkunnskap innen allmenntilleggsmedisin

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 byens 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 traumeformert tilnærming kan bety for dem og hvilke kompetansebehov de ansatte har i den enkelte tjeneste. Strategien planlegges ferdigstilt i løpet av 2022.

9. Referanser

-
- ¹ Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)
 - ^{2 2} NF rapport nr.: 10/2021 Årsaker til kostnadsvekst i pleie og omsorg
 - ³ Kommuneplan for Oslo 2018- Vår by, vår fremtid
 - ⁴ Meld. St. 38 (2020-2021) Nytt, ressurs og alvorlighet- Prioritering i helse- og omsorgstjenesten
 - ⁵ Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet
 - ⁶ Kommuneplan for Oslo 2018 – Vår by, vår fremtid
 - ⁷ Strategi for universell utforming, Oslo kommune
 - ⁸ Strategi for universell utforming, Oslo kommune
 - ⁹ Samlerapport om kvalitetsrevisjoner på helsehus 2018/2019 (2019) Helseetaten, Oslo kommune
 - ¹⁰ Kunnskapsoppsummering knyttet til rehabilitering etter covid-19. Helseetaten, Oslo kommune (2021)
 - ¹¹ Aker helsearena- Beskrivelse og benchmarking av tjenestetilbudet ved Forsterket rehabilitering Aker. Deloitte (2021)
 - ¹² Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 5
 - ¹³ Vifadt og Hopens (2004)
 - ¹⁴ Linda L. Strategisk kompetanseledelse 3. utg Fagbokforlaget, 2019
 - ¹⁵ Linda L. Strategisk kompetanseledelse 3. utg. Fagbokforlaget. 2019
 - ¹⁶ Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet s.58
 - 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 <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne>
 - ²⁰ Lov om helse- og omsorgstjenester §3-2
 - ²¹ Forskrift om habilitering, rehabilitering og individuell plan og koordinator §5
 - ²² Meld. St. 38 (2020-2021) Nytt, ressurs og alvorlighet- Prioritering i helse- og omsorgstjenesten
 - ²³ Forskrift om habilitering, rehabilitering og individuell plan og koordinator §5
 - ²⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven §2-1 a Rett til nødvendig helsehjelp fra kommunes helse- og omsorgstjeneste
 - ²⁵ Pasient- og brukerrettighetsloven §2-5 Rett til individuell plan
 - ²⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 Pasienten eller brukerens rett til medvirkning
 - ²⁷ Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 Pasienten eller brukerens rett til medvirkning
 - ²⁸ Brukermedvirkning på individplan, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse, erfaringskompetanse.no
 - ²⁹ Vi-de pårørende- Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan (2021-2025)
 - ³⁰ Lov om helse- og omsorgstjenester § 7-3. *Koordinerende enhet*
 - ³¹ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator §23

-
- ³² <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/habilitering-og-rehabilitering-i-kommunene/kommunens-ansvar-for-sosial-psykososial-og-medisinsk-habilitering-og-rehabilitering>
- ³³ Lov om helse- og omsorgstjenester § 7-1. *Individuell plan*
- ³⁴ Nasjonal veileder, rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2020)
- ³⁵ https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rehabilitering-i-spesialisthelsetjenesten-2015-2019/Rehabilitering%20i%20spesialisthelsetjenesten%202015-2019.pdf/_/attachment/inline/ff469976-21fe-4d31-8652-fbab14b709c9:3a26f28ccfcc25d30cadd0b7f0bca6008114c5c6/Rehabilitering%20i%20spesialisthelsetjenesten%202015-2019.pdf
- ³⁶ 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)
- ³⁷ Folkehelseinstituttet, 2021. Sykdomsbyrde beregnet på fylkesnivå
- ³⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/malgrupper-og-virkeomrade-for-veilederen/hvem-gjelder-veilederen-for#hvem-gjelder-veilederen-for>
- ³⁹ FNs verdenserklæring om menneskerettigheter, Pasient- og brukerrettighetsloven, Rundskriv 1-5/2017 om å utrede potensiale for rehabilitering, Nasjonal veileder, rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2020)
- ⁴⁰ Fagartikkel, Fysioterapeuten nr. 7 /2007
- ⁴¹ Sveen, U. (Oslo Met) i Store medisinske leksikon, 2021
- ⁴² Forskrift om IPLOS registeret
- ⁴³ Nasjonal veileder, rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2020)
- ⁴⁴ Nasjonal veileder, rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2020)
- ⁴⁵ Holliday RC, Cano S, Freeman JA, Playford ED. Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007 Jun; 78(6):576-80. doi: 10.1136/jnnp.2006.102509. Epub 2006 Dec 18. PMID: 17178823; PMCID: PMC2077947.
- ⁴⁶ 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.
- ⁴⁷ Forskrift habilitering og rehabilitering
- ⁴⁸ Forskrift habilitering og rehabilitering
- ⁴⁹ 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.
- ⁵⁰ Nasjonal veileder, rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2020)
- ⁵¹ Prop. 91L (2021-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester s. 34
- ⁵² Nasjonal veileder, rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2020)
- ⁵³ Regionalt kunnskapssenter for rehabilitering (RKR) Kunnskapstranslasjon- læren om hvordan overføre evidensbasert kunnskap til praktisk handling i klinikk
- ⁵⁴ Regionalt kunnskapssenter for rehabilitering (RKR) Kunnskapstranslasjon- læren om hvordan overføre evidensbasert kunnskap til praktisk handling i klinikk

⁵⁵ <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>

⁵⁶ IS2975: Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Helsedirektoratet 2020

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20\(2017-2019\).pdf/_/attachment/inline/90996333-c371-4e28-89ed-c437533928b1:f98a8d402e8b092e593ac3e4a391556d60d8cce1/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20\(2017-2019\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20(2017-2019).pdf/_/attachment/inline/90996333-c371-4e28-89ed-c437533928b1:f98a8d402e8b092e593ac3e4a391556d60d8cce1/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20(2017-2019).pdf)

⁵⁷ <https://www.fysioterapeuten.no/icf---et-felles-sprak-for-funksjon/124007>

⁵⁸ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-02-17-204?q=IPLoS+forskri>

⁵⁹ jf. Trygderettens kjennelse 03/01172.

⁶⁰ <https://www.kunnskapsbanken.net/om-hjelpemiddelformidling/>

⁶¹ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, §9

⁶² <https://www.kunnskapsbanken.net/om-tilrettelegging/universell-utforming/>

⁶³ <https://www.kunnskapsbanken.net/om-hjelpemiddelformidling/velferdsteknologi/>

⁶⁴ Rapport IS-2557 Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger, Nasjonalt velferdsteknologi program, Helsedirektoratet, 2017

⁶⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/rehabilitering-etter-covid-19/helsedirektoratet-anbefaler-at-helsetjenesten-tar-i-bruk-velferdsteknologi-og-digitale-verktoy-i-oppfølgingen-av-pasienter-med-behov-for-rehabilitering-etter-covid-19#035a1142-2567-4211-9ee5-61de488961db-begrunnelse>

⁶⁷ Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds- og omsorgstjenestene. SINTEF, 2019

⁶⁸ https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2017/02/bruk_av_videokommunikasjon_i_hverdagsrehabilitering_-_utproe

⁶⁹ Folkehelseinstituttet, 2021. Sykdomsbyrde beregnet på fylkesnivå

⁷⁰ <https://hel.intranett.oslo.kommune.no/category.php?categoryID=80860>

⁷¹ Tuntland, H. & Ness, N.E. (2014). Hverdagsrehabilitering. Oslo: Gyldendal Akademisk.

⁷² Overodnet standard for tjenester i hjemmet. Oslo kommune, 2019.

⁷³ Kunnskapsoppsgrunnet til en helhetlig plan for rehabilitering. Helseetaten, Oslo kommune (2021)

⁷⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/mottakere-av-habilitering-og-rehabilitering-i-hjemmet-med-individuell-plan>

⁷⁵ Digital hjemmeoppfølging- sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-202. Helsedirektoratet, 2021

⁷⁶ Oslostandard for pårørendesamarbeid, 2020.

⁷⁷ https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-12?fbclid=IwAR3tSqdUqtdo_wLBBEJTvTcJncZ1hT-FeK7eWnmSm5trtnm7jtgrHltrVRM

⁷⁸ Kunnskapsoppssummering knyttet til rehabilitering etter covid-19. Helseetaten, Oslo kommune 2021

⁷⁹ Arbeidsmiljøloven 2006 § 3.3

⁸⁰ Oslos byrådserklæring 2019-2023