

Rehabilitering i Oslo

*- en undersøkelse av rehabiliteringstilbudet i
Oslos bydeler*

Henning Mørland



Masteroppgave i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

15 november 2012

Rehabilitering i Oslo

- en undersøkelse av rehabiliteringstilbudet i Oslos bydeler

Masteroppgave i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

© Henning Mørland

År: 2012

Tittel: Rehabilitering i Oslo

Forfatter: Henning Mørland

<http://www.duo.uio.no/>

Sammendrag

Masteroppgaven gir en oversikt over rehabiliteringstjenester i Oslo kommune. Oppgaven har hovedfokus på rehabiliteringstilbudet til voksne personer som gis i helse- og omsorgstjenestene i Oslos 15 bydeler, og med hovedvekt på tiltak utenfor institusjon. Oppgaven er avgrenset mot store og viktige brukergrupper innenfor psykisk helse, rus, utviklingshemming og institusjonsbaserte tjenester, som hver for seg inneholder særlige utfordringer og vil være egnet for egne utredninger.

Oppgaven søker å kartlegge og beskrive rehabiliteringsfeltet på en systematisk måte, gjennom bruk av statistiske data og en semistrukturert intervjuundersøkelse i bydelene. Resultatene viser til dels store variasjoner mellom rehabiliteringstjenestene i bydelene. Dette gjelder ulik organisering av funksjon for koordinerende enhet og for det utøvende tjenestetilbudet. Videre er det forskjeller med hensyn til tjenestetilbudene i bydelene, hva angår type tjenester, innhold og omfang.

Variasjonene kan dels forklares med ulike behov, ettersom bydelene har forskjellig befolkningsstørrelse, alderssammensetning, levekår og helseutfordringer. Enkelte resultater representerer heller ikke reelle forskjeller, men kan tilskrives ulike saksbehandlings- og registreringsrutiner i bydelene. Oppgaven påpeker behov for å få en mer ensartet praksis innenfor registrering av vedtak og tjenestetyper, og nye eller bedre systemer for registrering og dokumentasjon av koordinatorfunksjon og individuell plan.

Likevel gjenstår det forskjeller som må anses å være resultat av ulik prioritering av fagområdet i bydelene. Økonomiske rammebetingelser og faglige valg har betydning. Over de senere år har deler av rehabiliteringsarbeidet opplevd økende interesse og oppmerksomhet. Hverdagsrehabilitering og da særlig i eldre aldersgrupper er et eksempel på dette. Tiltak for yngre personer med sammensatte behov oppleves å være utfordrende og for denne brukergruppen er det behov for bedre tjenestetilbud, slik også andre undersøkelser har påpekt.

Forord

Masteroppgaven er gjennomført og skrevet høsten 2012, som avslutning på det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon. Jeg gjennomførte studiet i 2008-2009. Av ulike grunner ble arbeidet med masteroppgaven forsinket, og takk til Avdeling for helseledelse og helseøkonomi for utvist forståelse og tålmodighet.

Veileder for oppgaven har vært professor Terje P. Hagen, som takkes for gode bidrag i prosessen.

Jeg har siden 2002 vært bydelsoverlege i Bydel Sagene og har gjennom flere år hatt funksjon som rådgivende lege for rehabiliteringstjenesten i bydelen. I en periode har jeg også vært konstituert kommuneoverlege i Oslo. Oppgavens innhold om organisering og faglig innhold er innenfor eget arbeidsområde.

Oppgaven er utarbeidet for å kunne legges frem som sak for Bystyret i Oslo.

Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester er både oppdragsgiver og har bidratt i prosessen underveis. Det vises til møter med byråd Anniken Hauglie, byrådssekretær Thea Kristine Schjerven, helsesjef Åse Snåre og fagsjef Peter Martin. Kommuneoverlege Kari Sletnes i Helseetaten takkes også for gode innspill underveis.

Sist, men ikke minst, rettes en stor takk til alle som har bidratt til intervjuer og diskusjoner i bydelene. Uten deres engasjerte innspill hadde oppgaven blitt flere dimensjoner fattigere. Bidragsyttere på statistiske data takkes også for rask og velvillig innsats.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Problemstilling.....	1
1.2	Avgrensninger.....	2
2	Bakgrunn.....	4
2.1	Begreper og definisjoner.....	4
2.2	Lovgrunnlag.....	4
2.3	Sentrale styringsdokumenter.....	5
2.4	Klassifikasjon og diagnosesystemer.....	7
2.5	Organisering, ansvars- og oppgavefordeling.....	8
2.5.1	Kommunenes ansvar og tjenester.....	8
2.5.2	Spesialisthelsetjenestens ansvar.....	9
2.5.3	Private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner.....	10
2.5.4	Utdanningssektoren.....	12
2.5.5	NAV og arbeidslivet.....	12
2.6	Rehabiliteringstilbud i Oslo kommune og i spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet.....	13
2.6.1	Bydelsorganisering, ansvar og oppgaver.....	13
2.6.2	Andre kommunale virksomheter i Oslo.....	14
2.6.3	Spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet.....	14
2.6.4	Samhandlingsarena Aker.....	15
2.6.5	Samarbeidsavtaler og samhandlingsstruktur.....	16
2.7	Kunnskapsgrunnlaget.....	16
2.7.1	Eksempel: Slagbehandling og slagrehabilitering.....	17
2.7.2	Eksempel: Hverdagsrehabilitering.....	18
3	Materiale og metoder.....	19
3.1	Kvantitative data.....	19
3.1.1	KOSTRA (kommune-stat-rapportering).....	19
3.1.2	Oslostatistikk (tertialrapportering).....	20
3.1.3	Aktivitetsdata fra Gerica.....	20
3.1.4	Andre datakilder.....	20
3.2	Kvalitative data (intervjuundersøkelse).....	21

4	Resultater.....	22
4.1	Bakgrunnsdata.....	22
4.1.1	Demografi.....	22
4.1.2	Økonomi.....	23
4.2	Koordinerende enhet.....	25
4.3	Organisering og helsepersonell i rehabiliteringstjenester.....	26
4.3.1	Fysioterapeuter.....	27
4.4	Individuell plan.....	29
4.5	Koordinator og ansvarsgruppe.....	31
4.6	Rehabilitering utenfor institusjon og innsatsteam.....	32
4.7	Dagrehabilitering.....	34
4.8	Brukerstyrt personlig assistanse.....	35
4.9	Hverdagsrehabilitering.....	37
4.10	Rehabiliteringsopphold i sykehjem.....	38
4.11	Data fra spesialisthelsetjenesten.....	40
5	Diskusjon.....	42
5.1	Koordinerende enhet.....	42
5.2	Koordinator eller kontaktperson.....	43
5.3	Individuell plan.....	44
5.4	Hverdagsrehabilitering.....	45
5.5	Rehabilitering i institusjon.....	45
5.6	Samarbeid og samhandling.....	46
5.7	Oppsummering.....	47
	Litteraturliste.....	48
	Vedlegg.....	51

1 Innledning

Denne masteroppgaven gir en oversikt over rehabiliteringstilbudet i Oslo kommune. Oppgaven har hovedfokus på det ambulante tilbudet til voksne personer som gis i helse- og omsorgstjenestene i Oslos 15 bydeler. I arbeidet med oppgaven er det utført en undersøkelse av hvordan dette tjenestetilbudet er organisert og dimensjonert i bydelene. Oppgaven inneholder et bakgrunnskapittel med generell omtale av fagområdet med henvisninger til overordnede styringsdokumenter, planer og lovverk. En kortfattet beskrivelse av tjenestetilbudene i Oslo kommune, i spesialisthelsetjenesten og i andre samfunnssektorer inngår også i dette.

Det har vært en vanlig oppfatning at rehabilitering ikke har hatt samme posisjon og prestisje innenfor helsetjenestene som andre fagområder. I Stortingsproposisjon nr 1 (2007-2008) la Regjeringen frem Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (1). Føringerne er senere fulgt om i Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) om samhandlingsreformen (2) og Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (3).

I Oslo kommune har etablering av samhandlingsarena Aker fått en sentral plass ved innføringen av samhandlingsreformen fra 2012. Etablering av tjenestetilbud innenfor rehabilitering inngår i samhandlingsarena Aker, med tiltak både innenfor kommunens ansvarsområde og med bidrag og samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

1.1 Problemstilling

Oppgaven har som formål å foreta en kartlegging og beskrivelse av rehabiliteringstilbudet i Oslos bydeler, med hovedvekt på rehabiliteringstiltak utenfor institusjon hos voksne personer over 18 år. Det foreligger ingen samlet oversikt over rehabiliteringstjenester og tiltak som gis i Oslo kommune. Basert på usystematiske undersøkelser og erfaringer fra enkeltsaker, synes tilbudene å ha ulik organisering og omfang i bydelene. Oppgaven søker å kartlegge og beskrive rehabiliteringsfeltet på en systematisk måte, gjennom bruk av statistiske data og en semistrukturert intervjuundersøkelse i bydelene.

1.2 Avgrensninger

I bakgrunnskapittelet (kapittel 2) gis en oversikt over habiliterings- og rehabiliteringsfeltet på generelt og overordnet nivå. Hensikten er å plassere fagområdet i en større sammenheng.

Oppgavens undersøkelsesdel er avgrenset til voksne personer med ervervede somatiske lidelser eller skader, og primært rehabiliteringstiltak som gis utenfor institusjon. For de fleste personer vil rehabiliteringsprosessen likevel ikke være begrenset til fysiske utfordringer, men medføre et sammensatt utfordringsbilde med somatiske, psykiske og sosiale problemstillinger.

Avgrensningen er foretatt for å holde oppgavens omfang og problemstilling rimelig samlet. Rehabilitering og rehabilitering er et stort og vidt fagområde som omfatter forskjellige brukergrupper med hver har sine særlige utfordringer, og som hver for seg kan være tema for egne utredninger. Dette medfører at nedenstående fagområder og brukergrupper ikke vil bli omhandlet i særlig grad i denne oppgaven, men de vil likevel ha mange felles trekk med temaene som tas opp i oppgaven:

Barnehabilitering: Tiltak for barn og unge med medfødte og tidlig ervervede tilstander utgjør en egen viktig gruppe. I mange tilfeller vil spesialisthelsetjenesten ha en sentral rolle i det tverrfaglige arbeidet. Habiliteringstjenesten i bydelene samarbeider ofte nært med barnehager og utdanningssektoren, og ulike former for avlastningstiltak har en viktig rolle for de berørte familiene.

Voksenhabilitering/nevrohabilitering: Dette fagområdet har tradisjonelt hatt ansvar for personer med psykisk utviklingshemning, og har gjerne vært orientert mot gitte utfordringer og arbeidsformer. Over tid har det også falt naturlig å inkludere andre brukergrupper i voksenhabiliteringen, både innenfor spesialisthelsetjenesten og i den samarbeidende kommunehelsetjenesten. Helsedirektoratet utga en veileder for dette arbeidet i 2009 (4).

Rusrehabilitering: Dette fagområdet har gjennomgått forvaltnings- og tjenestemessige endringer gjennom det siste 10-året gjennom rusreformene og overføring av behandlingsansvar til helseforetakene, utbygging av legemiddelassistert rehabilitering og etablering av egen medisinsk spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Selv om helsetjenestetilnærmingen har blitt sterkere, har rusomsorgen fortsatt en sentral plass i de

kommunale sosiale tjenestene. En egen bystyremelding om rusomsorg og rusbehandling i Oslo ble lagt frem i 2010 (5).

Psykisk helse: Gjennom opptrappingsplan for psykisk helse har det psykiske helsevernet i spesialisthelsetjenesten og tilbudene til brukergruppene i kommunene gjennomgått store endringer. Oppgaven vil ikke ha særskilt fokus på psykisk helse, men det er betydelige fellestrekk med somatiske sykdom og funksjonstap når det gjelder rehabiliteringsarbeidet utenfor institusjon i kommunene. Dette gjelder forhold som vedrører helse, økonomi, bolig, arbeidsmøter, tverrfaglig samarbeid, koordinering og individuell plan.

Rehabilitering i sykehjem eller tilsvarende kommunale institusjoner: Gode opptrenings- og rehabiliteringstiltak på institusjon er viktig for medisinsk prognose og egenmestring. Oppgaven presenterer og drøfter bruk av rehabiliteringsopphold i institusjon, men går nærmere inn på arbeidsformer og interne prosesser i sykehjem eller andre institusjoner.

2 Bakgrunn

2.1 Begreper og definisjoner

Habilitering og rehabilitering er definert som ”tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet”. Definisjonen er hentet fra forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (6).

Begreperne habilitering og rehabilitering anvendes dels overlappende og dels med ulikt innhold. Faglig tilnæringsmåte og arbeidsformer vil ha mange felles trekk i habiliterings- og rehabiliteringsprosesser. Habilitering anvendes vanligvis om tiltak rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede sykdom eller funksjonsproblemer. Rehabilitering omhandler vanligvis tiltak rettet mot personer hvor det senere i livet har oppstått sykdom eller skade, og hvor det er nødvendig med tiltak utover avgrenset medisinsk behandling for å gjenvinne funksjon. Rehabilitering har også vært anvendt som et felles begrep for habilitering og rehabilitering (1).

Habiliterings- og rehabiliteringsprosesser vil ofte ha et langvarig perspektiv, og kan strekke seg over mange år. I en del tilfeller kan det være livslange prosesser, mens det i andre tilfeller vil være tidsavgrensede tiltak med klare mål og delmål. Sentralt i rehabiliteringsarbeidet står brukerens egne behov. Rehabilitering skal tilpasses den enkelte brukers forutsetninger, og brukeren skal selv ha et ansvar for og bidrag til tiltakene.

2.2 Lovgrunnlag

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt egen forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. Gjeldende forskrift trådte i kraft 1.1.2012 og er tilpasset endringene i helselovverket med innføringen av samhandlingsreformen og ny nasjonal helse- og omsorgsplan. Forskriften er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (7) og Lov om spesialisthelsetjenesten (8). Videre forholder forskriften seg til annen relevant helselovgivning som pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernlov.

Forskriften inneholder omtale av formål, virkeområde og definisjoner, og har egne kapitler som lovfester ansvar og oppgaver for kommunene (kapittel 3), spesialisthelsetjenesten (kapittel 4) samt bestemmelser og regelverk knyttet til individuell plan og koordinator (kapittel 5).

Lovverket som trådte i kraft fra 1.1.2012 plasserer ansvaret tydeligere hos kommunen enn tidligere regelverk. Forskriften slår fast at kommunen skal ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering, og kommunen har plikt til å gi re-/habiliteringstilbud. For å ivareta oppgavene skal kommunen ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, og denne enheten skal ha det overordnede ansvaret for arbeidet med individuell plan og koordinerte tiltak. Helse- og omsorgstjenesten i kommunen skal ved behov samarbeide med andre instanser, og skal om nødvendig sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og tilretteleggingstiltak (6, §§ 5-9).

Kommunenes ansvar for individuell plan er også tydeliggjort i det reviderte lovverket. Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Både kommuner og spesialisthelsetjeneste har plikt til å sørge for individuell plan for sine pasienter og brukere, og i de tilfeller der pasient eller bruker mottar tjenester fra begge helsetjenestenivåer, er ansvaret for å utarbeide individuell plan plassert hos kommunen. Videre er det plikt til å tilby koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarig oppfølging, uavhengig av om pasient eller bruker ønsker individuell plan (6, §§ 16-23).

2.3 Sentrale styringsdokumenter

Dette avsnittet gir en kortfattet omtale av og henvisning til sentrale statlige styringsdokumenter. Dette begrenser seg til dokumenter fra den siste femårsperioden, som er mest relevante for den forventede utviklingen i tjenestetilbudene i tiden fremover. Videre utgjør de omtalte styringsdokumentene viktige grunnlag for de lovmessige endringer som trådte i kraft 1.1.2012.

I Stortingsproposisjon nr 1 (2007-2008) lanserte Regjeringen Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering for perioden 2008-2011 (1). Formålet med strategien var å gi et bredt grunnlag for videre satsing og utvikling på fagområdet. Stortingsproposisjonen inneholder en bred beskrivelse av fagfeltet med føringer av faglig og politisk karakter. Strategidokumentet

har en overordnet innretning og gir i liten grad føringer eller instruksjoner, eller inneholder økonomiske eller strukturelle tiltak. Senere dokumenter har fulgt opp tiltakene på mer konkret og handlingsrettet måte. Strategien inneholder ti sentrale punkter:

- *tilførsel av tilstrekkelige ressurser*
- *styrking av politisk styring, sterkere medvirkning fra brukerorganisasjoner*
- *styrker brukermedvirkning, brukeren skal være sentral i egen rehabilitering*
- *styrket samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og andre samfunnsområder*
- *individuell plan og koordinerende enheter må fungere bedre*
- *private institusjoners plass innenfor habilitering og rehabilitering*
- *kommunenes rolle og utgangspunkt i LEON-prinsippet*
- *styrking av faglig kvalitet og status*
- *verdigrunnlaget skal ivaretas, uavhengig av alder, kjønn og etnisitet*
- *rehabiliteringsarbeidet skal bidra til å bedre og bevare funksjonsnivå*

Samhandlingsreformen er en omfattende retningsreform innenfor helse- og omsorgstjenestene, og hovedlinjene i reformen har samlet bred politisk oppslutning. Stortingsmelding nr 47 om samhandling beskriver utfordringsbildet og danner bakteppet for de strukturelle endringene og økonomiske virkemidlene som er under innføring (2). Samhandlingsmeldingen beskriver tre hovedutfordringer for helsetjenesten i tiden fremover, og en av hovedutfordringene har særskilt relevant for rehabiliteringsområdet:

Utfordring 1: Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok - fragmenterte tjenester

Den videre politiske behandlingen av samhandlingsreformen førte frem til Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (3). Spesielt for denne planprosessen var en åpen og bred høringsprosess der alle kunne gi innspill gjennom en åpen internettløsning. Så vel offentlige instanser, som organisasjoner og enkeltpersoner kom med innspill. Helse- og omsorgsdepartementet mottok over 1600 hørings svar. Mange hørings svar var opptatt av større ressurstilgang og prioritering av rehabiliteringsfeltet. Videre ble det påpekt behov for faglig avklaring av oppgavedelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan utgjør grunnlaget for endringer i helselovgivningen, hvor særlig kommunene ble berørt. Fra 1.1.2012 trådte ny lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene i kraft, og denne loven innebærer en sammenslåing av tidligere kommunehelsetjenesteloven og lov om sosiale tjenester (7). Samtidig ble ny lov om

folkehelsearbeid iverksatt, hvor forebyggende og helsefremmende befolkningsrettede tiltak er samlet i egen lov, med bestemmelser for hvilket ansvar som tilligger kommuner, fylkeskommuner og staten. Egen forskrift om habilitering og rehabilitering er omhandlet ovenfor.

2.4 Klassifikasjon og diagnosesystemer

Sykdom, skade eller lyte klassifiseres etter diagnostiske systemer tilpasset helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er organisert etter medisinske spesialiteter med basis i sykdomsklassifikasjon, og anvender ICD-10 (International classification of diseases) som diagnosesystem. I kommunehelsetjenesten, og da særlig i allmennlegetjenesten, anvendes et enklere diagnostisk system, ICPC-2 (international classification in primary care). ICD og ICPC er basert på tilsvarende grunnprinsipper og er bygget opp med fokus på organ- og/eller årsaksbasert diagnose. Kommunens pleie og omsorgstjeneste har tradisjonelt hatt mindre fokus på slike diagnostiske systemer, men i større grad vektlagt funksjonsvurderinger i forhold til tildeling av tjenester. Kommunene er pålagt i henhold til egen forskrift å medvirke til et landsomfattende pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS). Anvendt på individnivå er IPLOS et system for å kartlegge den enkeltes funksjonsnivå og behov for hjelp og pleie (9).

Innenfor rehabiliteringsfeltet vil det i mange sammenheng være hensiktsmessig å supplere en tradisjonell medisinsk diagnose med en klassifisering etter ICF-modellen. ICF er en klassifikasjon utgitt av WHO som tar utgangspunkt i funksjon. ICFs hovedakser er kroppsstrukturer, kroppsfunksjoner, aktiviteter, deltagelse og miljøfaktorer. ICF er et klassifikasjonssystem som er særlig egnet til å beskrive funksjoner. Hovedvekten legges ikke på sykdom og diagnose, men på den enkeltes funksjonsevne i samspill med omgivelsene som bestemmer deltakelse i arbeidsliv, sosiale aktiviteter og mestring av daglige gjøremål (10).

COPM er et annet klassifikasjonssystem som anvendes innen rehabilitering om som har fått en viss utbredelse innenfor ergoterapeutiske fagmiljøer. Systemet er utviklet i Canada (Canadian Occupational Performance Measure) og klassifiseringen gjennomføres som et semistrukturert intervju med formål å avdekke aktuelle aktivitetsproblemer og funksjon (11).

Individuell plan (IP) er en rettighet som er hjemlet i lovverket. Planen skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike

tjenesteyterne. Initiativet til å få laget en individuell plan kan komme fra brukeren selv eller pårørende, men hovedansvaret for å utarbeide planer ligger i helse- og omsorgstjenesten (12).

Det er utarbeidet ulike maler for individuelle planer, gjerne med utgangspunkt i dokumentasjons/saksbehandlingssystemer eller elektroniske pasientjournalssystemer. Det er også utviklet nettbaserte systemer for å ivareta brukermedvirkning og tilgang på tvers av forvaltnings- og tjenestenivåer. Et slikt system er vedtatt innført i Oslo kommune, og pilotprosjekter er i gang. Systemet skal tas i bruk av alle kommunale virksomheter og sykehusene i Oslo-regionene og innenfor samtlige fagfelt/ansvarsområder. Planlagt tidsramme er ca. tre år fra 2013 (13).

2.5 Organisering, ansvars- og oppgavefordeling

Habilitering og rehabilitering vil ofte kjennetegnes ved forløp som strekker seg over tid, og behov for innsats fra flere sektorer. Tverrfaglig samarbeid og brukerens egen medvirkning skal stå sentralt i prosessen. Det gis her en oversikt over ansvar og oppgaver for helse- og omsorgstjenesten og andre instanser/aktører.

2.5.1 Kommunenes ansvar og tjenester

Kommunene har en lovpålagt plikt til å ha oversikt over re-/habiliteringsbehov i kommunen, og til å yte nødvendige rehabiliteringstiltak til de som bor eller oppholder seg i kommunen (6, 7). Kommunene skal ha en koordinerende enhet, som både skal ha systemansvar og oversikt over behandlingstilbud og tjenestetilbud, men som også har et individrettet ansvar for koordinering av tiltak for den enkelte pasient/bruker.

Kommunenes tjenester overfor personer med behov for rehabiliteringstiltak dekker et vidt felt fra ambulante tjenester hos fastlege og fysioterapeut, ergoterapitjenester, hjemmesykepleietjenester, praktisk bistand i hjemmet, omsorgsboliger og andre tilrettelagte boformer, til opphold på sykehjem eller tilsvarende institusjoner. Praktisk bistand i hjemmet kan gis som brukerstyrt personlig assistanse, hvor brukeren får en aktiv rolle som arbeidsleder for hjelperen.

Avklaring av ansvar og oppgavefordeling mot tiltak i spesialisthelsetjenesten har vært etterlyst fra så vel fagmiljøer og brukerorganisasjoner. Helsedirektoratet har etter oppdrag fra

Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en rapport om oppgavefordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, herunder også de private rehabiliteringsinstitusjonene. Rapporten anbefaler at kommunene i større grad i fremtiden skal ha ansvar for og bruke ressurser på artroserelaterte diagnoser, fedmerelaterte diagnoser og enklere rehabilitering etter bruddskader (14).

På oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomførte konsulentfirmaet Rambøll en undersøkelse om rehabilitering i kommunene i 2011. Undersøkelsen ble gjennomført som kvalitative intervjuer med ledere og ansatte som arbeider med rehabilitering i 10 utvalgte kommuner. Rapporten belyser organisatorisk forankring, tjenestetilbud, samarbeidsrutiner og bruk av individuell plan mv. (15).

Riksrevisjonen gjennomførte en bredt anlagt undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten i perioden 2010-2011 (16). Undersøkelsen gjennomgikk statistiske data, produksjonstall fra helsetjenesten samt spørreskjemaundersøkelser til pasienter/brukere, fastleger, avdelinger i helseforetak som primært arbeider med rehabilitering, private rehabiliteringsinstitusjoner samt alle landets kommuner. Undersøkelsen viste at det hadde vært en økning i antall institusjonsplasser avsatt til rehabilitering i kommunene i perioden fra 2005 til 2010. Samtidig ble det påpekt at en stor andel av kommunene hadde større utfordringer med å tilby tilrettelagte rehabiliteringstjenester til yngre pasienter enn til eldre.

2.5.2 Spesialisthelsetjenestens ansvar

Spesialisthelsetjenesten vil som oftest stå for den initiale behandlingen av ervervet sykdom eller skade, særlig tilstander med en viss alvorlighetsgrad eller funksjonstap.

Rehabiliteringsprosesser skal iverksettes så tidlig som mulig i behandlingsforløpet og parallelt med medisinsk diagnostikk og behandling. Eksempler på slik rehabilitering vil være tidlig mobilisering etter behandling for bruddskader og tidlig aktivisering og trening etter hjerneslag, som igangsettes mens pasienten er innlagt i sykehus. Denne form for rehabilitering vil være aktuell for de fleste fagområder og spesialiteter innenfor helseforetakene.

I spesialisthelsetjenesten skal alle helseforetak også ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Enheten skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen, og skal bidra til å sikre tilbud til pasienter med behov for ulike rehabiliteringstiltak, samt ha oversikt over og nødvendig kontakt med

rehabiliteringstiltak i kommunene. Den koordinerende enheten i spesialisthelsetjenesten har oppgaver på systemnivå, men ikke tilsvarende individansvar som i kommunehelsetjenesten (6, 8).

Flere helseforetak har egne avdelinger eller enheter for habilitering og rehabilitering. For voksne personer har rehabiliteringsavdelingene gjerne vært knyttet til fysikalsk medisin, og har hatt hovedfokus på muskel- og skjelettlidelser. Avdelinger for voksenalitering i spesialisthelsetjenesten har hatt hovedfokus på tilbud til psykisk utviklingshemmede og enkelte andre grupper (4). Fagområdet har endret fokus til å omfatte tilbud til en bredere gruppe med utviklingshemming, og har endret navn til nevrohabilitering. Videre har mange helseforetak egne rehabiliteringstilbud innenfor fagområdene psykisk helse og rusbehandling. For barn og unge har habiliteringstjenesten gjerne vært en del av eller nært tilknyttet helseforetakets barneavdeling.

Utviklingen over de senere år har vist at rehabiliteringstilbud innenfor helseforetakene gjerne gis som ambulante tilbud, enten som polikliniske tilbud, eller som hjemmebesøk til pasient eller bruker, eller besøk til kommunale rehabiliteringstilbud. Helsedirektoratet har i samarbeid med de regionale helseforetakene utarbeidet prioriteringsveiledere for 32 fagområder. Veilederne benyttes av helseforetakene ved vurdering av henvisninger og inntak av pasienter til behandling. Det er utarbeidet en egen prioriteringsveileder for fysikalsk medisinsk og rehabilitering (17).

Riksrevisjonens undersøkelse foretok også en bred gjennomgang av utviklingen innenfor rehabiliteringstilbudet i spesialisthelsetjenesten, og påviste en reduksjon i antall senger, liggedøgn og dagopphold, men en økning i polikliniske konsultasjoner i perioden 2005-2010. Det hadde også vært organisatoriske endringer (16). Samdatarapporten for 2011 gir oversikt over aktivitet innenfor rehabiliteringsområdet spesialisthelsetjenesten på lands- og regionsnivå (18).

2.5.3 Private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner

Private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner har en lang tradisjon i Norge, og omfatter virksomheter med ulik historisk bakgrunn. I denne gruppen inngår private opptreningsinstitusjoner, spesielle helseinstitusjoner (attføringssentre og helsesportsentre), lungesykehus og sentre for kreftrhabilitering. Bestiller- og finansieringsansvar for disse

institusjonene ble fra 2006 overført til og samlet i de regionale helseforetakene. De private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene er dermed nå en del av spesialisthelsetjenesten.

Inntak til behandlingsopphold ved private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner kan skje ved henvisning fra sykehus eller fra andre deler av helsetjenesten. Henvisningsrutinene er forskjellige, i det sykehus sender henvisning direkte til institusjonen, mens henvisninger fra fastleger eller spesialister utenfor sykehus sendes til en regional koordinerende enhet. I helseregion Sør-Øst er den koordinerende enheten lokalisert ved Sunnaas sykehus.

Oppgaver og rolle for de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene er under utvikling. De regionale helseforetakene har gjennomført anbudsrunder som har medført at tidligere etablerte institusjoner har falt utenfor den offentlige finansieringsansvaret, mens andre virksomheter har kommet til. Videre er det skjevfordeling mellom helseregionene med hensyn til antall institusjoner og rehabiliteringsopphold. I oppfølgingen av Nasjonal helse- og omsorgsplan fikk Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomgå rehabiliteringsfeltet for å avklare ansvars- og oppgaveforhold mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratets rapport gir anbefalinger med hensyn til endringer i fordeling mellom kommuner og private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner. Den er ovenfor gjengitt hvilke oppgaver kommunene i større grad, og institusjonene i mindre grad bør ta ansvar for (artroserelaterte diagnoser, fedmerelaterte diagnoser og enklere rehabilitering etter bruddskader). Rapporten anbefaler at de private institusjonene i større grad bør bruke ressurser på følgende pasientgrupper: Progredierende nevrologiske lidelser samt andre nevrologiske tilstander, som for eksempel cerebral parese, hjerneslag med store komplekse funksjonsutfall, barn og unge med funksjonsnedsettelse, særlig av sjelden art, samt personer med store og sammensatte funksjonstap som har et rehabiliteringspotensiale (14).

Finansiering av private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner skjer gjennom rammefinansiering fra de regionale helseforetakene. Et institusjonsopphold for en pasient utløser ikke kostnader hos henvisende instans enten dette er sykehus eller fastlege i kommunehelsetjenesten. Helsedirektoratets rapport om ansvar- og oppgavedeling åpner for at kommunene bør ha mulighet til å kjøpe plasser direkte fra institusjonene som alternativ til egne tjenester.

2.5.4 Utdanningssektoren

Denne oppgaven har hovedfokus på rehabilitering innenfor helse- og omsorgstjenestene. Et rehabiliteringsforløp vil imidlertid også involvere andre samfunnssektorer.

Utdanningssektoren har en helt sentral rolle, og utdanning og kvalifisering er helt avgjørende for å oppnå god brukermedvirkning og mestring i eget liv. Rettigheter til tilpasset og individuell opplæring følger av helselovgivningen og opplæringsloven (19). Dette omfatter tiltak og tilbud i hele utdanningsforløpet fra barnehager, grunnskole, videregående skole og voksenopplæring. Personer med behov for dette har rett til en individuell opplæringsplan, som gjerne er en plan av noe mindre omfang enn individuell plan innenfor helse- og omsorgssektoren.

Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og utdanningssektoren for den enkelte persons individuelle rehabiliteringsforløp vil kunne ha avgjørende betydning for forløp og utfall av rehabiliteringsprosessen. Gode samarbeidsrutiner på tvers av tjenester og sektorer er avgjørende. I mindre kommuner vil dette kunne løses praktisk på en ubyråkratisk måte, mens det i større kommuner ofte vil være behov for mer formaliserte samarbeidsstrukturer og avtaler. Koordinator vil ha en sentral rolle i å få til gode samarbeidsrelasjoner mellom instanser og fagpersoner som skal samarbeid med bruker og eventuelt pårørende i rehabiliteringsprosessen.

2.5.5 NAV og arbeidslivet

NAV vil ha en sentral rolle i mange rehabiliteringsforløp. Økonomiske ytelser som sykepengene, arbeidsavklaringspenger eller uførepensjon vil gi brukeren økonomisk trygghet hvis vanlig arbeid og inntekt ikke er mulig. Ergonomiske hjelpemidler, transport og spesialbiler og andre hjelpemidler utgjør viktige faktorer for å kunne leve med funksjonsnedsettelse. Et velfungerende samarbeid mellom NAV, helsetjenesten, utdanningssektoren og andre instanser kan gi et godt grunnlag for rehabiliteringsprosessen.

For personer hvor funksjonsnivået gjør det mulig, kan NAV bidra med tekniske hjelpemidler og økonomiske støtteordninger til arbeidsgivere, slik at personene kan være i vanlig arbeid. Den enkelte arbeidsgivers innstilling og mulighet for tilrettelegging i arbeidssituasjonen vil ha betydning for hvordan dette fungerer. Arbeidsmiljøloven inneholder bestemmelser for tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne (20).

2.6 Rehabiliteringstilbud i Oslo kommune og i spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet

Oslo som hovedstad og storby, kjennetegnes av demografiske, helsemessige og organisatoriske forhold som skiller seg fra store deler av landet for øvrig. Helsemessige utfordringer omfatter større sosiale ulikheter i helse, og høyere forekomst av psykiske og rusrelaterte lidelser. Samtidig har Oslo langt større tetthet av helseinstitusjoner, korte geografiske avstander, godt utbygget kollektivtransport og i hovedsak god tilgang på kvalifisert helsepersonell.

Som kommune er Oslo spesiell, både som følge av sin størrelse og fordi Oslo også er et fylke. Mens forholdene ellers i landet er slik at et helseforetak (sykehus) forholder seg til mange kommuner, er Oslo en stor kommune som forholder seg til flere helseforetak (sykehus). Oslo kommune utarbeidet en overordnet plan for rehabilitering for perioden 2000-2004 (21). Planen synes ikke senere å være rullert, men er innholdsmessig videreført. Kommunen har også utarbeidet handlingsplan for mennesker med funksjonsnedsettelse, som tar opp i seg mange av de samme elementene (22).

2.6.1 Bydelsorganisering, ansvar og oppgaver

Oslo er geografisk inndelt i 15 bydeler, som hver er delegert kommunalt ansvar og myndighet etter helse- og omsorgstjenesteloven. Bydelene ledes administrativt av en bydelsadministrasjon, og har et todelt politisk styringssystem med lokalt valgte bydelsutvalg, og politisk styring fra Oslos bystyre gjennom byrådet. Bydelene er ulikt organisert, og bydelene har selv myndighet til å utforme sin organisasjon. Samtlige bydeler har innført en bestiller-utfører organisering. Det vil si at en organisatorisk enhet i bydelen utøver bestiller- eller myndighetsansvar, og at denne enheten fatter enkeltvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven. Eksempler på slike enkeltvedtak kan være tildeling av sykehjemsplass, hjemmesykepleietjenester, brukerstyrt personlig assistanse eller TT-transport. Tjenesten utføres av en annen enhet, som enten kan være en del av bydelens egne tjenester, en annen kommunal virksomhet (sykehjem organisert i sykehjemsetaten) eller en privat leverandør (privat sykehjem).

Rehabiliteringstilbudet i bydelene er verken organisert eller dimensjonert likt. Denne oppgaven har som formål å foreta en nærmere kartlegging og vurdering av tilbudene.

2.6.2 Andre kommunale virksomheter i Oslo

Rehabiliteringstjenester utføres av flere etater og virksomheter i Oslo kommune.

Sykehjemsetaten driver 30 kommunale sykehjem og har avtale med 25 private sykehjem. Det er til sammen ca 4700 heldøgns plasser og ca 700 dagplasser. De fleste heldøgns plassene er for langtidsopphold (nærmere 90 %), men det er også ulike typer plasser for korttidsopphold, herav særskilte plasser for rehabiliteringsopphold. Rehabiliteringstilbudene er organisert i egne enheter og har styrket tverrfaglig bemanning. Plasser for rehabiliteringsopphold finnes ved Furuset sykehjem, Hovseterhjemmet, Kingosgate bo- og rehabiliteringssenter, Langerud sykehjem, Smestadhjemmet, Sofienbergsenteret og Tåsenhjemmet, i tillegg til egen rehabiliteringsavdeling ved Aker sykehus (jf 2.6.4). Rehabiliteringstiltak vil inngå som en del av tjenestetilbudet for nær sagt alle sykehjemsbeboere, og ikke bare for pasienter i rehabiliteringsplassene, selv om det her er særlig fokus på opptrening og rehabilitering.

Velferdsetaten yter rehabiliteringstiltak innenfor rusomsorgen, både innenfor institusjon og i bolig eller ambulerende tiltak.

Utdanningsetaten har en sentral rolle i habiliterings- og rehabiliteringstilbudet til barn og unge. Tilrettelagt undervisning, spesialgrupper og spesialskoler kan gi et tilpasset opplæringstilbud, og i de fleste tilfeller er det et nært samarbeid med helse- og omsorgstjenestene. Utdanningsetaten har også særskilte voksenopplæringstilbud.

2.6.3 Spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet

Sykehusansvar for Oslo kommune er fordelt mellom fire forskjellige helseforetak som følger:

Tabell 1: Sykehus og opptaksområder for Oslo kommune		
Bydeler	Lokalsykehus	Områdesykehus
Alna, Grorud, Stovner	Akershus universitetssykehus	Akershus universitetssykehus
Frogner, Ullern, Vestre Aker	Diakonhjemmet sykehus	Oslo universitetssykehus
Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene (somatikk), St. Hanshaugen	Lovisenberg diakonale sykehus	Oslo universitetssykehus
Bjerke, Nordre Aker, Nordstrand, Sagene (psykisk helse), Søndre Nordstrand, Østensjø	Oslo universitetssykehus	Oslo universitetssykehus

I Helse Sør-Øst har de store helseforetakene koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering. Rehabiliteringstjenester ytes ved samtlige sykehus, og skal gis parallelt med behandling i tidlig fase. Helseforetakene i Oslo-regionene har utarbeidet en felles områdeplan for rehabilitering i 2012 (23).

Rehabiliteringstilbudet i Helse Sør-Øst er for en stor del funksjonsfordelt, i det de ulike helseforetakene og de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene har særskilt kompetanse på rehabilitering ved ulike tilstander/diagnoser. Helse Sør-Østs nettside for rehabilitering inneholder oversikt over tjenestetilbudene som gis ved de ulike helseforetakene og institusjonene (24).

Sunnaas sykehus er et eget helseforetak i Helse Sør-Øst og er Norges største spesialsykehus innen rehabilitering og fysikalsk medisin. Pasienttilbudene ved Sunnaas er basert på tverrfaglig kompetanse, og målgruppen er pasienter med komplekse funksjonstap etter sykdom og skade. Videre har sykehuset et særlig ansvar for å utvikle rehabiliteringsfeltet faglig og strukturelt i regionen.

2.6.4 Samhandlingsarena Aker

Samhandlingsarena Aker er et bredt anlagt prosjekt med formål å utvikle området ved tidligere Aker sykehus til helseformål. Både politiske og faglige begrunnelser ligger bak prosjektet. Ved etableringen av Oslo universitetssykehus besluttet helseforetaket å redusere og avvikle sykehusaktivitet ved Aker sykehus. Bystyret i Oslo kommune har fattet vedtak om at området skal benyttes til helseformål. Samhandlingsreformen og nye oppgaver for kommunenes helse- og omsorgstjeneste har også hatt stor betydning. Samhandlingsarena Aker inneholder flere prosjekter med bidrag for førstelinjetjenester og fra spesialisthelsetjenesten (25).

Rehabilitering er et sentralt fagområde for Samhandlingsarena Aker. Allerede i mai 2012 ble det åpnet en rehabiliteringsavdeling som drives av Sykehjemsetaten. Avdelingen har foreløpig 21 plasser som planlegges utvidet til 26 plasser. Videre har Oslo universitetssykehus lokalisert døgn- og dagtilbud innenfor rehabilitering til Aker. Sunnaas sykehus åpnet poliklinikk for rehabilitering høsten 2012, og planlegger også ytterligere utvidelse av virksomhet på Aker.

2.6.5 Samarbeidsavtaler og samhandlingsstruktur

Samhandlingsreformen og ny helselovgivning pålegger kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler. Helse- og omsorgsdepartementet har laget en nasjonal avtalestruktur, og har utgitt en veileder for arbeidet (26). Avtalene er fremforhandlet lokalt i hele landet, og i Osloområdet har kommunen og helseforetakene etablert en ny avtalestruktur og forhandlet nye avtaler for samarbeid og samhandling. Det er vedtatt en overordnet felles samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og de fire helseforetakene. Den overordnede avtalen ble vedtatt av Oslo kommune og helseforetakene sommeren 2012.

Samarbeidsavtalen har tilhørende tjenesteavtaler og samarbeidsprosedyrer. En av tjenesteavtalene gjelder koordinerte tjenester, og omhandler samarbeid mellom helseforetak og kommuner i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering samt lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. Denne tjenesteavtalen vil i stor grad ha betydning for pasienter og brukere som har rett til individuell plan, koordinator og tjenester fra koordinerende enhet. Utkast til tjenesteavtale er utarbeidet av en arbeidsgruppe med deltakere fra begge forvaltningsnivå. Avtalen er pr. begynnelsen av november behandlet av Byrådet, men ikke endelig vedtatt av Bystyret. Utkastet til tjenesteavtale er inntatt i denne oppgavens vedlegg 1.

2.7 Kunnskapsgrunnlaget

Fagområdet habilitering og rehabilitering har tradisjonelt ikke vært et fagområde med sterk akademisk tradisjon og vitenskapelig basert kunnskap. Det kan med antagelig med rette innvendes at fagområdet er komplekst og sammensatt, slik at det er problematisk å gjennomføre eksperimentdesign som gjerne er vanlig innenfor biomedisin, som dobbeltblindede randomiserte undersøkelser. Epidemiologiske undersøkelser og mer kvalitative metoder har imidlertid bidratt til et bedre kunnskapsbasert fundament.

Helsebiblioteket er et nyttig utgangspunkt for søk etter fagkunnskap om rehabilitering. Foruten tilgang til internasjonale databaser innenfor medisin og helsefag som Medline og Pubmed, tilgang til fagtidsskrifter i fulltekst, inneholder Helsebiblioteket også oversikt over nasjonale retningslinjer, håndbøker, handlingsprogrammer og anbefalinger (27).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) har på sine nettsider etablert et eget nettsted for rehabilitering, som inneholder kunnskapsoppsummeringer, omtale av Cochrane-oversikter, populærvitenskapelige artikler og annet kildemateriale (28).

Ved Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn ved Det medisinske fakultet er det etablert et forskningssenter for habiliterings- og rehabiliteringstjenester, CHARM: Research Centre for Habilitation and Rehabilitation Models & Services. Senteret har flere pågående prosjekter, og fungerer som et nettverk med deltakelse fra ulike fagmiljøer. Et aktuelt prosjekt er habilitering og rehabilitering etter traumatiske hjerneskader fra tidlige til sene faser, og på tvers av samfunnssektorer. Et annet pågående prosjekt er rehabilitering av eldre hjemmeboende som erfarer subakutt funksjonstap. Evaluering av spesialisert habilitering og brukervedvirkning hos voksne individer med sammensatte funksjonshemninger er et tredje prosjekt (29).

Det er utenfor oppgavens formål å gi faglig statusrapport for rehabiliteringsfeltet, som er stort, sammensatt og omfattende. Det er nedenfor beskrevet to eksempler for å illustreres aktuelle rehabiliteringstiltak i kommunen.

2.7.1 Eksempel: Slagbehandling og slagrehabilitering

Hjerneslag er en vanlig forekommende sykdom, og en av de hyppigste årsakene til død og funksjonshemming. Helsepersonell vil daglig forholde seg til pasienter innen fagområdet, og dette kan omfatte forebygging, behandling, rehabilitering eller pleie- og omsorg. Tiltakene som iverksettes bør i størst mulig grad være kunnskapsbaserte. Helsedirektoratet utga i 2010 en omfattende nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, med aktualitet for store deler av helse- og omsorgstjenestene (30). Kunnskapssenteret har i tilknytning til veilederen utarbeidet to rapporter med nærmere redegjørelse for det faglige beslutningsgrunnlaget og helseøkonomiske analyser (31, 32).

Retningslinjen og kunnskapsoppsummeringene inneholder flere funn som vil være av betydning for rehabiliteringsarbeidet i kommunene. Blant annet viser resultatene at behandling i slagavdelinger på sykehus gir større helsegevinster enn i vanlige sengeavdelinger, og at tidlig uskrivning til hjemmet med faglig støtte gir bedre helse og livskvalitet enn langvarige institusjonsopphold.

2.7.2 Eksempel: Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering representerer en faglig tilnærming og arbeidsmetoder som har fått stor oppmerksomhet de senere årene. Hverdagsrehabilitering omfatter ulike prosesser og metoder, og er også kjent som Fredericia-modellen. Hverdagsrehabilitering i Norden fikk først utbredelse i Sverige, men har siden særlig blitt kjent gjennom tiltakene i den danske kommunen Fredericia. Tilsvarende prosesser og metoder er innført i samtlige danske kommuner. Bakgrunnen og hovedfokus for hverdagsrehabiliteringen er utfordringene samfunnet står overfor med økende antall eldre og et økt tjenestebehov. Hovedprinsippene medfører at tjenestetilbudet til eldre må dreies fra ”lengst mulig i eget hjem” til ”lengst mulig i eget liv”. Det vil si en endring fra fokus på pleie- og omsorg til rehabilitering og mestring (33).

I Norge har flere kommuner iverksatt tilsvarende tiltak. En utredning fra en prosjektgruppe utgått fra Ergoterapeutene, Norsk fysioterapiforbund og Norsk sykepleierforbund har nylig gjennomgått litteratur og erfaringer på fagområdet, og har gitt en oppsummering i rapporten Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering (34). Videre har konsulentfirmaet Rambøll på oppdrag fra Helsedirektoratet foretatt en undersøkelse og rehabilitering i kommunene, og erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem eller vante miljø (35).

3 Materiale og metoder

Resultatene som presenteres i oppgaven er basert på kvantitative og kvalitative metoder. Det er foretatt en gjennomgang og vurdering av tallmateriale som rapporteres rutinemessig. Videre er det gjennomført en målrettet kartlegging med henblikk på organisering og dimensjonering av rehabiliteringstilbudene i bydelene. Dette har skjedd ved innhenting av tallmateriale fra Oslo kommunes fagsystem, og gjennom strukturerte intervjuer med kontaktpersoner i bydelene.

3.1 Kvantitative data

Tallmaterialet som utgjør grunnlaget for undersøkelsen er hentet fra flere kilder, slik det er nærmere redegjort for nedenfor. Det er benyttet nyeste tilgjengelige tall. For data som er basert på hele årssett gjelder dette 2011. For tverrsnittsmål er det brukt registreringer pr. første tertial 2012 (31.4.2012) eller andre tertial (31.8.2012), avhengig av hva som er tilgjengelige. Absolutte tall er presentert i tabellform, mens rater og befolkningsjusterte tall er presentert i figurer. Databehandling er gjort ved bruk av Excel.

3.1.1 KOSTRA (kommune-stat-rapportering)

Statistisk sentralbyrå innhenter årlig statistiske data fra offentlige virksomheter i kommuner og statlig forvaltning (36). Dette omfatter økonomi, stillinger og aktivitetsdata på mange samfunnsområder. For oppgavens del er det aktivitet i helse- og omsorgstjenestene som er relevant. Innhenting av data skjer ved årlig rapportering fra kommuner og bydeler. Rapporteringen følger nøye definerte kriterier, og det er vanlig at rapporteringen koordineres av bestemte personer i virksomhetene. Data som rapporteres må ofte hentes ut fra ulike arkivsystemer/fagsystemer og samordnes før innrapportering. KOSTRA har vært innarbeidet i virksomhetene gjennom flere år, og rapporteringssystemene anses å være godt kvalitetssikret. En viss mulighet for lokalt skjønn og tolkninger i rapporteringen kan ikke utelukkes. Data fra KOSTRA vurderes likevel å ha god kvalitet og danne et godt grunnlag for sammenligninger på tvers av virksomheter.

3.1.2 Oslostatistikk (tertialrapportering)

Oslostatistikk er en tjeneste som drives av Utviklings- og kompetanseetaten i Oslo kommune (37). Oslostatistikken inneholder en rekke demografiske data, opplysninger om samfunnsforhold samt aktivitetstall fra virksomhetene i Oslo kommune. Bydelene innrapporterer økonomiske resultater og aktivitetsdata tre ganger i året. Rapporteringen er omfattende, og kvaliteten på variablene som rapporteres kan være noe varierende. Noen data kan hentes ut direkte fra fagsystemer, slik som økonomiske nøkkeltall og antall beboere i sykehjem, og vil som regel være godt kvalitetssikret. Andre data må innhentes og samordnes fra ulike kilder og fagsystemer, og vil inneholde flere feilkilder. Et eksempel på dette er rapportering av antall individuelle planer. For helse- og omsorgstjenester vil dataene gjennomgående ha høyere kvalitet når det gjelder tjenester hvor det fattes enkeltvedtak, sammenlignet med tjenester uten slike vedtak.

3.1.3 Aktivitetsdata fra Gerica

I tertialrapporteringen inngår aktivitetsdata fra Oslo kommunes fagsystem for pleie- og omsorgstjenester. Samtlige bydeler og Sykehjemsetaten benytter fagsystemet Gerica som både fungerer som et EPJ-system (elektronisk pasientjournal), og som et saksbehandlingssystem for dokumentasjon og registrering av enkeltvedtak og tildeling av tjenester. I arbeidet med oppgaven er det innhentet tall direkte fra Gerica som kan belyse tjenester og aktiviteter innen rehabiliteringsfeltet. Dette er aktivitetsdata som kommer i tillegg til data som inngår i tertialrapporteringen. Disse tallene har ikke vært gjenstand for kvalitetssikring eller felles rutiner i bydelene på tilsvarende måte som gjelder data som inngår i tertialrapporteringen. Tallmaterialet som er innhentet direkte fra Gerica har derfor betydelig større usikkerhet, slik det vil fremgå av oppgavens resultat- og diskusjonsdel. Eksempler på slike data er registrering av ansvarsgrupper og rehabiliteringstiltak utenfor institusjon.

3.1.4 Andre datakilder

Økonomiske nøkkeltall er fra budsjettokumentene i Oslo kommune. Tall for aktivitet i spesialisthelsetjenesten er hentet fra Samdatarapporten for 2011.

3.2 Kvalitative data (intervjuundersøkelse)

Det er gjennomført en kartleggingsundersøkelse av rehabiliteringstjenester og tiltak i bydelene. Dette er gjennomført som strukturerte intervjuer i alle bydelene i uke 41-44 i 2012. Kartleggingen var opprinnelig planlagt som en spørreskjemaundersøkelse, men dette ble forlatt etter at en pilotundersøkelse viste stor mulighet for ulik tolkning av spørsmålene. Intervjuene ble gjennomført med i utgangspunkt i en intervjuguide som var tilsendt kontaktpersoner i forkant. Intervjuguiden er inntatt i vedlegg 2.

Kartleggingsundersøkelsen var innrettet mot følgende tre områder:

- 1) Organisering av rehabiliteringstilbudet i bydelene*
- 2) Oversikt tjenestetilbud og arbeidsmetoder/arbeidsverktøy*
- 3) Avklaring og mulige forklaringer av forskjeller som fremkommer i statistiske data*

Kontaktpersonene som deltok i intervjuene ble rekruttert med utgangspunkt i et faglig nettverk i regi av Helseetaten for ergo- og fysioterapitjenestene i bydelene. Det var dels personer i dette nettverket, og dels andre personer som deltok i intervjuene. Der hvor andre personer også deltok var disse rekruttert av de opprinnelige kontaktpersonene. For hver bydel deltok fra en til tre personer.

Oversikt over personer som er intervjuet er inntatt i vedlegg 3, og viser at disse har forskjellige stillinger og plassering i organisasjonen. Kontaktpersonenes kjennskap til organisasjon og tjenestetiltak kan derfor variere. Gjennom intervjuene var hensikten å oppnå en mest mulig objektiv kartlegging. Et strukturert intervju ga mulighet for kontroll- og oppfølgingsspørsmål som ikke hadde vært mulig med et spørreskjema, samt mulighet for å identifisere åpenbart strategiske eller subjektive svar. Kvantitative aktivitetsdata var hentet ut på forhånd og var gjenstand for diskusjon og avklaring i intervjusituasjonen.

Kontaktpersonene har i etterkant fått tilsendt utkast til oppgaveteksten med resultatene fra intervjuene innarbeidet, og med mulighet til å kommentere og korrigere eventuelle feil.

4 Resultater

Det foreligger ingen gjennomgående registrering som gir et direkte mål på omfanget av rehabiliteringstilbudet i Oslo. Det er ikke registrert diagnosekode(r) eller andre data som direkte måler dette. I det følgende vil resultatene som kan belyse omfanget av rehabiliteringstilbudene ble presentert i en temamessig sammenheng. For hvert tema vil det være både statistiske data og oppsummering av kartleggingen som er foretatt i bydelene.

4.1 Bakgrunnsdata

4.1.1 Demografi

Tallmaterialene som presenteres i det følgende er basert på rapporterte tall fra Oslos 15 bydeler. Bydelene har ulik størrelse og befolknings sammensetning. Tabell 2 gir en oversikt over bydelene og danner en demografisk bakgrunn for data som følger senere.

Bydel		Befolkning pr 1.1.2012				Befolkningsandel (prosent)		
Nr	Navn	Totalt	0-17 år	18-66 år	> 67 år	0-17 år	18-66 år	> 67 år
1	Bydel Gamle Oslo	44 958	7 906	34 822	2 230	18	77	5
2	Bydel Grünerløkka	49 173	6 831	39 954	2 388	14	81	5
3	Bydel Sagene	36 030	4 902	28 824	2 304	14	80	6
4	Bydel St. Hanshaugen	35 039	4 048	28 729	2 262	12	82	6
5	Bydel Frogner	52 629	5 781	40 739	6 109	11	77	12
6	Bydel Ullern	31 192	6 653	20 024	4 515	21	64	14
7	Bydel Vestre Aker	46 034	10 886	29 193	5 955	24	63	13
8	Bydel Nordre Aker	49 297	11 215	32 664	5 418	23	66	11
9	Bydel Bjerke	29 153	7 003	19 061	3 089	24	65	11
10	Bydel Grorud	26 730	6 280	17 367	3 083	23	65	12
11	Bydel Stovner	30 570	7 580	19 317	3 673	25	63	12
12	Bydel Alna	47 723	10 893	31 649	5 181	23	66	11
13	Bydel Østensjø	47 282	10 698	29 572	7 012	23	63	15
14	Bydel Nordstrand	47 716	10 837	30 228	6 651	23	63	14
15	Bydel Søndre Nordstrand	36 332	10 072	23 979	2 281	28	66	6
	Sum	613 384	122 079	428 967	62 338	20	70	10

Kilde: Oslostatistikk

Tabellen viser at bydelen har en gjennomsnittlig befolkningsstørrelse på vel 40000 innbyggere, med variasjon fra Bydel Grorud, som er minst med vel 26000 innbyggere, til

Bydel Frogner som er omlag dobbelt så stor, med vel 52000 innbyggere. Befolkningssammensetningen varierer slik at enkelte bydeler fremstår som ”oppvekstbydeler”, som Stovner og Søndre Nordstrand, med en fjerdedel av befolkningen under 18 år. Andre bydeler som Nordstrand, Ullern og Østensjø, er ”eldrebydeler” med en befolkningsandel på ca 15 % over 67 år. Sentrumsbydelene (bydelene 1-4) kjennetegnes av en høy befolkningsandel i yrkesaktiv alder 18-67 år.

4.1.2 Økonomi

Bydelssektoren utgjør en betydelig del av Oslo kommunes økonomi, og svarer for vel 20 mrd. kroner av et samlet brutto driftsbudsjett i kommunen på ca. 46 mrd. Byrådet utarbeider budsjettforslag og et endelig kommunebudsjett vedtas av Bystyret. Bydelene får fordelt midler som en rammefinansiering. Fordelingen av midler mellom bydelene skjer etter et kriteriesystem, basert på demografi og flere sosioøkonomiske kriterier. Tabell 3 inneholder økonomiske nøkkeltall for bydelssektoren.

Tabell 3: Bydelens økonomiske rammer				
Bydel		Bydelenes netto driftsrammer (beløp i 1000 kr)		
Nr	Navn	Regnskap 2011	Budsjett 2012	Forslag budsjett 2013
1	Bydel Gamle Oslo	1 284 041	1 306 612	1 368 065
2	Bydel Grünerløkka	1 198 439	1 250 237	1 333 233
3	Bydel Sagene	998 605	988 912	1 088 206
4	Bydel St. Hanshaugen	745 457	761 286	814 583
5	Bydel Frogner	1 041 697	1 071 318	1 132 730
6	Bydel Ullern	738 689	769 276	817 063
7	Bydel Vestre Aker	1 078 457	1 143 971	1 170 090
8	Bydel Nordre Aker	1 270 301	1 320 861	1 393 439
9	Bydel Bjerke	886 141	908 156	962 724
10	Bydel Grorud	865 440	870 056	920 649
11	Bydel Stovner	849 113	894 362	949 448
12	Bydel Alna	1 434 602	1 438 382	1 513 857
13	Bydel Østensjø	1 336 491	1 394 384	1 480 554
14	Bydel Nordstrand	1 229 764	1 307 796	1 357 508
15	Bydel Søndre Nordstrand	1 029 936	1 025 830	1 047 329
	Sum	15 987 173	16 451 439	17 349 026

Kilde: Byrådets budsjettforslag for 2013

Tabellen viser fordeling av bydelens økonomiske rammer. Ved å sammenholde tallene med tabell 2, fremgår det at forskjellene i økonomiske rammer ikke bare følger av forskjeller i

befolkningsstørrelse og alderssammensetning. Andre kriterier har også betydning for fordelingen og medfører at bydeler med gjennomgående bedre levekår får tildelt mindre midler enn bydeler med større sosiale og helsemessige utfordringer.

Rammetildelingen til bydelene er basert på kriterier innenfor 5 hovedfunksjonsområder. Disse er FO 1 (helse, sosial og nærmiljø), FO 2a (barnehager), FO 2b (oppvekst), FO 3 (pleie og omsorg) og FO4 (økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogram). Bydelsadministrasjonene utarbeider driftsbudsjetter som vedtas av bydelsutvalgene i de 15 bydelene. Bydelene kan omfordele midler mellom hovedfunksjonsområdene. Tabell 4 viser hvordan bydelenes økonomiske rammer fordeles på de ulike funksjonsområdene og gjenspeiler demografiske og sosioøkonomiske forskjeller mellom bydelene. Særlig tydelig fremkommer dette for FO 4 (økonomisk sosialhjelp), som følge av store forskjeller mellom bydelene når det gjelder levekår og sosioøkonomiske forhold.

Bydel		Budsjett 2012, etter tilleggsinnstilling (beløp i 1000 kr)				
Nr	Navn	FO 1	FO 2A	FO 2B	FO 3	FO 4
1	Bydel Gamle Oslo	130 915	302 831	180 370	319 300	188 088
2	Bydel Grünerløkka	121 863	277 863	138 167	356 912	166 684
3	Bydel Sagene	87 233	199 450	126 263	334 308	110 201
4	Bydel St. Hanshaugen	71 253	221 685	59 444	236 675	78 021
5	Bydel Frogner	91 557	232 405	70 080	487 555	71 953
6	Bydel Ullern	44 784	228 089	51 783	342 525	17 801
7	Bydel Vestre Aker	65 522	314 671	83 732	503 662	25 422
8	Bydel Nordre Aker	73 810	425 713	89 761	513 816	35 850
9	Bydel Bjerke	72 706	198 131	110 774	342 370	74 170
10	Bydel Grorud	75 577	139 074	129 812	349 858	73 179
11	Bydel Stovner	86 124	124 148	150 427	343 420	80 765
12	Bydel Alna	135 410	249 233	201 897	545 336	124 567
13	Bydel Østensjø	89 932	307 739	142 914	644 201	67 094
14	Bydel Nordstrand	76 996	332 496	104 125	607 290	39 953
15	Bydel Søndre Nordstrand	99 495	209 468	204 065	294 404	101 136
	Sum	1 323 177	3 762 797	1 843 596	6 221 632	1 254 804

Kilde: Vedtatt budsjett 2012 iht tilleggsinnstilling.

FO 1: Helse, sosial og nærmiljø. FO 2a: Barnehager. FO 2b: Oppvekst. FO 3: Pleie og omsorg. FO4: Økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogram.

Rehabilitering som fagområde inngår i flere av funksjonsområdene, kort oppsummert i det følgende: Driftstilskudd til avtalefysioterapeuter og finansiering av bydelenes rehabiliteringsenheter inngår vanligvis i FO 1. Hjembaserte tjenester, tjenester til voksne med

utviklingshemning og institusjonsopphold inngår i FO 3. Tiltak innenfor psykisk helse finansieres ofte over FO 1 og FO 3, mens rusrehabilitering inngår i FO 1 og FO 4. Rehabilitering og rehabilitering av barn tilhører FO 2b.

4.2 Koordinerende enhet

Alle kommuner og bydeler er pålagt å ha en koordinerende enhet i henhold til lov og forskrift. Kartleggingen i Oslo har vist at samtlige bydeler unntatt en, opplyser at de har en slik funksjon for den voksne befolkningen. Kartleggingen har videre vist at koordinerende enhet er organisert ulikt i bydelene. Tabell 5 gir en oversikt over organiseringen av koordinerende enhet(er) i bydelene. De fleste bydeler har plassert funksjonen for koordinerende enhet i et bestillerorgan, som betegnes bestiller-, søknads- eller forvaltningsorgan. Organet kan være plassert i organisasjonen som -enhet, -avdeling, -seksjon eller -kontor. Det varierer også hvorvidt funksjonen er tillagt et tjenestested eller definerte enkeltperson(er). Videre er det forskjeller med hensyn til antall koordinerende enheter, de fleste bydeler har en eller to, mens Østensjø har tre. Bydeler med flere enheter er gjerne inndelt med egne enheter til barn/unge og voksne, men noen bydeler har også ulike enheter i forhold til ulike pasient/brukergrupper.

Tabell 5: Koordinerende enhet(er)			
Bydel		Koord enhet voksne	Organisering og kommentarer (KE = koordinerende enhet)
Nr	Navn		
1	Bydel Gamle Oslo	Ja	KE for voksne organisert under Enhet for forebygging og rehabilitering. Funksjonen ivaretas av seksjonsleder samt spesialkonsulent for IP i bestillerenheten. Det er egen koordinerende enhet for barn og unge lagt til Fagsenter
2	Bydel Grünerløkka	Ja	KE er Bestillerkontoret i Bydelen. Ansvarer ligger på tjenestenivå og ikke på person(er). Egen kontaktperson for IP i Bydelsadministrasjonen.
3	Bydel Sagene	Ja	Bydelen har to KE, en for voksne og en for barn. KE for voksne er Rehabiliteringssenteret i bydelen. Rehabiliteringssenteret har 5 ansatte og er organisert under Søknadskontoret. Det er egen KE for barn og unge lagt til Søknadskontor for barn og unge.
4	Bydel St. Hanshaugen	Ja	KE er søknadskontorene i bydelen. Bydelen har to KE, en for voksne og en for barn, som begge ivaretar funksjonen som KE. Ansvarer ligger på tjenestenivå og ikke på person(er). Spesialkonsulent med ansvar for rapportering av IP.
5	Bydel Frogner	Ja	KE er lagt til Bydelsadministrasjonen v/spesialkonsulent. Bydelen har en KE og et bestillerkontor.
6	Bydel Ullern	Nei	Bydelen har ikke KE for voksne. Bydelen har en Søknadsavdeling som rapporterer IP. Bydelen har KE for barn og unge under Enhet barn, unge og helsestasjon.
7	Bydel Vestre Aker	Ja	KE er Bestillerkontoret i bydelen. Særlig ansvar for funksjon hos leder og teamleder. Bydelen har et Bestillerkontor inndelt i to grupper (barn og voksne)
8	Bydel Nordre Aker	Ja	Bydelen har 2 KE, en er lagt til Enhet for psykisk helse og en til Søknadskontoret for øvrige brukergrupper. KE ved Søknadskontoret er lagt til Team for funksjonshemmede med tre saksbehandlere.
9	Bydel Bjerke	Ja	KE er Søknadskontoret i bydelen. En stilling har spesielt ansvar for funksjonen.

Tabell 5: Koordinerende enhet(er)			
Bydel		Koord enhet voksne	Organisering og kommentarer (KE = koordinerende enhet)
Nr	Navn		
10	Bydel Grorud	Ja	KE utgjøres av to definerte personer i utføreravdeling for velferd og sosiale tjenester med særskilt ansvar for henholdsvis barn og voksne. Bydelen har en bestillerenhet for alle aldersgrupper.
11	Bydel Stovner	Ja	KE er plassert i Forvaltningsseksjonen i Avdeling for forvaltning og hjemmetjenester. En person har særskilt ansvar. Bydelen har en forvaltningsseksjon for alle aldersgrupper
12	Bydel Alna	Ja	KE er en funksjon som består av tre definerte personer på tvers av organisasjonen, en person i Bydelsadministrasjonen, en person med ansvar for barn og en person med ansvar for voksne fra utførertjenestene.
13	Bydel Østensjø	Ja	Bydelen har 3 KE som utgjøres av de 3 bestillerkontorene i bydelen, for henholdsvis barn/unge, rus/psykisk lidelse og andre voksne brukergrupper. Funksjonen er lagt til tjenestene. En person fra hver enhet utgjør sentral IP-gruppe.
14	Bydel Nordstrand	Ja	Bydelen har to KE, en for voksne og en for barn. KE for voksne er ledet av Bestillerenheten i bydelen. Funksjon på tjenestenivå, med enhetsledere som øverste ansvarlige. Egen KE for barn og unge lag til Habiliteringsteam i samme enhet som Helsestasjonen.
15	Bydel Søndre Nordstrand	Ja	KE er nylig lagt til utfører enhet for rehabilitering helse. En definert person har særskilt ansvar for koordinering. Funksjonen var tidligere tillagt Søknaadskontoret.

Kilde: Oppsummerte resultater fra kartleggingsundersøkelsen. Resultatene er kvalitetssikret hos kontaktpersonene i bydelene.

4.3 Organisering og helsepersonell i rehabiliteringstjenester

I likhet med funksjonen og plassering av koordinerende enhet, er også organiseringen av selve tjenestetilbudet forskjellig fra bydel til bydel. Rehabilitering vil være en naturlig del av arbeidsoppgavene i de fleste helse- og omsorgstjenestene, og for de fleste helsepersonellgruppene. Det foreligger ikke systematisk oversikt over hvor stor del av arbeidstiden fastleger bruker på rehabiliteringsarbeid. Fastlegenes journalsystemer og diagnoseverktøy er heller ikke presise nok til å trekke konklusjoner om dette. Tilsvarende gjelder ansatte i hjemmetjenestene. Fysioterapeuter og ergoterapeuter vil vanligvis arbeide innenfor habilitering og rehabilitering. Helsepersonell i kommunenes helse- og omsorgstjeneste rapporteres i KOSTRA.

Samtlige bydeler har ansatt fysio- og ergoterapeuter i rehabiliteringsarbeid, og samtlige bydeler har avtaler med privatpraktiserende fysioterapeuter hvorav de fleste er lokalisert ved fysikalske institutter. Organiseringen av bydelenes egne ergo- og fysioterapitjeneste varierer. I mange bydeler er tjenesten organisert som egen seksjon eller gruppe i en utførerfunksjon, og består gjerne av ca 4-8 årsverk. I andre bydeler inngår ergo- og fysioterapitjenester i Hjemmetjenesten. Fysioterapitjenester til barn er gjennomgående knyttet til helsestasjonene.

Forvaltning av avtalefysioterapeuter kan være tillagt egen ergo/fysioterapitjeneste, bestillerorgan eller bydelsadministrasjon.

4.3.1 Fysioterapeuter

Tabell 6 viser omfanget av fysioterapitjenestene i bydelene, fordelt på årsverk for fysioterapeuter som er ansatt i bydelene eller har inngått driftsavtale. For ansatte fysioterapeuter gjelder inndeling i årsverk knyttet til barn (helsestasjon) eller voksne.

Datamaterialet er basert på tallene som bydelene selv har rapportert i KOSTRA.

Fysioterapeuter i administrative stillinger som ledere eller saksbehandlere vil også inngå i tallene. Private fysioterapeuter uten avtale er ikke med i oversikten. I gruppen byomfattende fysioterapeuter inngår fysioterapi-spesialister som har driftsavtale med Helseetaten og ikke med hver enkelt bydel. Årsverk for byomfattende ansatte/fastlønnete fysioterapeuter gjelder stillinger ved sykehjemmene.

Tabell 6: Årsverk fysioterapeuter						
Bydel		Sum	Driftsavtale	Ansatt / fastlønnnet		
Nr	Navn			Sum ansatt	Herav barn 0-17	Herav voksne >18
1	Bydel Gamle Oslo	20,2	10,2	9,0	0,7	8,3
2	Bydel Grünerløkka	25,5	16,5	8,0	5,5	2,5
3	Bydel Sagene	21,8	9,4	12,4	1,8	10,6
4	Bydel St. Hanshaugen	39,1	34,5	4,6	0,1	4,5
5	Bydel Frogner	44,5	37,4	7,1	0,0	7,1
6	Bydel Ullern	14,4	10,1	3,3	3,1	0,3
7	Bydel Vestre Aker	28,3	17,5	10,8	3,8	7,0
8	Bydel Nordre Aker	30,0	18,7	11,3	1,0	10,3
9	Bydel Bjerke	20,9	16,8	3,6	0,1	3,5
10	Bydel Grorud	11,9	5,7	5,5	0,0	5,5
11	Bydel Stovner	21,4	15,9	4,5	3,5	1,0
12	Bydel Alna	43,5	25,0	18,5	13,5	5,0
13	Bydel Østensjø	34,2	23,5	9,7	1,0	8,7
14	Bydel Nordstrand	23,7	13,6	9,1	1,0	8,1
15	Bydel Søndre Nordstrand	20,1	11,8	8,3	0,0	8,3
	Byomfattende	140,6	83,1	57,5		
	Sum	539,7	349,4	183,2		

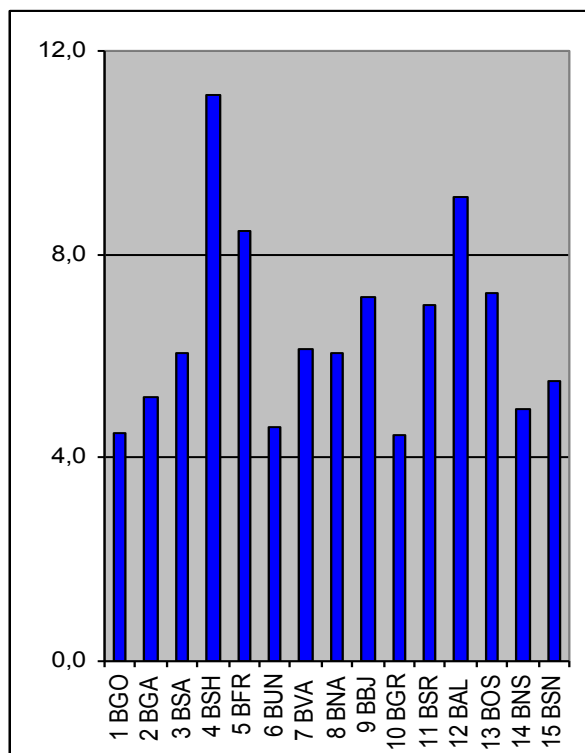
Kilde: KOSTRA

Figur 1 viser en grafisk fremstilling av fysioterapiårsverk i de enkelte bydelene justert etter befolkningsstørrelse:

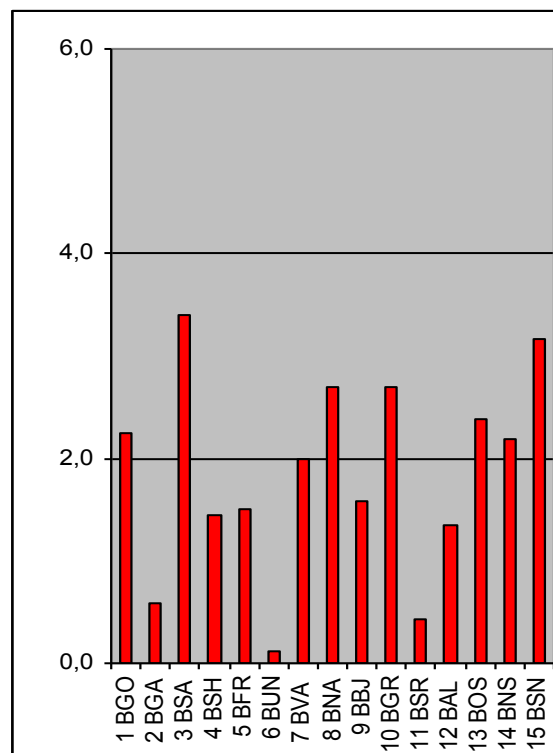
Figur 1: Årsverk fysioterapeuter, befolkningsjustert

1A: Sum fysioterapeuter (fastlønnet og driftsavtale), justert for bydelens befolkning

1B: Fysioterapeuter ansatt i bydelene, tjenester til voksne, justert for bydelens befolkning over 18 år



Bydel



Bydel

Det er noe variasjon mellom bydelene, og bydelene St. Hanshaugen, Frogner og Alna har flest årsverk i forhold til befolkningen (Figur 1A). For de sentralt beliggende bydelene (St. Hanshaugen og Frogner) skyldes dette en høy andel selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med driftsavtale, og tilsvarende fordelingsprofil ses også for andre næringsdrivende helsepersonell som fastleger og avtalespesialister. For Alna er et vesentlig bidrag et stort antall fastlønnete fysioterapeuter for barn og unge, som følge av lokalisering av et byomfattende spesialundervisningstilbud i Alna. Når det gjelder ansatte fysioterapeuter innenfor tjenestetiltak for voksne varierer situasjonen betydelig (Figur 1B). Bydelene har ulik profil med hensyn til drift av tjenester i egen regi eller inngåelse av driftsavtaler med fysioterapeuter.

4.4 Individuell plan

Bruk av individuell plan som arbeidsverktøy har en sentral plass i mange rehabiliteringsløp. Samtidig er ikke bruk av individuell plan noe som bare gjelder rehabilitering, men er også aktuelt i helse- og omsorgstjenester hvor det er behov for langvarig oppfølging og samarbeid mellom flere instanser. Tabell 7 viser oversikt over bruk av individuell plan i Oslos bydeler:

Bydel		Antall brukere pr 31.4.2012			Antall voksne brukere pr 31.4.2012				
Nr	Navn	Totalt	Herav 0-18 år	Herav >18 år	Rus ¹	LAR ¹	Psyk ¹	PU ¹	Andre
1	Bydel Gamle Oslo	241	73	168	44	22	65	27	10
2	Bydel Grünerløkka	160	40	120	10	7	84	19	0
3	Bydel Sagene	643	22	621	100	61	219	18	223
4	Bydel St. Hanshaugen	163	19	144	61	52	22	0	9
5	Bydel Frogner	190	38	152	10	8	25	3	106
6	Bydel Ullern	139	34	105	9	3	32	57	4
7	Bydel Vestre Aker	193	79	114	4	1	50	29	30
8	Bydel Nordre Aker	265	89	176	9	6	46	115	0
9	Bydel Bjerke	124	18	106	10	41	16	38	1
10	Bydel Grorud	153	79	74	13	3	19	22	17
11	Bydel Stovner	143	32	111	18	42	39	9	3
12	Bydel Alna	274	95	179	32	21	29	57	40
13	Bydel Østsjø	171	74	97	10	16	33	19	19
14	Bydel Nordstrand	209	53	156	34	36	41	44	1
15	Bydel Søndre Nordstrand	246	58	188	9	17	33	75	54
	Sum	3314	803	2511	373	336	753	532	517

Kilde: Oslostatistikk, bydelenes tertialrapportering Tab 1-15-A. 1) Forklaring: Rus: Brukere som i hovedsak har et rusproblem. LAR: Brukere i legemiddelassistert rehabilitering. Psyk: Brukere som i hovedsak har en psykisk lidelse. PU: Psykisk utviklingshemmede.

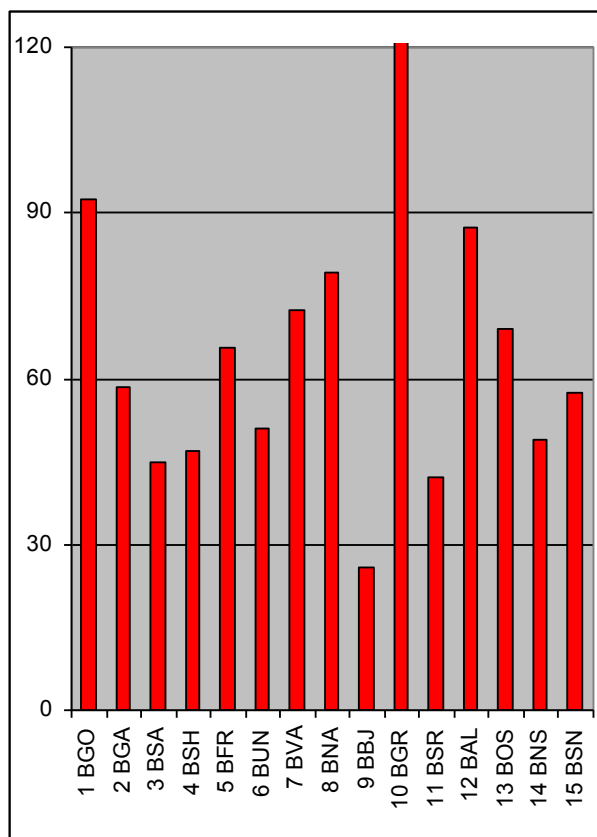
Tabellen viser en betydelig variasjon i antall brukere med individuell plan i bydelene. Forskjellene kan ikke forklares ut fra befolkningens størrelse eller sammensetning. En bydel skiller seg ut med langt flere individuelle planer. Bydel Sagene har gjennom flere år hatt fokus på arbeid med individuell plan, både i en egen rehabiliteringsenhet og innenfor Sosialtjenesten i NAV.

Gruppen ”andre voksne” med individuell plan, siste kolonne i tabell 7, kan være relevant i forhold til rehabiliteringstiltak. I denne gruppen vil det forventes å være brukere med sammensatte behov og helsemessige utfordringer. Blant denne gruppen foreligger store variasjoner, også mellom bydeler som i utgangspunktet skulle antas å være forholdsvis sammenlignbare ut fra demografi og sosiale forhold. Det kan her bemerkes den store

forskjellen mellom de fire sentrumsbydelene (bydel 1-4). Figur 2 viser bruk av individuell plan i gruppen ”andre voksne” (blå søyler). I figuren er disse sammenstilt med barn og unge under 18 år (røde søyler).

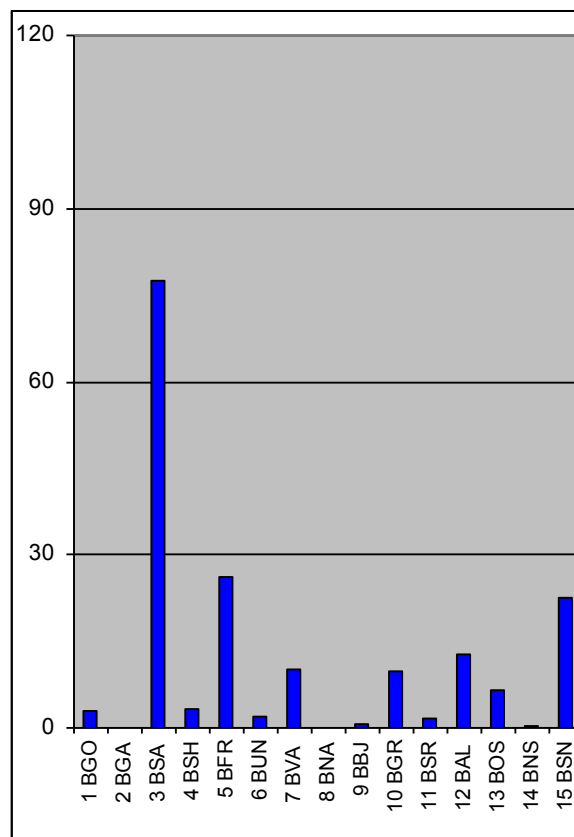
Figur 2: Individuell plan (antall individuelle planer pr 10 000 innbyggere)

2A: Barn og unge 0-18 år



Bydel

2B: ”Andre voksne” 18-67



Bydel

Fremstillingen viser antall registrerte individuelle planer pr 10 000 innbyggere i den aktuelle aldersgruppen. Blant gruppen barn og unge varierer raten fra 25 til 125 med et gjennomsnitt på 65 pr. 10 000 innbyggere. For gruppen ”andre voksne” varierer raten fra 0 til 77 med et gjennomsnitt på 12 pr. 10 000 innbyggere. Det er således store variasjoner, og disse er mer uttalt i gruppen voksne brukere sammenlignet med gruppen barn og unge.

Kartleggingen i bydelene med hensyn til bruk av individuell plan i de ulike helse- og omsorgstjenestene, er oppsummert i Tabell 8. Bydelsintervjuene viser et forholdsvis gjennomgående mønster og liten variasjon mellom bydelene.

Tabell 8: Bruk av individuell plan i tjenestene	
Individuell plan: gjennomgående godt innarbeidet og i regelmessig bruk	NAV Sosialtjenesten, rusrehabilitering, voksenhabilitering/gruppeboliger, psykisk helse og barnehabilitering/-rehabilitering
Individuell plan: noe varierende bruk	Fysio- og ergoterapitjenester, fastleger
Individuell plan: lite bruk	Hjemmesykepleietjenester

Kilde: Oppsummerte resultater fra kartleggingsundersøkelsen.

4.5 Koordinator og ansvarsgruppe

Revidert forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator tilplikter kommunene å tilby koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarig oppfølging, uavhengig av om pasient eller bruker ønsker individuell plan. Gjennom bydelskartleggingen er det også fremkommet at det i løpet av de senere årene har vært økende oppmerksomhet på behov for koordinering av tjenester, og noe mindre fokus på individuell plan i seg selv. Flere av kontaktpersonene som er intervjuet anser dette som en hensiktsmessig utvikling. I mange tilfeller vil brukeren selv ha et lite aktivt forhold til sin individuelle plan, og arbeidet med planen synes i hovedsak å tilfredsstille tjenestens behov. Videre tar selve planarbeidet erfaringsmessig mye tid, som kunne vært benyttet mer hensiktsmessig i annet pasient/brukerrettet arbeid.

Det er i dag ingen systematisk registrering av koordinatorfunksjon eller koordinering av tjenester til brukere uten individuell plan. Gjennom kartleggingen i bydelene fremkommer at dette er tiltak som skjer i et betydelig og også økende omfang.

Bruk av ansvarsgruppe har en tradisjonell plass i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet. Ansvarsgruppe som arbeidsform kan også forekomme uten at det er etablert en formell individuell plan. Oslo kommunes journalsystem Gericia gir mulighet for å registrere bruk av ansvarsgruppe. Tabell 9 viser store variasjoner i registrering av ansvarsgruppe som tjenestetype mellom bydelene. Det er 6 bydeler som ikke har registrert brukere med denne tjenestekoden i Gericia. Blant bydelene som har registrert denne tjenestetypen, er den overveiende delen brukere barn og unge under 18 år (vel 60 %). Bydel Søndre Nordstrand er den bydelen som i størst grad registrerer ansvarsgrupper hos voksne brukere.

Intervjuene i bydelene viser at ansvarsgruppe benyttes i samtlige bydeler. Det er imidlertid svært ulike rutiner med hensyn til hvordan dette registreres, og tallmaterialet som fremkommer i Tabell 9 er derfor beheftet med betydelig usikkerhet.

Tabell 9: Bruk av ansvarsgruppe				
Bydel		Antall brukere		
Nr	Navn	Totalt	Herav barn <18	Voksne > 18 år
1	Bydel Gamle Oslo	0	0	0
2	Bydel Grünerløkka	2	0	2
3	Bydel Sagene	71	68	3
4	Bydel St. Hanshaugen	0	0	0
5	Bydel Frogner	6	2	4
6	Bydel Ullern	0	0	0
7	Bydel Vestre Aker	0	0	0
8	Bydel Nordre Aker	0	0	0
9	Bydel Bjerke	0	0	0
10	Bydel Grorud	22	4	18
11	Bydel Stovner	39	28	11
12	Bydel Alna	83	46	37
13	Bydel Østensjø	88	70	18
14	Bydel Nordstrand	2	1	1
15	Bydel Søndre Nordstrand	107	45	62
	Sum	420	264	156

Kilde: Uttrekk fra Geric. Tjenestetype 92 - ansvarsgruppe.
Antall brukere med ansvarsgruppe pr 31.8.2012.

4.6 Rehabilitering utenfor institusjon og innsatsteam

Rehabiliteringstjenester utenfor institusjon gis i samtlige bydeler. Tiltakene er ulikt organisert og dimensjonert slik det også er redegjort for i avsnitt 4.3. Videre har intervjuundersøkelsen vist at det er ulik praksis bak registrering og rapportering av kvantitative data. Samtlige bydeler har en ambulant ergo- og fysioterapitjeneste, enten som en del av hjemmetjenesten eller i en annen organisatorisk plassering. Samtlige bydeler har også avtaler med privatpraktiserende fysioterapeuter. Det er imidlertid store forskjeller i hvordan disse tjenestetiltakene registreres og dokumenteres. Det er også ulik praksis med hensyn til om det fattes enkeltvedtak om slike tjenester. Datamaterialet som er registrert i Geric er derfor beheftet med betydelig usikkerhet som kilder til kvantitative data. Det foreligger heller ingen samlet oversikt over omfanget av virksomheten til privatpraktiserende fysioterapeuter.

Innsatsteam er et tjenestetilbud som er etablert i de fleste bydelene. Innsatsteamene har som oppgave å sette inn en ekstra innsats i hjemmet i en tidsbegrenset periode for personer med rehabiliteringspotensial og økt omsorgsbehov. Dette kan gjelde personer som nylig er utskrevet fra sykehus eller korttidsopphold i sykehjem, eller hjemmeboende personer med funksjonstap for å hindre institusjonsinnleggelse. Et innstasteam består gjerne av 3-5 personer med pleiefaglig kompetanse (sykepleier/hjelpepleier) samt ergo- og fysioterapeut. Bydelene har ulike løsninger med hensyn til om ergoterapeut og fysioterapeut inngår som faste personer i teamet, eller om disse ressursene ytes fra bydelens ordinære ergo- og fysioterapitjeneste. Innsatsteamene yter vanligvis tjenester over en tidsbegrenset periode på en til to uker.

Noen bydeler har etablert utvidete team med flere personer, og har lagt tilleggsfunksjoner til teamet, som lindrende omsorg, kreftkoordinator og akuttjenester. Hverdagsrehabilitering inngår også i noen av de utvidete teamene, jf også avsnitt 4.9. Eksempler på dette er tverrfaglig rehabiliteringsteam i Bydel Gamle Oslo, innsatsteam i Bydel Frogner og innsatsteam i Bydel Nordstrand. I GERICA kan slike tjenester registreres ved bruk av tjenestekoden rehabilitering utenfor institusjon. Tabell 10 oppsummerer registrerte data, fordelt på brukere under og over 67 år.

Bydel		Antall brukere		
Nr	Navn	Totalt	Herav 18-66 år	Herav > 67 år
1	Bydel Gamle Oslo	20	4	16
2	Bydel Grünerløkka	0	0	0
3	Bydel Sagene	82	73	9
4	Bydel St. Hanshaugen	21	7	14
5	Bydel Frogner	67	18	49
6	Bydel Ullern	14	1	13
7	Bydel Vestre Aker	29	7	22
8	Bydel Nordre Aker	17	2	15
9	Bydel Bjerke	0	0	0
10	Bydel Grorud	0	0	0
11	Bydel Stovner	0	0	0
12	Bydel Alna	51	7	44
13	Bydel Østsjø	17	0	17
14	Bydel Nordstrand	33	3	30
15	Bydel Søndre Nordstrand	11	4	6
	Sum	362	126	235

Kilde: Uttrekk fra GERICA. Tjenestetype 15 - rehabilitering utenfor institusjon. Antall brukere pr 31.8.2012.

Tabellen viser at det også her er betydelige variasjoner mellom bydelene, og tjenestetypen er registrert i 11 av 15 bydeler. Kartleggingsundersøkelsen har vist at bydelene benytter denne tjenestetypen til vedtak om innsatsteam. Fire bydeler (Grünerløkka, Bjerke, Grorud og Stovner) har ikke innsatsteam, og har ikke registrert tjenestetypen. Disse bydelene opplyser imidlertid at de også har rutiner for å kunne endre og omdisponere tiltak i hjemmet ved behov. Bydel Grünerløkka opplyser om et strukturert samarbeidssystem innenfor hjemmetjenestene for å ivareta dette, og Bydel Bjerke har et utskrivningsteam rettet mot personer som skal utskrives fra sykehus eller sykehjem.

De fleste brukerne er over 67 år, slik det vil forventes med kjennskap til aldersfordeling for pasienter som utskrives fra sykehus eller som opplever funksjonstap i hjemmet. Bydeler med stor befolkning og mange eldre vil derfor ha flere brukere, slik det fremkommer for bydelene Frogner, Vestre Aker, Alna og Nordstrand.

Bydel Sagene skiller seg ut ved et høyt antall brukere med denne tjenestekoden, og at hovedandelen av brukerne er under 67 år. Forklaringen er at Sagene registrerer denne tjenestetypen både til brukere av innsatsteam, og for personer som har oppfølging i bydelens rehabiliteringstjeneste. Bydel Sagene har i flere år hatt en egen rehabiliteringstjeneste, som både har vært bydelens koordinerende enhet og som har hatt koordinatorfunksjoner og poliklinisk oppfølging av brukere. Dette tjenestetilbudet har kommet i tillegg til ordinære ergo- og fysioterapitjenester. En slik organisering synes å være spesiell for Sagene.

4.7 Dagrehabilitering

Dagrehabilitering er en tjenestetype som benyttes om rehabiliteringstilbud som gis utenfor eget hjem, men der brukeren bor hjemme og ikke på institusjon. Tjenestetypen er registrert i 6 av 15 bydeler, og er oppsummert i tabell 11.

Dagrehabilitering kan gis ved kommunale eller private sykehjem, eller drives i bydelens egen regi. I forhold til førstnevnte, kjøper Bydel Grorud plasser ved Ammerudhjemmet, og Bydel Østensjø kjøper plasser ved Langerud sykehjem. Bydel Frogner og Bydel Vestre Aker har etablert egne tjenestesteder i bydelen for dagrehabilitering. Bydel Frogner har registrert klart flest brukere. Intervjuene i bydelene har vist at tallene ikke er direkte sammenlignbare, men tiltakene i Bydel Frogner ved Oscar lokalmedisinske senter synes likevel å være mest omfattende. Bydel Gamle Oslo har etablert dagrehabilitering som et utvidet tiltak knyttet til et

dagsenter i bydelen. Bydel Nordstrand har også fysioterapitilbud ved tre dagsentra, men har ikke registrert tilbudet som tjenestetypen dagrehabilitering. Bydelen fatter vedtak om dagsenter og gir tilbud om fysioterapi i gruppe.

Bydel		Antall brukere		
Nr	Navn	Totalt	Herav 18-66 år	Herav > 67 år
1	Bydel Gamle Oslo	8	1	7
2	Bydel Grünerløkka	0	0	0
3	Bydel Sagene	0	0	0
4	Bydel St. Hanshaugen	0	0	0
5	Bydel Frogner	90	8	82
6	Bydel Ullern	0	0	0
7	Bydel Vestre Aker	25	6	19
8	Bydel Nordre Aker	0	0	0
9	Bydel Bjerke	1	1	0
10	Bydel Grorud	21	3	18
11	Bydel Stovner	0	0	0
12	Bydel Alna	0	0	0
13	Bydel Østensjø	15	2	13
14	Bydel Nordstrand	0	0	0
15	Bydel Søndre Nordstrand	0	0	0
	Sum	160	21	139

Kilde: Uttrekk fra Gerica. Tjenestetype 25 - dagrehabilitering.
Antall brukere pr 31.8.2012.

4.8 Brukerstyrt personlig assistanse

Brukerstyrt personlig assistanse er en tjenestetype som kan innvilges til personer med et stort og omfattende behov for tjenester. Tabell 11 viser at denne tjenestetypen er innvilget til vel 300 personer i Oslo, og at det er en viss variasjon med hensyn til praksis mellom bydelene. De aller fleste brukerne er i aldersgruppen 18-67 år.

Tabell 12 viser videre at selv om det gjelder et beskjedent antall brukere, så utgjør denne tjenestetypen et betydelig omfang i ressursbruk. Siste kolonne i tabellen angir andel vedtakstimer til praktisk bistand (hjemmehjelp) som gis i form av en BPA-ordning. Det fremgår at vel en tredjedel av antall timer praktisk bistand som tildeles i bydelene, går til BPA.

Brukerstyrt personlig assistanse kjennetegnes ved at det er brukeren selv som er arbeidsgiver for assistentene. Intervjuene i bydelene har vist at BPA-ordningene dels administreres av bydelene selv, og dels av private aktører. Den typiske brukeren er gjerne en voksen person med et omfattende hjelpebehov. Personer med neurologiske lidelser som ALS eller MS eller personer med store funksjonshemninger etter skader og ulykker (som ryggmargsskader) utgjør typiske brukergrupper.

Bydel		Antall brukere		Andel vedtakstimer praktisk bistand
Nr	Navn	Totalt	Herav 18-66 år	
1	Bydel Gamle Oslo	30	27	28 %
2	Bydel Grünerløkka	25	24	32 %
3	Bydel Sagene	14	13	28 %
4	Bydel St. Hanshaugen	18	18	1 % *
5	Bydel Frogner	39	36	25 %
6	Bydel Ullern	22	16	33 %
7	Bydel Vestre Aker	26	20	41 %
8	Bydel Nordre Aker	20	18	37 %
9	Bydel Bjerke	8	7	38 %
10	Bydel Grorud	14	7	38 %
11	Bydel Stovner	13	11	39 %
12	Bydel Alna	20	15	32 %
13	Bydel Østensjø	14	9	37 %
14	Bydel Nordstrand	21	18	35 %
15	Bydel Søndre Nordstrand	25	24	38 %
	Sum	309	263	35 %

Kilde: Oslostatistikken, tab 3-5 B Hjemmetjenester, antall vedtakstimer.

Uttrekk fra Gerica tjenestetype 13, antall brukere pr 31.8.2012.

* Avvikende prosentandel i Bydel St Hanshaugen skyldes antagelig registreringsfeil, jf intervju.

Selv om ordningen tar utgangspunkt i brukerstyring og brukermedvirning, og således inneholder viktige elementer i et rehabiliteringsforløp, uttrykker flere av kontaktpersonene i bydelene tvil om hvorvidt BPA vil være å anse som et rehabiliteringstiltak. Fra flere kontaktpersoner anses BPA mer som en måte å organisere tjenestetilbudet til personer med et stort pleie- og omsorgsbehov på, snarere enn en rehabiliteringsprosess.

4.9 Hverdagsrehabilitering

Kartleggingen av tiltakene i bydelene har vist at de fleste bydelene har etablert eller planlegger tiltak innenfor områdene hjemmerehabilitering eller hverdagsrehabilitering. Felles for tiltakene er lavterskelinnsats med fokus på mestring og selvhjelp i egen livssituasjon. Utgangspunktet for mange er Frederica-modellen basert på utprøving og erfaringer fra Fredericia kommune i Danmark. Bydelens tiltak og planer er ulikt utformet. Noen tar utgangspunkt i etablerte tjenester, vanligvis innsatsteam, og planlegger en utvidelse av teamet når det gjelder opplæring og overføring av kunnskap til øvrige hjemmetjenester. Andre bydeler planlegger etablering av eget team eller tiltak i tillegg til innsatsteam. Tre modeller fra bydelene kan nevnes:

Bydel Grünerløkka har etablert ”hjelp-til-selvhjelp” som fungerer som et organisert tverrfaglig samarbeid på tvers av helse- og omsorgstjenestene, men uten en organisatorisk struktur. Behov meldes fra tjenestene til et fast tverrfaglig møteforum, og bestillerkontoret er ansvarlig for at tilstrekkelig ressursinnsats tilføres.

Bydel Frogner har startet hverdagsrehabilitering med utgangspunkt i innsatsteamet. Tiltakene rettes mot utskrivningsklare pasienter fra sykehus, men også hjemmeboende med økt behov og funksjonsfall. Målsettingen er at tiltakene skal skje i hjemmesituasjonen og at pasienter fra sykehus skrives ut direkte til hjemmet. Tiltakene har vekt på fysisk aktivitet og trening, og teamet har ansatt egen undervisningsfysioterapeut med særlig fokus på rehabiliteringsinnsats og overføring av prinsippene til den ordinære hjemmetjenesten. Bydelen planlegger en utvidelse av tiltaket med flere stillinger for fysioterapi-turnuskandidater.

Bydel St. Hanshaugen har etablert hverdagsrehabilitering med fysioterapeut og hjemmetrenere innenfor praktisk bistand. Tiltaket er organisert utenfor innsatsteamet, men er tilknyttet bydelens rehabiliteringsteam. Aktuelle kandidater som søker om bistand vurderes for tiltaket.

Det er pr. i dag ingen systematisk registrering i Gericia av hverdagsrehabilitering, eller andre former for hjemmerehabilitering eller hverdagsmestring.

4.10 Rehabiliteringsopphold i sykehjem

Oslo har ca 4700 døgnplasser i sykehjem, hvorav plasser for korttidsopphold utgjør ca 11 %. Aldersfordelingen viser at brukerne av korttidsopphold er gjennomgående noe yngre enn beboere på langtids plass i sykehjem. Mens 11 % av brukerne i korttidsopphold var under 67 år, var tilsvarende andel 6 % for beboere med langtids plass. Det er ulike typer sykehjems plasser for korttidsopphold, som rehabiliterings plasser, vurderings plasser, avklarings plasser mv. Rehabiliterings plassene er organisert i egne enheter og er lokalisert ved Furuset sykehjem, Hovseterhjemmet, Kingosgate bo- og rehabiliteringssenter, Langerud sykehjem, Smestadhjemmet, Sofienbergsenteret og Tåsenhjemmet samt en ny rehabiliteringsavdeling ved Samhandlingsarena Aker.

Bydelens bruk av rehabiliterings plasser og andre korttids plasser i sykehjem er oppsummert i Tabell 13. Tabellen viser antall døgn i korttidsopphold for 2011, fordelt på rehabiliteringsopphold og andre korttidsopphold. Også på dette området er det variasjon mellom bydelene, både med hensyn til bruk av korttids plasser og fordeling mellom rehabiliterings plasser og andre korttidsopphold.

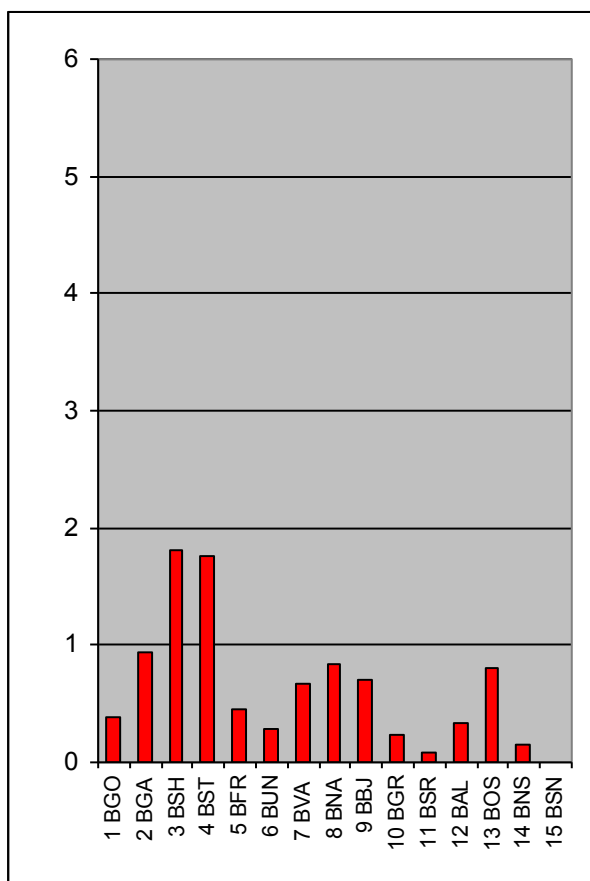
Tabell 13: Korttidsopphold i sykehjem					
Bydel		Korttidsopphold - antall døgn 2011			Andel rehabiliteringsopphold
Nr	Navn	Rehabiliteringsopphold	Andre korttidsopphold	Sum	
1	Bydel Gamle Oslo	866	5 425	6 291	14 %
2	Bydel Grünerløkka	2 230	6 513	8 743	26 %
3	Bydel Sagene	4 171	7 892	12 063	35 %
4	Bydel St. Hanshaugen	3 975	4 276	8 251	48 %
5	Bydel Frogner	2 746	10 003	12 749	22 %
6	Bydel Ullern	1 317	7 443	8 760	15 %
7	Bydel Vestre Aker	3 973	7 338	11 311	35 %
8	Bydel Nordre Aker	4 542	11 011	15 553	29 %
9	Bydel Bjerke	2 155	15 183	17 338	12 %
10	Bydel Grorud	708	12 137	12 845	6 %
11	Bydel Stovner	319	9 136	9 455	3 %
12	Bydel Alna	1 760	18 687	20 447	9 %
13	Bydel Østensjø	5 589	21 727	27 316	20 %
14	Bydel Nordstrand	969	16 896	17 865	5 %
15	Bydel Søndre Nordstrand	0	6 008	6 008	0
	Sum	35 320	159 675	194 995	18 %

Kilde: Oslostatistikk. Årstall for 2011. Tabell 3-3 C4. Aldersfordeling tabell 3-1B.

Bydelene er forskjellige med hensyn til befolkningsstørrelse, alderssammensetning og levekår. Figur 3 fremstiller bruk av rehabiliteringsplasser og andre korttidsopphold for befolkningen over 67 år.

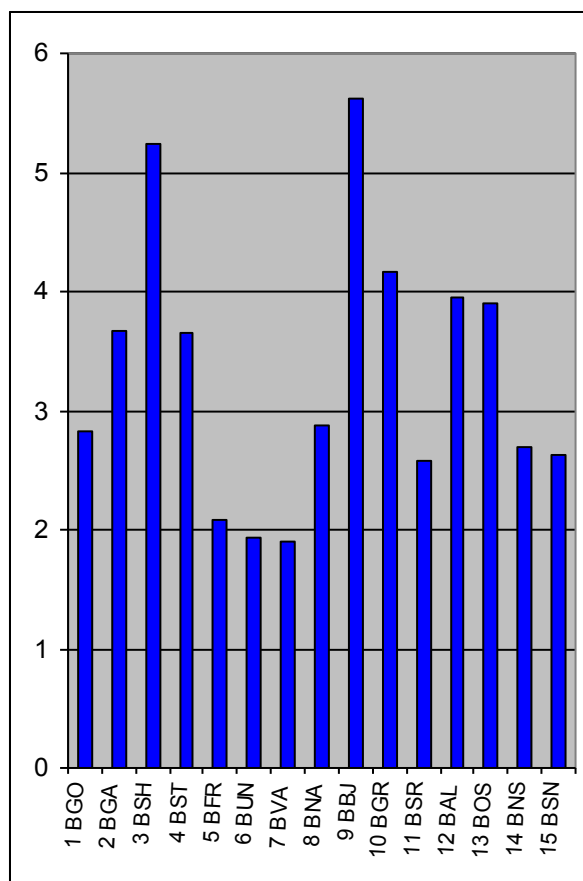
Figur 3: Korttidsopphold i sykehjem (institusjonsdøgn pr innbyggere over 67 år)

3A: Rehabiliteringsopphold



Bydel

3B: Sum korttidsopphold i institusjon



Bydel

Fremstillingen viser en betydelig variasjon i bruk av rehabiliteringsopphold, hvor bydelene Sagene og St Hanshaugen har en klart høyere rate enn de øvrige. Disse to bydelene har en rate på 1,8, mens gjennomsnittet er 0,6, og Bydel Søndre Nordstrand ikke har registrert dette tjenestetilbudet (Figur 3A). Intervjuene i bydelene viser imidlertid at flere forhold har betydning. Geografisk avstand til institusjonene er en viktig faktor. I en rehabiliteringsprosess vil det være en klar fordel med kort avstand til egen bydel, både for å sikre god kontakt med tjenestene i bydelen og for å lette gjennomføringen av hjemmebesøk og overføring til hjemmet. Egne rehabiliteringsplasser finnes bare ved et begrenset antall sykehjem. Det skal også tillegges at tallene som presenteres er for 2011. I løpet av 2012 har flere bydeler redusert antallet rehabiliteringsplasser som kjøpes ved sykehjemmene.

Når det gjelder samlet bruk av korttidsopphold, er imidlertid forskjellene mellom bydelene vesentlig mindre, med en rate som varierer fra 1,9 for de laveste (bydelene Ullern og Vestre Aker) til Bjerke som er høyest med en rate på 5,6, og hvor gjennomsnittet er 3,1 (figur 3B). At bydeler med bedre levekår vil ha en lavere andel beboere på institusjon, er ikke uventet ut fra helsemessige og økonomiske betraktninger.

Gjennom intervjuene i bydelene er det også fremkommet at bydelene ikke nødvendigvis opplever vesentlige innholdsmessige forskjeller mellom ulike typer korttidsopphold. Noen sykehjemsavdelinger har personellressurser som kan sammenlignes med rehabiliteringsavdelingene selv om plassene ikke er definert som dette. Som eksempel oppgir Bydel Søndre Nordstrand at korttidsplasser på sykehjem i nærområdet har hatt god ergo- og fysioterapidekning. Bydelene har også benyttet egne personellressurser som innsatsteam og/eller ergo-/fysioterapeuter for å styrke det faglige tilbudet i korttidsavdeling.

4.11 Data fra spesialisthelsetjenesten

Det foreligger ikke generelt tilgjengelige data på bydelsnivå når det gjelder behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Samdatarapporten inneholder data om type behandlingstilbud, hastegrad, diagnosekoder og utviklingstrekk nasjonalt og regionalt. Rapporten har geografisk inndeling som følger sykehusenes opptaksområde. Tabell 14 viser fordeling av døgnopphold for pasienter tilhørende sykehusene i Osloregionen:

Tabell 14: Rehabilitering ved innleggelse: antall pasienter pr 10 000 innbyggere								
Bostedsområde	Primær døgnrehab. sykehus		Sekundær døgnrehab. sykehus		Privat rehabiliteringsinst.		Døgnrehabilitering sum	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Ahus-området	2,0	1,8	2,6	0,9	4,9	4,5	9,4	7,3
OUS-området	1,7	1,8	3,3	3,5	4,6	4,1	9,6	9,6
Lovisenberg-området	1,4	1,4	2,8	1,9	4,6	4,1	8,8	7,5
Diakonhjemmet-området	1,2	1,0	2,0	2,0	4,6	4,1	10,0	7,3
Helse Sør-Øst	3,3	2,6	1,6	1,3	5,5	4,9	10,4	9,0
Totalt landsbasis	2,6	2,2	1,7	1,6	5,5	4,8	9,8	8,7

Kilde: Samdatarapporten 2011.

Tabellen viser noe variasjon mellom de geografiske områdene, men samtidig er det også en ikke ubetydelig variasjon fra 2010 til 2011. De samlede tallene ligger tett opp mot gjennomsnittstall for helseregion Sør-Øst og landsgjennomsnitt. I tillegg til variasjoner i sykkelighet og behov for helsetjenester, vil forskjeller i organisering faglige tilbud som

funksjonsfordeling ha innvirkning på tallene. Sykehusenes diagnose- og kodepraksis kan også ha betydning.

Opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner kan enten skje etter direkte søknad fra sykehus, eller etter henvisning fra fastlege. Henvisninger fra fastlege vurderes og koordineres ved Sentral enhet koordinering ved Sunnaas sykehus. Enheten opplyser at de mottok ca 1500 henvisninger til private rehabiliteringsinstitusjoner fra fastleger i 2011 for pasienter fra Oslo. Opplysningene er ikke registrert med bydelstilhørighet, men det kan være mulig å hente ut data i ettertid. Det har ikke vært anledning til dette i arbeidet med oppgaven.

5 Diskusjon

Rehabilitering vil i mange tilfeller være en sammensatt prosess som kjennetegnes med innsats fra mange instanser i samfunnet og ikke minst brukeren selv. Denne oppgaven har i hovedsak fokus på tiltak innenfor helse- og omsorgstjenestene i Oslos bydeler, og er avgrenset mot flere store og viktige brukergrupper. Det er viktig at helhet og oversikt ikke mistes av synet når det foretas en nærmere analyse og vurdering av bestemte bruker-/pasientgrupper eller tjenestetilbud.

Undersøkelsen er gjennomført som en analyse av data som registreres og rapporteres rutinemessig, og er supplert med et semistrukturert intervju med kontaktpersoner i bydelene. Undersøkelsen viser at det er flere likhetstrekk, men også klare forskjeller mellom rehabiliteringstiltakene i Oslos bydeler. Videre har kartleggingen avdekket til dels betydelige forskjeller med hensyn til hvordan tjenester og tiltak registreres i bydelene. Flere av forskjellene som fremkommer kan tilskrives ulike administrative rutiner og registrering, og vil ikke nødvendigvis representere reelle forskjeller i tjenestetilbud.

Oslos bydeler er forskjellige med hensyn til befolkningsstørrelse, alderssammensetning og levekår. Dette vil også ha betydning for det kvantitative og kvalitative tilbudet som gis. Til dels store forskjeller i levekår, helse og sykkelighet tilsier at det vil være ulike tjenestebehov mellom bydelene også når det tas hensyn til og justeres for demografiske forhold.

Ut fra datamaterialet, kartleggingsundersøkelsene i bydelene og med støtte i sentrale styringsdokumenter, lovverk og faglig anbefalinger vil forfatteren oppsummere og forsøksvis foreslå anbefalinger innenfor noen av temaområdene for oppgaven:

5.1 Koordinerende enhet

Alle kommuner/bydeler skal ha koordinerende enhet i henhold til forskriften. I bydeler/kommuner som har organisert sine tjenester i en bestiller/utførerorganisering, vurderes det som mest hensiktsmessig at koordinerende enhet lokaliseres til bestillerfunksjonen. Oppgavene til koordinerende enhet vil i stor grad være sammenfallende med funksjoner et bestillerorgan skal inneha. Videre vil bestillerorganet være et naturlig kontaktpunkt for brukere, pårørende og øvrige instanser i helse- og omsorgstjenesten, så vel i kommunen som i spesialisthelsetjenesten.

Det er både fordeler og ulemper ved å knytte funksjonen som koordinerende enhet til et organ eller til enkeltpersoner. Lokalisering av funksjon på tjenestenivå gjør funksjonen mindre sårbar og ikke personavhengig. Imidlertid er det risiko for at tilstrekkelig kunnskap og oversikt over et sammensatt fagfelt kan være vanskelig å ivareta på tjenestenivå. Lokalisering av funksjon som koordinerende enhet til definerte person(er) vil ut fra et tilsvarende resonnement gi bedre samling og styrking av faglig kompetanse, men samtidig være en sårbar løsning med tanke på fravær og kontinuitet. Det anses som en god løsning å plassere funksjonen til en organisatorisk enhet, og samtidig forankre et særskilt faglig ansvar hos definerte personer.

5.2 Koordinator eller kontaktperson

Utviklingen gjennom de senere årene har vist at en velfungerende koordinatorfunksjon er viktig i mange rehabiliteringsforløp. For mange brukere vil dette ha større betydning for mestring og måloppnåelse enn at det utarbeides en individuell plan. Den reviderte forskriften tilplikter kommunene å tilby koordinator også til brukere som ikke ønsker individuell plan. Det anses å være et behov for nærmere avklaring av koordinatorrollen. Mens det kan være hensiktsmessig å plassere koordinerende enhet i et bestillerorgan, vil koordinatorrollen overfor brukere i hovedsak være en oppgave for utførerenehetene.

I bydelsintervjuene ble det drøftet hvordan koordinatorfunksjonen kan plasseres ved ulike tjenestesteder, og hvorvidt det vil være hensiktsmessig å samle koordinatoroppgavene på et begrenset antall personer i tjenestene, eller fordele oppgaven på flere. En samling av koordinatorfunksjon hos et begrenset antall personer vil medføre at disse får god innsikt i arbeidet. Samtidig vil dette være personer som vil ha få eller ingen andre utføreroppgaver og dermed større avstand til oppfølgingen av brukerne. På den annen side vil det å knytte koordinatorfunksjon til helsepersonell som i hovedsak arbeider utøvende i tjenesten, sikre nærhet til brukeroppfølgingen. Ulempen vil være tilgjengelig tid til koordinatorrollen, med fare for at oppgaven nedprioriteres og at koordinatorrollen utvikles forskjellig

Funksjon og oppgave som koordinator må også avklares nærmere mot oppgaven som kontaktperson. Hjemmetjenestene har innført et system med tjenesteansvarlig og primærkontakt. Disse rollene vil fylle funksjon som kontaktperson(er), men må antagelig utvikles noe videre dersom også koordinatorfunksjoner skal ivaretas. Det er samtidig viktig at

det ikke etableres for omfattende rutiner og systemer, og for mange brukere vil det være tilstrekkelig at det er en kontaktperson brukeren kan forholde seg til.

Med et lovverk som gir rett og plikt til å få tildelt koordinator, bør det utvikles et system for å registrere denne funksjonen. Dette finnes ikke per i dag. Registreringen bør fortrinnsvis skje i Gerica eller andre fagsystemer, slik at statistiske data kan hentes ut direkte og ikke være avhengig av manuell optelling.

5.3 Individuell plan

Undersøkelsen har påvist store forskjeller når det gjelder bruk av individuell plan. Forskjellene er til dels reelle, men administrative rutiner og registreringspraksis har også betydning. Det er ulikheter mellom bydelene med hensyn til helse og sykdomsutfordringer, som vil gjenspeiles i behov for tjenestetilbud og IP. Imidlertid kan dette ikke alene forklare forskjellene. Bydel Sagene representerer et ytterpunkt med et stort antall personer med IP, og det er flere forhold i denne bydelen som har bidratt til situasjonen. Bydelen har gjennom flere år hatt fokus på arbeidet med IP, og bydelen har hatt en egen rehabiliteringstjeneste med koordinerende funksjoner. Samtidig har det i denne bydelen vært en betydelig aktivitet innenfor sosialtjenesten i NAV i utviklingen av individuelle planer.

Registrering og rapportering av individuelle planer skjer i dag ved utstrakt bruk av manuelle rutiner. Det er ikke etablert gode systemer for hvilke planer som skal rapporteres. Planene er utarbeidet på ulike maler i ulike journal-/dokumentasjonssystemer. Det har også vært utarbeidet flere individuelle planer for samme person uavhengig av hverandre i ulike tjenester. Innføringen av et nytt nettbasert system for IP vil kunne løse flere slike administrative utfordringer. Forutsetningen er at systemet tas i bruk av samtlige instanser i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Systemet vil sikre at individuelle planer utarbeides etter en felles mal. Det kan hentes ut statistiske data direkte fra systemet, og det vil ikke være mulig å opprette flere planer på samme bruker/pasient. Systemet vil også ha funksjoner for å skille mellom aktive og virksomme planer, og planer som er under utarbeiding eller inaktive.

5.4 Hverdagsrehabilitering

Rehabiliteringstiltak i hjemmet eller med utgangspunkt i hjemmesituasjonen vil få en stadig viktigere plass i fremtiden. Befolkningmessige forhold (”eldrebølgen”) med store utfordringer med hensyn til kapasitet og økonomi tilsier en slik utvikling. Samtidig er det klare faglige holdepunkter for at dette er fordelaktig. I et brukerperspektiv medfører dette at tjenestetilbudene skal endres slik at deltakelse og egeninnsats styrkes. For helse- og omsorgstjenestene medfører dette et endret fokus fra pleie og omsorg til rehabilitering og brukermedvirkning. Flere bydeler og kommuner er i gang med slike tiltak basert på Fredericia-modellen. Hverdagsrehabilitering har i hovedsak vært beskrevet og utviklet for eldre brukere. Det finnes enkelte rapporter som drøfter metoden i forhold til bruk hos yngre med rehabiliteringsbehov og sammensatte lidelser.

Rehabiliteringstiltak og trening i eget hjem vil ha en åpenbar nytte og overføringsverdi for mestring og selvhjelpenhet. Imidlertid har arbeidsmetoden også sine begrensninger, og vil fra et tjenesteperspektiv være mindre effektivt, med stikkord som individbasert oppfølging og reisetid.

Det kan derfor være fordelaktig å kombinere tiltak i hjemmet med dagtilbud som dagsenter eller dagrehabilitering. Forflytting ut fra hjemmet vil medføre en ytterligere aktivisering av brukeren, og gjennom et dagtilbud kan viktige gruppe- og sosialiseringaspekter oppnås. Fra et tjenesteperspektiv kan det være mer effektivt å gjennomføre tiltak for en gruppe på et dagsenter.

Innsatsteam eller andre tverrfaglige spesialiserte team kan være hensiktsmessige for å gi en styrket innsats for brukere i en utsatt situasjon, for eksempel etter utskrivning fra sykehus. Imidlertid er det neppe hensiktsmessig at slike team skal utgjøre hovedinnsatsen i den hjembaserte rehabiliteringen. Samfunnsutviklingen tilsier et økende behov, slik at det vil være viktig at arbeidsformene som er drøftet her innarbeides bredt i de hjembaserte tjenestene.

5.5 Rehabilitering i institusjon

Rehabiliteringsopphold i institusjon har hatt en sentral plass i helse- og omsorgstjenesten. I årene fremover vil antagelig betydningen av slike tjenestetilbud reduseres, i lys av utviklingen beskrevet ovenfor med rehabiliteringstiltak i hjemmet og dagtilbud. Gjennom

bydelsintervjuene ble det opplyst om flere uheldige erfaringer med rehabiliteringsopphold i institusjon. Det ble beskrevet pasientforløp preget av institusjonalisering og passivering, og tiltak i institusjon med liten overføringsverdi til hjemmesituasjonen. I mange tilfeller måtte rehabiliteringen ”starte på nytt” når brukeren ble utskrevet fra institusjon til hjemmet. Flere bydeler ønsket å sette inn sterkere innsats for at pasient/bruker skal utskrives direkte til hjemmet fra sykehus og med styrket oppfølging fra innsatsteam eller annen hjembasert tjeneste.

Samtidig vil institusjoner fortsatt ha en plass i mange rehabiliteringsforløp. En del pasienter har et helsemessig utgangspunkt og/eller gjennomgår sykehusbehandling som medfører at det vil være svært vanskelig med utskrivning direkte til hjemmet. Brukerne har også bo- og hjemmeforhold som i ulik grad kan tilrettelegges for hjemmerehabilitering. En utvikling i retning av kortere oppholds- og liggetider i sykehus taler også for et mer omfattende behov ved utskrivning.

For personer med sjeldne tilstander eller funksjonshemninger, sammensatte behov og spesielle utfordringer, kan opphold i spesielle institusjoner med spesialisert kompetanse ha stor betydning. Her vil også brukerne i større grad ha mulighet til å dele erfaringer med andre i tilsvarende situasjon. Et eksempel på dette kan være tilrettelagte opphold i institusjon med særlige tiltak for personer som har gjennomført amputasjon.

5.6 Samarbeid og samhandling

En god rehabiliteringsprosess forutsetter samarbeid mellom mange aktører, et godt samarbeid mellom tjenesteytere, og god samhandling innenfor og på tvers av forvaltningsnivåene. I mange henseende vil et vellykket rehabiliteringsforløp gjenspeile samhandlingsreformens intensjoner i praksis. Dette omfatter også en tydeligere forankring for de fleste brukerne i kommunehelsetjenesten.

Innenfor førstelinjetjenesten har fastlegen en sentral rolle som behandler og koordinator. Fastlegen har i liten grad vært gjenstand for omtale i denne oppgaven. Dette skyldes at oppgaven har fokus på system og organisatoriske forhold. Gjennom bydelsintervjuene er det fremkommet at fastlegene i varierende grad deltar i tverrfaglig samarbeid og lokale rehabiliteringstiltak. Variasjonen synes i all hovedsak knyttet til den enkelte fastleges innstilling og prioritering, og gjenspeiler i mindre grad variasjon relatert til diagnoser eller

brukergrupper. Noen fastleger deltar aktivt i prosessene, mens andre er nærmest helt fraværende. Tilsvarende erfaringer er gjort i andre sammenhenger når det gjelder fastlegers deltakelse i tverrfaglig samarbeid. En tydeligere forpliktelse til involvering og samarbeid med fastlegen vil være ønskelig.

Det medisinske perspektivet går også utover den enkelte fastleges ansvarsområde. Undersøkelsene i bydelene viser at det med noen få unntak ikke er etablert rutiner for medisinsk rådgivning på systemnivå i rehabiliteringstiltakene. I noen bydeler er dette en oppgave for samfunnsmedisineren (kommuneoverlege/bydelsoverlege), mens andre benytter fastlege i bistilling for å ivareta medisinsk faglig rådgivning. Med økende antall brukere og ansvar for mer kompliserte rehabiliteringsforløp i kommunene, kan det være hensiktsmessig at det formaliseres en rolle for medisinsk systemansvar.

5.7 Oppsummering

Sentrale styringsdokumenter, planer og lovverk har fremhevet rehabilitering som et prioritert område for helse- og omsorgstjenesten. Denne oppgaven viser likevel at fagområdet er ulikt utformet i bydelene. Selv om forskjeller i kvantitative data dels kan tilskrives forskjeller i registrering og rapportering, kan dette ikke alene forklare resultatene. Bydelene er forskjellige med hensyn til helsemessige utfordringer, og vil derfor ha ulike behov. For noen bydeler vil det være mer nærliggende å prioritere tiltak for barn og unge, og gjerne gjennom et samarbeid mellom utdanningssektoren og helse- og omsorgstjenestene. Andre bydeler opplever størst utfordring i tjenestetilbudet til eldre.

Forskjeller i helseutfordringer vil ha betydning for hvilke tiltak som prioriteres. Samtidig er det også risiko for at tjenester som ikke anses som strengt lovpålagte gis lavere prioritet enn tjenester som oppleves mer presserende. Personer med sammensatte behov, og som ikke nødvendigvis faller innenfor en definert brukergruppe eller fagområde, vil derfor stå i fare for å få et dårligere tjenestetilbud. I gruppen yngre voksne personer med sammensatte behov kan flere falle i en slik kategori, slik også Riksrevisjonens rapport har påpekt. For denne brukergruppen vil styrking av systemansvar med koordinering og eventuelt individuell plan være viktige forutsetninger for gode tiltak og samarbeid.

Litteraturliste

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet (2007-2008): Stortingsproposisjon nr 1, kapittel 9: Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011
- 2 Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009): Stortingsmelding nr 47: Samhandlingsreformen
- 3 Helse- og omsorgsdepartementet (2010-2011): Melding til Stortinget nr 16: Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015
- 4 Helsedirektoratet (2009): Habiliteringstjenesten for voksne, IS-1739
- 5 Oslo kommune (2010): Rusomsorgen i Oslo kommune, Bystyremelding 1/2010
- 6 Helse- og omsorgsdepartementet (2011): Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. Ikrafttredelse 1.1.2012.
- 7 Helse- og omsorgsdepartementet (2011): Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. Ikrafttredelse 1.1.2012.
- 8 Helse- og omsorgsdepartementet (2011): Lov om spesialisthelsetjenesten mm. Ikrafttredelse 1.1.2001.
- 9 Helsedirektoratet (2009): IPLOS Rettleiar for personell i kommunale helse- og sosialtenester, IS-1112
- 10 Helsedirektoratet (2006): ICF - Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse, IS-0354
- 11 COPM: Canadian Occupational Performance Measure, norsk oversettelse (2009), Ergoterapeutene, www.netf.no
- 12 Helsedirektoratet (2007): Individuell plan - veileder til forskriften, IS-1253
- 13 ACOS Individuell Plan: www.acos.no
- 14 Helsedirektoratet (2012): Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, IS-1947
- 15 Helsedirektoratet (2011): Undersøkelse og rehabilitering i kommunene, IS-0343
- 16 Riksrevisjonen (2011-2012): Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten, Dokument 3:11
- 17 Helsedirektoratet (2009): Prioriteringsveileder, Fysikalsk medisin og rehabilitering, IS-1712
- 18 Helsedirektoratet (2012): Samdata spesialisthelsetjenester, IS-2009
- 19 Kunnskapsdepartementet (1998): Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (opplæringsloven). Ikrafttredelse skoleåret 1999/2000
- 20 Arbeidsdepartementet (2005): Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv

- (arbeidsmiljøloven). Ikrafttredelse 1.1.2006
- 21 Oslo kommune (2000): Kommunal plan for habilitering og rehabilitering i kommunehelsetjenesten i Oslo 2001-2004
 - 22 Oslo kommune (2012): Handlingsplan for mennesker med funksjonsnedsettelse - rullering 2012-2013
 - 23 Områdeplan rehabilitering (2012): Oslo sykehusområde
 - 24 Helse Sør-Øst, nettside, www.helse-sorost.no/pasient/rehabilitering
 - 25 Oslo kommune: Samhandlingsarena Aker, nettside: www.byradsavdeling-for-eldre-og-sosiale-tjenester.oslo.kommune.no/samhandlingsarena_aker
 - 26 Helse og omsorgsdepartementet (2011): Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder
 - 27 Helsebiblioteket, nettside: www.helsebiblioteket.no
 - 28 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, nettside: www.kunnskapssenteret.no
 - 29 CHARM: Research Centre for Habilitation and Rehabilitation Models & Services, Universitetet i Oslo, nettside: www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/charm
 - 30 Helsedirektoratet (2010): Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, IS-1688
 - 31 Kunnskapssenteret (2010): Behandling av pasienter med akutt hjerneslag i slagenheter (med og uten tidlig støttet utskrivning). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Rapport nr 18-2010, ISBN 978-82-8212-354-8
 - 32 Kunnskapssenteret (2010): Behandling og rehabilitering av pasienter med hjerneslag. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Notat, ISBN 978-82-8121-387-6
 - 33 Pia Kürstein Kjellberg, Rikke Ibsen, Jakob Kjellberg: Fra pleje og omsorg til rehabilitering, erfaringer fra Fredericia kommune. Dansk Sundhedsinstitut, publikation 9-2011, ISBN 978-87-7488-682-2
 - 34 Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering (2012): Rapport ved prosjektgruppe Hverdagsrehabilitering i Norge
 - 35 Helsedirektoratet (2012): Undersøkelse om rehabilitering i kommunene - erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø, IS-0365
 - 36 Statistisk sentralbyrå, KOSTRA (kommune-stat-rapportering), nettside: www.ssb.no/kostra
 - 37 Oslo kommune, Oslostatistikk, nettside: www.utviklings-og-kompetanseetaten.oslo.kommune.no/oslostatistikken

Vedlegg

Vedlegg 1: Tjenesteavtale 1: Koordinerte tjenester

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Liste over kontaktpersoner

Tjenesteavtale 1- koordinerte tjenester

Avtalen omhandler samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

1. Partene

Tjenesteavtalen er inngått mellom Oslo kommune og X helseforetak/sykehus

2. Bakgrunn og rettsgrunnlag

Tjenesteavtalen inngår som en del av Samarbeidsavtalen mellom Oslo kommune og X helseforetaket/sykehuset av 01.02.2012. Tjenesteavtalen har sitt rettsgrunnlag i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 6-2 nr.2, og lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1e annet ledd.

3. Formål

Formålet med avtalen er å sørge for at det eksisterer gode og forpliktende samarbeidsrutiner og samarbeidsarenaer. Pasienter med behov for koordinerte tjenester skal oppleve å være involverte og ha reell innflytelse i saker som omhandler egen behandling og re-/habiliteringsprosess. Tjenestene de mottar skal være sammenhengende og helhetlige.

4. Virkeområde

Avtalen gjelder de delene av helsetjenesten som yter helsehjelp til pasienter med behov for koordinerte tjenester. Avtalen gjelder på områdene somatisk helse, psykisk helse og rus/avhengighet. Avtalen gjelder også for de delene av disse tjenestene som utøver tvang/tilbakeholdelse.

5. Ansvar

Partenes ansvarsområde reguleres av helselovgivningen og av samarbeidsavtalen mellom Oslo kommune og helseforetak/sykehus – Generell del.

Avtalepartene kan ikke love tjenester eller tilbud på vegne av den andre part. Partene skal gi hverandre relevant og oppdatert informasjon og derved sette den andre part i best mulig stand til å iverksette riktig tiltak/ behandling/ tjeneste.

6. Samarbeidsområder

Partene forplikter seg til å:

- Samarbeide om utarbeidelse av retningslinjer om pasientforløp - ”fra hjem til hjem. Partene må vurdere nærmere om det er behov for felles retningslinjer innenfor andre områder
- Utvikle/etablere møteplasser mellom sentrale aktører, som brukerorganisasjoner, habiliterings-/rehabiliteringstjenesten i kommune/bydel og i helseforetak/sykehus.
- Både spesialisthelsetjenesten ved helseforetakene/sykehusene og Oslo kommune ved bydelene skal ha koordinerende enheter. Partene forplikter seg til å etablere et utviklingsforløp for koordinerende enheter i bydelene og i helseforetakene/sykehusene. Som følge av dette utvikles nettverk for koordinatorene
- Utvikle indikatorer for samtlige samarbeidsområder som omfattes av avtalen, i

den hensikt å kvalitetssikre omfang og innhold

- Samarbeide om felles arenaer for pasienter/brukere, pårørende og helsepersonell.

Det vises til tjenesteavtale nr 2 vedr samarbeid om innleggelse og utskrivning.

7. Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner

Partene er enige om at kravet til brukermedvirkning innebærer at uttalelser fra sentralt elderåd og sentralt råd for funksjonshemmede i Oslo og fra helseforetakenes/ sykehusenes brukerutvalg normalt skal tillegges vekt. Det samme gjelder resultat av brukerundersøkelser.

Partene skal legge til rette for reell brukermedvirkning i utviklingen av tjenestene.

8. Evaluering

Partene skal utarbeide system for regelmessig overvåking av at avtalens bestemmelser følges, og bestemmer hvilke tiltak som bør iverksettes for å bedre etterlevelse av avtalen.

9. Reforhandling

Hver av partene kan be om reforhandling av avtalen med 3 mnd. varsel.

10. Virketid

Avtalen gjelder fra inngåelsesdato og gjelder for 1 år om gangen med automatisk videreføring dersom ingen av partene har varslet om ønsket reforhandling.

11. Oppsigelse

Avtalen kan sies opp med ett års varsel.

12. Ikrafttredelse

Avtalen trer i kraft 1.7.2012.

Dato

Dato,

Oslo kommune

Helseforetak/ sykehus

Intervjuguide

BYDEL

Kontaktperson

1) KOORDINERENDE ENHET

Har bydelen koordinerende enhet(er) for habilitering og rehabilitering?

- Ja
- Nei
- Usikkert

Er det en eller flere koordinerende enheter?

Organisatorisk plassering:

- Egen tjeneste - plassert hvor i organisasjonen?
- Søknad/bestiller/vedtakskontor
- Hjembaserte tjenester/hjemmesykepleie
- Bydelsadministrasjon
- Ergo/fysioterapitjeneste
- Enhet for psykisk helse
- Sosialtjenesten/NAV kommune
- Annet:

Består enheten(e) av definerte person(er)?

- Ja, antall personer og ca antall årsverk
- Nei, funksjonen er lagt til tjenestested, ca antall årsverk

Ansvar og oppgaver:

- Systemoversikt, oversikt over tilbud i bydel, kommune og spesialisthelsetjenste?
- Individoversikt, overordnet koordinatoransvar for personer under oppfølging?

2) INDIVIDUELL PLAN OG KOORDINATOR

Forankring på system/bydelsnivå

- Egen habilitering/rehabiliteringstjeneste
- Søknad/bestiller/vedtakskontor
- Hjembaserte tjenester/hjemmesykepleie
- Bydelsadministrasjon
- Ergo/fysioterapitjeneste
- Enhet for psykisk helse
- Sosialtjenesten/NAV kommune
- Annet
- Ingen spesiell forankring på system/bydelsnivå

Bruk av IP som samarbeidsverktøy:

- Habilitering/rehabiliteringstjeneste
- Søknad/bestiller/vedtakskontor
- Hjembaserte tjenester/hjemmesykepleie
- Bydelsadministrasjon
- Ergo/fysioterapitjeneste

- Enhet for psykisk helse
- Sosialtjenesten/NAV kommune
- Fastlegetjenesten
- Andre

3) KOORDINATOR OG ANSVARSGRUPPE

Forankring av koordinatoransvar på system/bydelsnivå

- Egen habilitering/rehabiliteringstjeneste
- Søknad/bestiller/vedtakskontor
- Hjembaserte tjenester/hjemmesykepleie
- Bydelsadministrasjon
- Ergo/fysioterapitjeneste
- Enhet for psykisk helse
- Sosialtjenesten/NAV kommune
- Annet
- Ingen spesiell forankring på system/bydelsnivå

Bruk av ansvarsgruppe som arbeidsform:

- Habilitering/rehabiliteringstjeneste
- Søknad/bestiller/vedtakskontor
- Hjembaserte tjenester/hjemmesykepleie
- Bydelsadministrasjon
- Ergo/fysioterapitjeneste
- Enhet for psykisk helse
- Sosialtjenesten/NAV kommune
- Fastlegetjenesten
- Andre

4) REHABILITERINGSTILTAK I BYDEL

I egen regi eller vedtak/kjøp av tjenester

- Rehabiliteringsopphold i sykehjem
- Opphold i privat rehabiliterings/opptreningsinstitusjon (samarbeid med fastlege)
- Egen ambulant/poliklinisk habiliterings/rehabiliteringstjeneste
- Ergo/fysioterapitjeneste
- Hjembaserte tjenester
- BPA (brukerstyrt personlig assistanse)

5) BRUKERDOKUMENTASJON OG VEDTAK

Vedtak dokumenteres i Gericca?

Brukerjournal i Gericca?

Individuell plan i Gericca eller andre systemer?

Bruk av tjenestetyper i Gericca

- BPA (kode 13)
- Rehabilitering utenfor institusjon (kode 15)
- Dagehabilitering (kode 25)
- Ansvarsgruppe (kode 92)
- Korttidsopphold rehabilitering (kode 40)

6) FUNKSJONSVURDERING OG DIAGNOSEKODER

Brukes: - IPLOS - ICF - COPM

Kontaktpersoner intervjuundersøkelse og datamateriale

Virksomhet	Kontaktpersoner
Bydel Gamle Oslo	Hege Gambo Rangsvåg, enhetsleder Forebygging og rehabilitering
Bydel Grünerløkka	Dario Mardal, avdelingsleder Sinsen hjemmesykepleie Gunhild Angell, seksjonssjef Bestillerenheten
Bydel Sagene	Bente Riise, seksjonssjef Søknadskontoret Inger Lise Myklebust, avdelingsdirektør Helse og sosial
Bydel St. Hanshaugen	Svein-Rune Bjørkmo, fagsjef Helse og Omsorg, Søknadskontoret
Bydel Frogner	Åsa Hassløf, seksjonssjef, leder Bestillerkontoret Maja Kristoffersen, prosjektleder Oscar lokalmedisinske senter Tone Trønnes, fysioterapeut/koordinator for Innsatsteam
Bydel Ullern	Bente Nodland Otto, enhetsleder for Forebygging og rehabilitering
Bydel Vestre Aker	Marianne Ziesler, enhetsleder for Forebygging og rehabilitering
Bydel Nordre Aker	Reidun Feiring, førstekonsulent Søknadskontoret Britt Silvana Dall'Osso, seksjonssjef Myrer Omsorg+
Bydel Bjerke	Marit Hoff, seksjonsleder, Forebyggende tjenester
Bydel Grorud	Ingjerd Østtveit, avdelingsleder, Hjemmetjenesten Stein Kaldahl, førstekonsulent, Avdeling for velferd og sosiale tjenester
Bydel Stovner	Tone Foss Kjærnes, ergoterapeut, Forvaltningsseksjonen Marianne Kristoffersen, fysioterapeut, Innsatsteam
Bydel Alna	Hanne Isaksen, spesialikonsulent, Bydelsadministrasjonen Vibeke Trondal Olsen, seksjonsleder Alna bo- og miljøarbeidertjeneste
Bydel Østensjø	Rita Hjerkin, avdelingsleder, Rehabilitering og omsorg
Bydel Nordstrand	Anne Søbstad, avdelingsleder, Enhet for forebyggende tjenester Torill Sætha, teamleder Innsatsteamet, Enhet for bestiller Kjell Ronny Aasheim, spesialkonsulent, Enhet for bestiller
Bydel Søndre Nordstrand	Guro Elisabeth Lilleås, enhetsleder rehab/helse
Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester	Gro Eilei Bøe, førstekonsulent, Fagsenteret i Gamle Oslo (prosjekt web-basert IP)
Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester	Elisabeth Bøe, spesialrådgiver, Seksjon for pleie og omsorg (Oslostatistikken, tertialrapportering)

Helseetaten	Irene Oksdøl, spesialkonsulent Fagsystemavdelingen Helseetaten (Gericca)
Helseetaten	Inger Marie Hafsten, seksjonsleder Pleie og Omsorg (nettverk rehabilitering)
Sunnaas sykehus	Tom Alkanger, enhetsleder, Sentral enhet Rehabilitering
