



Mestring og medvirkning

Handlingsplan for

habilitering og rehabilitering

i Bergen kommune, 2018-2021



BERGEN
KOMMUNE



Forord

Habilitering og rehabilitering handler om å sette menneskets egne ressurser i sentrum. Det handler om å gi alle muligheten til å oppnå egenmestring og et best mulig funksjonsnivå. Et riktig og godt rehabiliteringstilbud gir nye muligheter til å klare seg selv bedre i hverdagen til tross for sykdom, problemer eller funksjonsnedsettelse. At alle skal kunne leve gode liv i Bergen uavhengig av bakgrunn og livssituasjon er en av grunnpilarene i byrådets plattform. Habilitering og rehabilitering er avgjørende for å oppnå gode og innholdsrike liv for flest mulig. Dette stiller store krav til kunnskap og kompetanse på tvers av mange fagfelt.

Når noen er langvarig syk, enten man er 5, 50 eller 100 år, betyr habilitering og rehabilitering også mye for de som er rundt. Det er viktig for de pårørende at den de er glad får hjelp og at de kan føle seg trygg på at man mestrer hverdagen. God oppfølging gir derfor ofte både trygghet og håp. Ved å få hjelp til å mestre en ny og krevende livssituasjon får man mulighet til å leve det livet man ønsker selv om sykdom eller skade preger hverdagen. I møte med tjenestene skal en enkeltes egne behov, ressurser og mål være utgangspunktet. Dette tilrettelegger for brukeren som aktiv medspiller og ikke bare en mottaker av hjelp.

Regjeringen foreslår i Nasjonal opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering å bevilge 200 millioner kroner i stimuleringsmidler til en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering i 2017. Videre foreslås det å øke stimuleringsmidlene til 300 millioner kroner innen 2019. Et viktig mål er at brukere skal få mest mulig oppfølging i hjemkommunen; i eget hjem, barnehage eller skole.

Med denne handlingsplanen vil byrådet konkretisere sin satsing på habilitering og rehabilitering. Byrådets mål er mer mestring og medvirkning for den enkelte. Dette gjør vi gjennom 22 konkrete tiltak som skal sikre bedre samordnet innsats og helhetlig ivaretagelse av den som trenger det, kunnskapsbasert tjenesteutvikling og ta i bruk gode digitale løsninger som gjør tilbudet mer tilgjengelig for brukerne. Teknologi vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet, men Bergen kommune har nå flere års erfaring med teknologi og nye digitale løsninger som virkelig kan bidra til økt trygghet og selvstendighet både for brukeren og for bekymrede pårørende.

Flere stortingsmeldinger har de siste årene pekt på behovet for å styrke kompetanse og kunnskapen i og om de kommunale helse og omsorgstjenestene. Noe av målsetning i den nasjonale opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering er at kommunene skal settes i stand til å kunne overta flere oppgaver. Byrådet mener det er viktig at Bergen kommune har en god kunnskapsutvikling innenfor habilitering og rehabiliteringsfeltet til det beste for innbyggerne, og har derfor foreslått flere tiltak som skal bidra til bedre kompetanse innen mestring og forskning på viktige områder.

Habilitering og rehabilitering er en av de viktigste bærebjelkene i en fremtidsrettet helse- og omsorgstjeneste, og byrådet ser frem til å styrke tilbudet til byens innbyggere.

Byråd for helse og omsorg,

Vigdis Anita Gåskjenn

Innhold

1.0 INNLEDNING	4
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Presiseringer og avgrensninger	7
1.3 Begrepsavklaring- habilitering og rehabilitering	9
2.0 KOMMUNENS ANSVAR OG OPPGAVER	10
2.1 Forholdet mellom spesialisthelsetjenestens og kommunens ansvar og oppgaver	10
2.2 Behov for habilitering og rehabilitering i Bergen	11
2.3 Sentrale aktører i habilitering og rehabilitering	12
3.0 TILTAK FOR STYRKETHABILITERING OG REHABILITERING	20
3.1 Mestring og medvirkning	20
3.2 Samordnet innsats i gode forløp	22
3.3 Kunnskapsbasert tjenesteutvikling	30
3.4 Digitale løsninger for bedre mestring	32
4.0 ØKONOMISKE KONSEKVENSER AV HANDLINGSPLANENS TILTAK	34

1.0 INNLEDNING

Mange innbyggere lever med sykdom og redusert funksjonsnivå av ulik grad. For å lære å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse har noen behov for koordinert og langvarig bistand.¹ Habilitering og rehabilitering er tjenester spesielt rettet mot personer med funksjonsnedsettelse og behov for langvarige og sammensatte helsetjenester. Målet er å bidra til at også mennesker med funksjonsnedsettelser og sykdom skal kunne fungere godt og oppleve mestring, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Kommunene har etter hvert fått en viktigere rolle i å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Hovedtyngden av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet skal gis av brukernes hjemkommune, mens spesialisthelsetjenesten gir tilbud i kortere perioder. Brukerne skal kunne bo hjemme så lenge som mulig og få helsetilbud så nært hjemmet som mulig.

Det overordnede målet med denne handlingsplanen er at kommunens innbyggere skal motta helhetlige og kunnskapsbaserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester som støtter opp under mestring, brukermedvirkning og deltakelse. Hovedgrepene er å etablere nye tiltak, arbeidsformer og gode forløp som støtter opp under dette. Bergen kommune vil fremme en *ny brukerrolle*², der brukernes egne behov, ressurser og mål i større grad skal være styrende for tjenestene. Brukerne skal være aktivt deltakende i rehabiliteringen, og deres og pårørendes erfaringer skal brukes i forbedringsarbeid og videre utvikling av tjenestene.³

Helse- og omsorgstjenestene i kommunen er, som i andre kommuner, under økende press. Dette gjør det nødvendig å organisere tjenestene slik at ressursene i størst mulig grad når brukerne. Gode digitale løsninger og hensiktsmessig organisering er noen verktøy kommunen kan ta i bruk i møte med disse utfordringene. For å sikre at de viktigste tiltakene blir iverksatt i planperioden (2018- 2021) vil følgende tiltak prioriteres:

Vel hjem –helhetlige forløp. Bergen kommune vil styrke habiliterings-, rehabiliterings- og mestringperspektivet i ulike overganger. Målet er at bruker skal ha et forløp uten unødvendige brudd og forsinkelser, og at brukers funksjons- og mestringsevne forbedres og opprettholdes over tid. Dette skal gjøres ved å utvikle helhetlige forløp og styrke kapasiteten rundt oppfølging i ulike overganger, for eksempel ved utskriving fra sykehus til eget hjem.⁴

Ressursentre for habilitering og rehabilitering. Bergen kommune vil utvikle ressursentre som fungerer som faglige tyngdepunkt for habilitering og rehabilitering. Disse skal være pådrivere for arbeidet på feltet og bidra med habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse i den øvrige helse- og omsorgstjenesten. I planperioden skal det utredes hvordan ressursentre skal innrettes for å komme brukerne best mulig til gode.

1 Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

2 Utvikling av en ny brukerrolle i helse- og omsorgstjenesten- en beskrivelse av suksessfaktorer (2016), Folkehelseinstituttet

3 §4 Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011)

4 Ett av kommunens satsingsområder som del av moderniseringsprogrammet Smart omsorg er *Bo lenger hjemme*. Flere tiltak knyttet til *Bo lenger hjemme* vil bli utdypet i kommende plan for eldre hjemmeboende personer.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Bergen kommune vil styrke og videreutvikle koordinerende enhet. Koordinerende enhet skal bli mer synlig og lettere tilgjengelig. Brukere som har langvarige og/ eller sammensatte behov, skal få tilbud om individuell plan (IP)⁵ og koordinator⁶. Ansatte skal få systematisk opplæring, slik at de blir trygge i rollen som koordinator og kjent med verktøyet IP.

Utforming av planen

Planprosessen ble gjennomført våren 2017 med en plangruppe satt sammen av fagfolk fra ulike etater og tjenesteområder som jobber med forebyggende helsetjenester, behandling, habilitering og rehabilitering. 20. april 2017 inviterte Byrådsavdeling for helse og omsorg til et planseminar med bred deltakelse fra ulike faggrupper, brukerrepresentanter, etater og sektorer. Her kom det viktige innspill som har dannet grunnlaget for utformingen av planen. Det var deltakelse fra Helse Bergen, Fylkesmannen og Bergen kommune med Byombudet, kommuneoverlege, alle seks etater i Byrådsavdeling for helse og omsorg, Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering og Byrådsavdeling for barnehage, skole og idrett. Det har vært jevnlig dialog med Eldrerådet og Kommunalt råd for funksjonshemmede i planprosessen. I tillegg har det vært egne møter med Byombudet, der representanter fra ulike interesseorganisasjoner deltok på ett av møtene. I etterkant av høringen har det også vært innkalt til møte med plangruppen og representanter fra Eldrerådet og Kommunalt råd for funksjonshemmede for å drøfte og diskutere innspillene fra høringsprosessen.

Utover i planen er det presentert illustrasjoner med utvalgte tilbakemeldinger fra innbyggere som er hentet fra evalueringer og kartlegginger av brukere og pårørendes opplevelse av kommunens habiliterings- og rehabiliteringstjenester⁷. Illustrasjonene er ment som en påminning om hva som kan være viktig for den enkelte.

Foto: Håvard Holme



5 Individuell plan er et verktøy og en metode for sikre at bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Individuell plan skal sikre brukers medvirkning og innflytelse og styrke samarbeid mellom bruker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne på tvers av fagområder, nivåer og sektorer (Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator 2015)

6 Koordinator er en tjenesteyter som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet samt framdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinator oppnevnes i forbindelse med individuell plan, men skal også tilbys selv om vedkommende takker nei til individuell plan (Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator 2015)

7 Evalueringsrapportene *Utprøving av hverdagsrehabilitering i Bergen kommune* (2015) og *Utprøving av hverdagsrehabilitering i Bergen kommune, halvtidsevaluering an andre prosjektperiode* (2017), Brukerundersøkelse i ergo- og fysioterapitjenesten Bergen kommune (2015), *Pårørendes roller i rehabilitering* (2012)

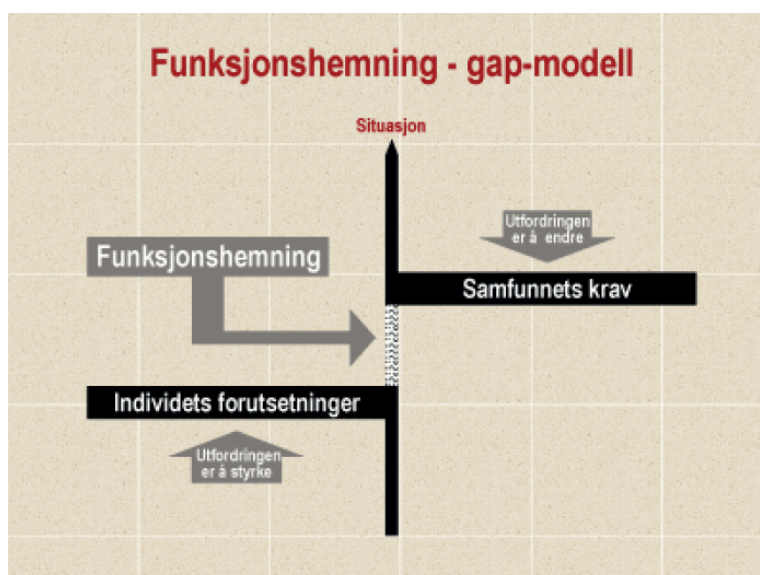
1.1 Bakgrunn

Handlingsplanen legger til grunn at innbyggerne i Bergen kommune skal ha et likeverdig tilbud uavhengig av bosted, alder, kjønn, etnisitet, forutsetninger og behov. Prinsippet om likeverdighet forstås slik at tilbudet er likeverdig når mennesker med funksjonsnedsettelse har samme sjanse til å nå de målene som er realistiske for han/henne som for andre.⁸ Bergen kommune tar utgangspunkt i brukernes funksjon og behov, og ikke i diagnose, alder og boform.^{9 10} Handlingsplanen bygger på sentrale prinsipper og overordnede krav og anbefalinger til tjenesteyting innen re-/habilitering.^{11 12}

Handlingsplanens tilnærming og tiltak bygger på en relasjonell forståelse av funksjonshemming. Funksjonshemming ses her på som summen av de aktivitetsproblemer som oppstår på grunn av et misforhold/gap mellom personens forutsetninger og de krav som omgivelsene stiller på områder der personen vil delta. Omgivelsenes krav kan være både av fysisk eller holdningsmessig karakter.¹³

Aktivitetsproblemene illustreres i Gap-modellen i Fig 1.

Fig. 1: Gap-modellen



Kilde: St.meld nr. 40 2002-2003 Nedbygging av funksjonshemmende barrierer

Sammenhengen mellom funksjon, funksjonshemming og helse utdypes nærmere i WHO sin bio-psyko-sosiale begrepsmodell¹⁴ der funksjonshemming ses på som et resultat av forholdet mellom personen, helsetilstanden og de fysiske og sosiale omgivelsene.¹⁵ Dette kan illustreres med følgende eksempel: En person som får en sykdom/skade kan ha vansker med å utføre enkelte aktiviteter som for eksempel å gå til butikken. Funksjonsnedsettelsen kan også begrense muligheten til å delta i arbeid, familie- eller fritidsaktiviteter. Miljøfaktorer kan være både hemmende og fremmende for muligheten til å være aktiv og deltakende. Eksempelvis kan en bygning uten heis være en negativ miljøfaktor, mens ulike tekniske hjelpemidler kan være positive miljøfaktorer. Hvis arbeidsgiver tilrettelegger for fleksible arbeidsforhold, vil personen kanskje kunne fortsette i jobben

8 Helsedirektoratet (2015). Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator

9 Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste. – nærhet og helhet

10 Helsedirektoratet (2015). Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator

11 §1 Forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011)

12 Helsedirektoratet (2015). Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator

13 Lie I. 1989. Rehabilitering. Prinsipper og praktisk organisering. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

14 ICF, International classification of functioning and health (Wourld Health Organisation 2001)

15 Østensjø S., Sjøberg H.L. (2012). ICF som begrepsapparat og klassifikasjonssystem» i Solvang og Slettebø (red.), Rehabilitering

sin. I tillegg vil personlige faktorer som motivasjon, livsstil m.m. ha betydning.

Brukers mulighet for å mestre hverdagen og å delta sosialt og i samfunnet avhenger av mange faktorer. I re-/habiliteringsarbeid er det derfor nødvendig å se på funksjon i et utvidert helseperspektivet, utover det tradisjonelt medisinsk- diagnostiske. Re-/habilitering skal ha et helhetlig blikk på faktorer som hemmer og fremmer aktivitet og deltakelse for den enkelte, noe som forutsetter tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid. Re-/habilitering omfatter derfor også tiltak utenfor helse- og omsorgstjenesten som for eksempel NAV, barnehage, skole, kultur og fritid.

1.2 Presiseringer og avgrensninger

Som beskrevet i forrige kapittel bygger denne planen på en relasjonell tilnærming og samspillet mellom ulike faktorer som påvirker muligheten til å være i aktivitet og å delta i samfunnet. På grunn av kompleksiteten og bredden i fagfeltet har det i planen vært nødvendig å gjøre noen avgrensninger, som presenteres i dette kapitlet. For å sikre et bredest mulig helhetlig perspektiv må denne planen derfor ses i sammenheng med kommunens øvrige planer på tvers av etater og byrådsavdelinger.

Denne handlingsplanen omhandler ikke tjenester til personer med re-/habiliteringsbehov som primært skyldes rusproblemer og/eller psykisk sykdom, da dette omhandles i andre kommunale planer^{16 17}. Likevel vil det være personer som tilhører planens målgruppe som i tillegg har utfordringer knyttet til psykisk helse og/eller rus. For disse personene er det særlig viktig med samordnet og samtidig innsats fra flere etater og sektorer. Dette er noe planen vil komme nærmere inn på.

Kommunen tilbyr en rekke helsefremmende og forebyggende tjenester¹⁸ som ikke omtales i handlingsplanen, men som likevel kan være en del av et helhetlig re-/habiliteringsforløp. Universelt forebyggende arbeid, inkludert universell utforming, er sentralt i folkehelsearbeidet og har betydning for muligheten til deltakelse sosialt og i samfunnet, men omfattes ikke direkte av denne handlingsplanen. Helsefremmende og forebyggende tiltak og oppfølging av barn og unge, også de med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer, ivaretas i hovedsak gjennom hjelp fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten¹⁹, fastleger, Barne- og familiehjelpen, PPS m.fl. Det er foreslått flere tiltak for denne gruppen i planen «Bergens barn- byens fremtid».²⁰

Unge og voksne i yrkesaktiv alder har ofte re-/habilitering med utdanning og arbeid som målsetting. Sentrale føringer peker på behovet for å samordne innsatsen fra arbeids- og velferdsforvaltningen og helsetjenesten bedre.²¹ Arbeidsrettet rehabilitering behandles i begrenset grad direkte i denne handlingsplanen.

Frivillighet er viktig for opplevelsen av mestring og deltakelse i samfunnet og henger tett sammen med det å hente frem den enkeltes ressurser. Denne handlingsplanen vil ikke omhandle temaet frivillighet og re-/habilitering særskilt.

16 Kommende Plan for rusfeltet (2018)

17 Plan for psykisk helse *Gode liv i et inkluderende samfunn* 2016-2020

18 For eksempel forebyggende hjemmebesøk, Senioretrening Sterk og stødig, Trygg på to bein, [Frisklivscentralen](http://www.frisklivscentralen.no), Hoftesterk-treningsgruppe etter hoftebrudd <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/hoftesterk-treningsgruppe-etter-hoftebrudd>

19 Tall fra journalsystemet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Bergen kommune viser at rundt 10% har en funksjonshemming, kronisk eller langvarig sykdom, eller følges opp i samarbeid med, eller av en annen instans enn kommunen.

20 Plan for barn og unge 2016-2026 «Bergens barn- byens fremtid».

21 Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2016)

For målgrupper og tjenesteområder som handlingsplanen ikke omfatter vises det til andre relevante og til dels overlappende kommunale planer som har betydning for den totale innsatsen innen habilitering og rehabilitering:

- Omsorg med kunnskap. Plan for helseinstitusjoner og boliger med heldøgnsbemanning 2016-2030
- Aktiv by - friske bergensere. Folkehelseplan for Bergen kommune 2015 - 2025
- Bergens barn - byens framtid. Plan for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, psykisk helsearbeid for barn og unge og barnevernet i Bergen 2016-2026.
- Gode liv i et inkluderende samfunn. Plan for psykisk helse 2016-2020
- Tilgjengelighetsmeldingen 2006-2017 (bystyresak 139/06)

Andre kommende planer som er relevante:

- Plan for legetjenester
- Plan for universell utforming
- Plan for personer med utviklingshemming
- Plan som omhandler hjemmebaserte tjenester
- Seniormelding
- Plan for rusfeltet
- Handlingsplan for frivillighet i helse og omsorg

1.3 Begrepsavklaring- habilitering og rehabilitering

Denne handlingsplanen legger til grunn følgende definisjon av habilitering og rehabilitering:

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.²²

Denne definisjonen er nå gjenstand for offentlig høring der det foreslås en endring for å synliggjøre at det er brukers mål som skal være styrende, og at habilitering og rehabilitering er prosesser som både kan være tidsavgrenset og av livslang varighet.²³ Mange personer med kronisk sykdom og langvarige og sammensatte behov trenger målrettet innsats over tid for å bevare og bedre funksjon og for å lære seg å leve og mestre livet med funksjonsnedsettelse. De ser på rehabilitering som sin egen mestringsprosess og ikke bare de konkrete tjenestene de mottar.²⁴

Habilitering og rehabilitering har samme definisjon, men retter seg mot ulike grupper. Videre i handlingsplanen brukes i hovedsak samlebetegnelsen re-/habilitering for rehabilitering og habilitering, med mindre det er behov for nærmere presisering og avgrensning.

Målgruppe for habilitering

Habilitering gis til personer med funksjonsnedsettelse som er medfødt eller som de har fått tidlig i livet (i hovedsak før fylte 18 år). Målgruppen kan deles i to kategorier etter alder; barn og unge med behov for habilitering og voksne med behov for habilitering. Brukerne har medisinske tilstander eller kroniske sykdommer som påvirker funksjonsnivå, læringsevne og livskvalitet. Dette kan for eksempel være tidlig ervervede hjerneskader, nevrologiske skader eller sykdommer, utviklingsforstyrrelser, utviklingshemming eller tilstander innen autismespekteret. Kjentegn ved gruppen er at de ikke følger et forventet utviklingsløp.²⁵

Målgruppe for rehabilitering

Rehabilitering gis til personer som har funksjonsnedsettelse på grunn av sykdom eller skade som de har fått senere i livet (i hovedsak etter fylte 18 år). Rehabilitering er preget av re-læring og oppøving av tidligere funksjoner og ferdigheter. Mange må lære å mestre et liv med varige funksjonsnedsettelse og/eller mestringsutfordringer. Målgruppen kan grovt deles i to kategorier etter hvor hovedtyngden av utfordringer ligger; somatisk rehabilitering og rehabilitering innen psykisk helse og rus.²⁶

22 §3 Forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011)

23 Høring- endring av forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator, §3 Definisjon av rehabilitering

24 Andreassen T. A. (2004) »Brukerperspektiv. En annen kunnskap om rehabilitering»

25 Helsedirektoratet (2015). Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator

26 Helsedirektoratet (2015). Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator

2.0 KOMMUNENS ANSVAR OG OPPGAVER

Kommunen har et overordnet ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester for kommunens innbyggere, deriblant sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Kommunen har plikt til å ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE) som skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til brukere med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer.^{27 28} Koordinerende enhet skal blant annet ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og koordinator, være et synlig kontaktpunkt og ta i mot meldinger om behov for habilitering og rehabilitering.

I tillegg har kommunen ansvar for formidling av hjelpemidler og tilrettelegging av miljøet rundt personer med funksjonsnedsettelse. Dette gjelder blant annet rett til individuell tilrettelegging av kommunale tjenestetilbud,²⁹ for eksempel for barn med nedsatt funksjonsevne som går i barnehage og skole.^{30 31}

2.1 Forholdet mellom spesialisthelsetjenestens og kommunens ansvar og oppgaver

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å sørge for at brukere får nødvendig re-/habilitering og helhetlige tjenester. Som for annen helsehjelp, skal hovedtyngden av re-/habilitering skje i nærmiljøet til brukeren, som oftest i hjemkommunen, mens spesialisthelsetjenesten skal bidra med spesialisert kompetanse. Begge parter skal bidra med gjensidig veiledning.

Det er utarbeidet lovfestede samarbeidsavtaler³² som skal være virkemiddel for dialog og ansvars- og oppgavedeling mellom partene. I tillegg har Helsedirektoratet utarbeidet en modell som gir forslag til anbefalinger for ansvars- og oppgavefordelingen.

Tabell 1: Helsedirektoratets anbefalinger i veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator:

Tilbud som bør ytes i kommunene	Tilbud som bør ytes i spesialisthelsetjenesten
<p>Tilbud til pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene, f.eks.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • muskel- og skjelettsykdommer • livsstilssykdommer • lettere psykiske lidelser • diabetes • kols og lungesykdommer. • kreft • rehabilitering i senere fase innen hjerte og kar-sykdommer, herunder hjerneslag • rehabilitering ved mindre omfattende behov etter ortopedisk behandling. 	<p>Rehabilitering av særlig kompleks art, og i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå, f.eks. til pasienter med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • progredierende nevrologiske tilstander • ved betydelige endringer og i akutte faser: • nevrologiske tilstander som CP, hjerneslag med komplekse utfall, spinalskade, traumatisk hodeskade • amputasjoner • multitraumer • sjeldne sykdommer og tilstander
<p><i>Videre anbefales at kommunene styrker tilbudet innen sansetap, læring og mestring og endring av levevaner.</i></p>	<p><i>Tiltak fra spesialisthelsetjenesten må omfatte både utredning, behandling, veiledning og opplæring.</i></p>

Kilde: Helsedirektoratet 2015

27	§3-1 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011)
28	§6 Forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011)
29	§6 Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (2013)
30	§ 19g Lov om barnehager
31	§1-3 Opplæringsloven
32	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, Lov om spesialisthelsetjenester

Helsedirektoratet foreslår at den avgjørende faktoren for hvorvidt re-/habilitering bør foregå i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen er hvilket behov brukeren har for spesialisert medisinsk faglig kompetanse. Videre at tilbud til store brukergrupper som hovedregel skal utvikles i kommunene. Helsedirektoratets forslag til diagnose som kriterium for hvor tilbudet bør gis betyr at oppgave- og ansvarsfordelingen vil være i endring og må tilpasses den aktuelle situasjonen.

Mange brukere innenfor de nevnte diagnosegruppene vil tidvis ha behov for tjenester på begge nivåer. Overgangen fra opphold i spesialisthelsetjenesten til egen kommune kan være en særlig kritisk fase der det kan oppstå brudd og forsinkelser i brukerens re-/habiliteringsforløp.

Da ansvars- og oppgavefordelingen mellom tjenestenivåene ikke er klart definert, ser Bergen kommune det på flere områder som utfordrende å kunne være tydelig på hvilke re-/habiliteringsoppgaver og målgrupper kommunen skal ha ansvar for. I den grad ansvars- og oppgavedelingen skal endres, må det også følges av tilsvarende statlig finansiering og ressursfordeling. Grenseflaten mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er derfor en særlig viktig arena for faglig dialog, ledelse og videreutvikling og finansiering av tjenestene

2.2 Behov for habilitering og rehabilitering i Bergen

Bergen kommune mangler, i likhet med mange andre kommuner, en total oversikt over behovet for re-/habiliteringstjenester.^{33 34} Det føres ingen samlet statistikk over antall personer med funksjonsnedsettelse i Norge, men anslagene varierer fra rundt 10 til 30 % av befolkningen.³⁵ Kommunen har ingen totaloversikt over hvor mange personer som har individuell plan og koordinator. Dette skyldes at tjenestene har ulike fagsystem som i liten grad gir mulighet til å registrere individuell plan og koordinator. På landsbasis har 13,6 % av brukere med vedtak om habilitering og rehabilitering i hjemmet individuell plan, men innsamlet data tyder på at enda flere hadde hatt nytte av dette.³⁶

2017 hadde Bergen kommune 278 000 innbyggere, men befolkningen øker i antall og det blir flere eldre. Tabell 2 viser hvordan befolkningen fordeler seg på ulike aldersgrupper, og hvordan SSB forventer at situasjonen vil være i 2040.³⁷

Tabell 2 - Fordeling av Bergens befolkning på aldersgrupper i 2017 og 2040

	2017		2040		Endring 2017–2040	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Vekst (%)
0-5 år	19 604	7,0	21 728	6,6	2 124	10,8
6-15 år	30 898	11,1	33 552	10,2	2 654	8,6
16-23 år	30 139	10,8	31 378	9,5	1 239	4,1
24-66 år	161 032	57,8	180 930	55,1	19 898	12,4
67-79 år	25 373	9,1	38 268	11,6	12 895	50,8
80 år og eldre	11 510	4,1	22 794	6,9	11 284	98,0
Totalt	278 556	100	328 650	100	50 094	18,0

Kilde: SSB statistikkbank (tabell [07459](#) og tabell [11168](#)). Beregninger: Bergen kommune.

Tabellen viser at det kan forventes nær en dobling av antallet personer over 80 år og ca. 50 % flere personer i alderen 67 til 79 år. Særlig i perioden 2023 – 2040 er det estimert en sterk vekst i alders-

33 «Kommunane sitt tilbud om habilitering og rehabilitering», Resultat fra spørjeundersøking gjennomført i 2015, Fylkesmennene i Rogaland, Sogn og Fjordane og Hordaland

34 Helsedirektoratet (2014). Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering

35 Knudsen, A. H. (2008, 1.10): Hva er funksjonshemming.

36 Nasjonale kvalitetsindikatorer Helsedirektoratet (2017)

37 SSB er kilde for alle tall i befolkningsomtalen, jf. SSBs statistikkbank (tabell [07459](#) og tabell [11168](#)).

gruppen 80 år og eldre som tradisjonelt har etterspurt kommunale helse- og omsorgstjenester.

De siste tiårene har veksten i etterspørselen etter tjenestene likevel vært størst i aldersgruppen 0-66 år, noe som blant annet både skyldes økt forekomst av kroniske sykdommer med store funksjonsnedsettelse³⁸ og en medisinsk utvikling som gjør at flere overlever alvorlig sykdom og ulykker. For å lære å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse trenger mange av disse brukerne koordinerte tjenester og langvarig bistand.³⁹

For mange innbyggere fører funksjonsnedsettelsen til utfordringer knyttet til det å kunne delta og være aktive i hverdag, skole, jobb og fritid. Tiltak som kan bedre funksjons- og mestringsevnen kan være medisinsk oppfølging og behandling, trening av fysisk, psykososial og kognitiv funksjon, lærings- og mestringstiltak og tilrettelegging gjennom hjelpemidler. Mange har også behov for tilrettelegging av bosituasjon, barnehage og skole, arbeidsdeltakelse, aktiviteter og det sosiale miljøet. Brukernes behov varierer i stor grad med tanke på innhold, omfang og intensitet i oppfølgingen.⁴⁰

⁴¹ For eksempel vil noen ha behov for intensiv og mer spesialisert oppfølging i perioder, mens det i andre perioder er fokus på å lære å mestre livet best mulig med funksjonsnedsettelsen. For å dekke innbyggernes ulike behov for re-/habilitering har kommunen utviklet et variert re-/habiliterings-tilbud som sammen med de øvrige helse- og omsorgstjenestene, andre sektorer (NAV, oppvekst, utdanning, kultur), spesialisthelsetjenesten og frivillige samarbeider om å gi brukerne et best mulig tilbud. Under følger en kort presentasjon av noen av disse tjenestene og aktørene.

2.3 Sentrale aktører i habilitering og rehabilitering

Den enkelte innbygger er den viktigste aktøren i alt samarbeid om habilitering og rehabilitering. Den nye pasient- og brukerrollen, som er beskrevet i primærhelsemeldingen, sier tydelig at: «ingen beslutning om meg, skal tas uten meg som pasient».⁴² Bruker skal være en aktiv og likeverdig samarbeidspart. Brukerens egen erfaring om helse og sykdom er viktig kunnskap, og brukerens egne ønsker skal veie tungt ved valg av behandling.

Pårørende er ofte en svært viktig støtte for brukeren og kan derfor være en ressurs når brukeren selv ønsker det.⁴³ Pårørende kjenner brukeren godt, og har erfaring med hva som kan bidra til å hjelpe. Samtidig må ansatte være bevisst på at pårørende kan ha behov for faglig veiledning, avlastning og støtte. Når alvorlig sykdom rammer en i familien er barna utsatt. Dersom barn som er pårørende ikke blir ivaretatt og møtt med innsikt og forståelse av voksne eller av hjelpeapparatet, kan situasjonen ha negativ innvirkning på hverdagen, sosialt liv og barnets utvikling og helse.⁴⁴

Ergo- og fysioterapitjenesten har særlig kompetanse innen re-/habiliteringsarbeid for brukere i alle aldersgrupper. Brukerne får tilpasset tiltak som blant annet kan innebære behandling individuelt eller i gruppe, trening i dagliglivets aktiviteter, tilrettelegging av bolig og tilpassing av tekniske hjelpemidler. Tiltakene gjennomføres på ulike arenaer som for eksempel skole, barnehage, rehabiliteringsavdeling og i eget hjem og har ofte stor betydning for brukernes mestringsevne og deres mulighet til å delta og være aktive på ulike samfunnsarenaer. Tjenesten er organisert i fire enheter i Etat for helsetjenester og består totalt av 127 årsverk (fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere). I tillegg har kommunen avtale med 165 privatpraktiserende fysioterapeuter (avtalefysioterapeuter) som utgjør en viktig del av kommunens samlede fysioterapitjeneste.⁴⁵ To av fysio-

38 Meld.st.29:32 (2012-2013) Morgendagens omsorg

39 Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

40 HelseDirektoratet (2015), Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator

41 HelseDirektoratet (2017) Kartlegging av helse- og omsorgstjenestetilbudet til voksne med habiliteringsbehov

42 Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste. – nærhet og helhet

43 HelseDirektoratet (2015). Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2015)

44 HelseDirektoratet (2016). Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten.

45 HelseDirektoratet (2016). Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten

rapi-instituttene i Bergen har barn og unge som sin primære målgruppe: Bergen barnefysioterapi⁴⁶ har to avtalefysioterapeuter, mens Stiftelsen Barnas fysioterapisenter⁴⁷ har tre avtalefysioterapeuter og fem fysioterapeuter som er ansatt i stiftelsen.

Frisklivssentralen gir tilbud til mennesker som har økt risiko for å utvikle eller forverre sykdom og som har behov for hjelp til å endre levevaner for å mestre helseutfordringer og hverdag. Tjenesten har i tillegg oppgaver som kompetansesenter og skal etablere nettverk og samarbeid internt i kommunen og med eksterne aktører. Høsten 2016 ble tjenesten godkjent som utviklingssentral i region vest, av Helsedirektoratet.

Fastlegenes diagnostisering, oppfølging og behandling av personer med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer er en viktig del av det samlede kommunale helsetilbudet. Fastlegen har en medisinsk faglig koordineringsrolle, og skal identifisere brukere som har behov for re-/habilitering og delta i arbeidet med å fastsette re-/habiliteringsmål. Fastlegen skal være orientert om brukerens ansvarsgruppe og individuelle plan, og skal i tillegg selv ta initiativ til at det utarbeides IP og utpekes koordinator for egne brukere.⁴⁸ Ved rehabilitering i institusjon overføres ansvaret for allmennlegetjenester til institusjonen den tiden pasienten er der, mens det ved rehabilitering i hjemmet, vil være fastlegen som har ansvaret i hele rehabiliteringsløpet. For brukeren er det viktig at fastlegen og de øvrige helse- og omsorgstjenestene samarbeider godt. Mange kroniske sykdommer vil være kjennetegnet av gradvis eller trinnvise forverringer som til en viss grad kan reverseres. Fastlegens rolle for personer med kroniske sykdommer må være tydelig definert. Fastlegene må være tilgjengelig for diagnostikk og behandling av funksjonsfall, i tillegg til å bidra i brukernes rehabiliteringsprosess.



Foto: Andrew M. S. Buller

46 <http://www.barnefysioterapi.no/>

47 Årsrapport 2016. Barnas Fysioterapisenter og Turbo.

48 §19 Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2013)

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har barn, unge, gravide og foreldre som målgruppe. Formålet med tjenesten er å fremme fysisk og psykisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skader. Tjenesten har en viktig oppgave i å fange opp barn og unge med behov for mer omfattende hjelp og oppfølging for eksempel på grunn av funksjonsnedsettelse, problemer i familien, psykiske plager eller andre sammensatte, langvarige hjelpebehov. Tjenestene er organisert i Etat for barn og familie.

Hjelpemiddeltjenesten i kommunen er inndelt i to tjenester; Hjelpemiddelhuset og servicemannstjenesten som i dag driftes av Etat for hjemmebaserte tjenester. For mange brukere er hjelpemidler nødvendig for å kunne mestre hverdagsaktiviteter, delta i samfunnet og bo hjemme så lenge de ønsker. Totalt leveres det ut ca. 25 000 hjelpemidler pr. år i Bergen kommune. Det er allerede et økt press på det kommunale hjelpemiddelsystemet som følge av demografisk utvikling, økt behov for helse- og omsorgstjenester og kortere liggetid på sykehus. Sentrale føringer peker i retning av at kommunene i større grad skal overta ansvaret på hjelpemiddelområdet⁴⁹.

En kartlegging av hjelpemiddelsystemet i Bergen kommune har identifisert flere utfordringer knyttet til tilgjengelighet, manglende logistikksystem på Hjelpemiddelhuset, utydelig ansvarsfordeling mellom involverte kommunale tjenester, mangelfulle samarbeidsavtaler, mye tid/ressurser brukt på transport samt behov for rask tilgang på hjelpemidler ved utskrivelse fra sykehus til hjemmet⁵⁰. Det er også behov for å videreutvikle samhandlingen med NAV Hjelpemiddelsentralen i Hordaland og spesialisthelsetjenesten for å sikre bedre flyt i formidlingen, særlig gjelder dette de mest brukte basishjelpemidlene. Byrådsavdeling for helse og omsorg har i igangsatt et prosjekt «Smart formidling av hjelpemidler» som skal jobbe målrettet med forbedringer av hjelpemiddelformidlingen.

Hjemmesykepleien har en viktig rolle i å oppdage begynnende funksjonsfall hos hjemmeboende brukere og henvise videre ved behov for utredning og behandling. Hjemmesykepleien skal også kartlegge og vurdere behov for tilrettelegging av brukers hjem, samt motivere og følge opp brukere i rehabiliteringsprosessen med mål om å mestre hverdagen. Ansatte i hjemmesykepleien opplever det som utfordrende å ha tid og mulighet til tidlig kartlegging, motivasjonsarbeid og oppfølging av re-/habiliteringstiltak. Det er over tid jobbet målrettet i Hverdagsrehabiliteringstjenesten for å styrke samarbeidet med hjemmesykepleien rundt felles brukere, samt øke kompetansen om hverdagsmestring i hjemmesykepleien og andre tjenester.⁵¹

Sykehjemmene i Bergen kommune skal benytte 20 % av sykehjems plassene til korttids plasser, inkludert rehabiliterings plasser.⁵² Pr. juni 2017 har kommunen 109 rehabiliterings plasser fordelt på seks kommunale sykehjem, inkludert 25 plasser på Betanien rehabilitering og sykehjem som kommunen har avtale med. I 2016 fikk totalt 804 personer rehabilitering på sykehjem.⁵³ Av disse brukerne ble 80 % skrevet ut til eget hjem etter avsluttet rehabiliteringsopphold.⁵⁴ Kommunens sykehjem har i tillegg korttids plasser der brukere med behov for bedring og vedlikehold av funksjon og tilrettelegging, kan få tjenester som bidrar til at de kan komme hjem og fungere best mulig etter avsluttet opphold.

Tjenester til personer med utviklingshemming ytes i stor grad av Etat for tjenester til utviklingshemmede som har ansvar for drift av bofellesskap, dagsentre og avlastningstilbud. Brukerne har ofte en varig funksjonsnedsettelse og habiliteringsbehovet vil derfor vare livet ut, og denne tjenesten har derfor et særlig fokus på habilitering der målet er best mulig selvstendighet og del-

49 En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling- for økt deltakelse og mestring. Høring vår 2017

50 Prosjektrapport. Forprosjekt 5.2.2 Forbedret hjelpemiddelsystem smart omsorg, Bergen kommune (2017)

51 Arbeidet med å styrke mestring, faglighet og tillit i hjemmetjenestene skal videreutvikles i planperioden, og vil være et viktig tema i kommende plan som omhandler hjemmebaserte tjenester

52 Byråds sak 12/09 Bergen kommune

53 Inklusiv Betanien rehabilitering og sykehjem

54 Statistikk fra ergo- og fysioterapitjenesten i Bergen kommune, eksklusiv Betanien rehabilitering og sykehjem

takelse. Tjenesten gir oppfølging og tilrettelegging på flere livsområder, herunder eksempelvis bolig, aktivitet og sosialt miljø, samt oppfølging av somatisk og psykisk helsetilstand. I tillegg skal tjenesten sikre at brukerne får nødvendige helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og støttekontakt m.m.⁵⁵

Byrådsavdeling for barnehage, skole og idrett

Barnehage, skole og SFO er de viktigste daglige arenaene for barn og unge. Barn og unge med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom har rett til et individuelt tilpasset og likeverdig tilbud som bidrar til en meningsfull oppvekst uansett funksjonsnivå. Skolen skal organisere og tilrettelegge opplæringen slik at den er inkluderende overfor alle elever. De som har behov for individuell tilrettelegging og oppfølging i barnehage og skole får tilbud fra blant annet Kompetansesenter for læringsmiljø og de pedagogisk psykologiske sentrene (PPS). I tillegg har kommunens idrettsavdeling ulike tilrettelagte aktivitets- og idrettstilbud for personer med nedsatt funksjonsevne.

Bergen Voksenopplæring er fra 2016 organisert i to avdelinger : skole og avdeling kompetansesenter. Skoledelen arbeider med grunnskole for alle voksne med rettigheter etter Opplæringslovens §4A . Videre bidrar ansatte i skoledelen med logopedisk/ spesialpedagogisk kompetanse til grunnskolen i kommunen. Kompetansesenteret bidrar i kommunens re-/habiliteringsarbeid overfor voksne med behov for logopedisk og synsfaglig kompetanse. Kompetansesenteret er pr. august 2017 bemannet med sju logopeder og to synspedagoger som gir tjenester til voksne personer med kommunikasjons-, syns- og svelgvansker. Disse tjenestene er for mange brukere helt nødvendige tiltak i re- og habiliteringsprosessen. Pr. 2017 er kapasiteten i synspedagog- og logopedtjenestene i Bergen kommune tilfredsstillende. Kompetansebehov og omfang på tjenesten vurderes fortløpende med tanke på kommunens alderssammensetting og demografi. Organiseringen av tjenesten skal vurderes med tanke på å sikre mer helhetlige brukerforløp, dette er i tråd med nasjonale anbefalinger.⁵⁶

Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering (BBSI) har ansvar for NAV-kommune, tjenester for voksne knyttet til rus- og psykiske lidelser og arbeid med integrering, inkludering og områdesatsning i utvalgte levekårsoner. Det er svært viktig med godt kjennskap og samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og tjenestene i BSBI for å sikre helhetlige tjenester og forløp for personer med sammensatte og langvarige behov.

Frivillige aktører består av et mangfold av organisasjoner, lag og foreninger som på ulike måter bidrar og legger til rette for at personer med ulike funksjonsnedsettelse får mulighet til å være aktive, oppleve mestring og delta sosialt og i samfunnet. I 2017 ble det ansatt to frivillighetskoordinatorer i Etat for hjemmebaserte tjenester og en i Etat for alders- og sykehjem. Koordinatorene skal utvikle frivillighetsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten.

55 Statusmelding for tjenester til utviklingshemmede i Bergen kommune, 2016 Byråds sak 151/17

56 Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering etter hjerneslag (høringsutkast 2017)

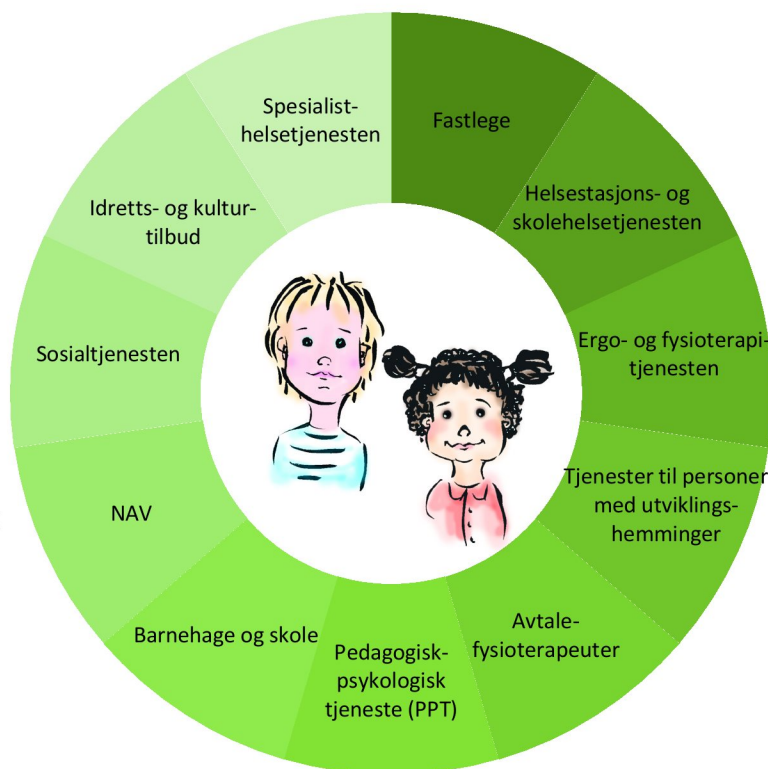
2.3.1 Habiliteringstjenester for barn og unge

Barn og unge med funksjonsnedsettelse skal ha mulighet for å oppnå og beholde størst mulig selvstendighet, inkludering og deltakelse på alle livets områder.⁵⁷ Mange av brukerne og deres familier har behov for tverrfaglige og tverrsektorielle tjenester helt fra småbarnsalder til voksen alder, eller hele livet. Det er snakk om samarbeid mellom fastleger, helsestasjon- og skolehelsetjeneste, ergo- og fysioterapitjenesten, tjenester til personer med utviklingshemming, avtalefysioterapeuter, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), barnehage/skole, NAV, sosialtjenesten og idretts-/kulturtilbud m.fl. Sentrale samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten er Barne- og ungdomsklinikken deriblant Habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU), Psykisk helsevern barn og unge (PBU) inkludert Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). I tillegg kan Statped, som er et statlig spesialpedagogisk støtte-system, være en aktør.

Samarbeids- og koordineringsutfordringene er annerledes og ofte mer kompleks for barn og unge med langvarige og sammensatte behov enn for voksne brukere med tilsvarende behov. Overganger mellom ulike livsfaser (for eksempel fra ungdom til ung voksen) og arenaer (for eksempel fra videregående skole til dagtilbud) er særlig kritiske faser.

Barn og unge med funksjonsnedsettelser har ofte behov for tjenester fra helse- og skolesektoren samtidig, Sektorene har ulike oppgaver og ansvar, men har felles mål om at barn og unge med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta i samfunnet på lik linje med jevnaldrende. Mange foreldre opplever samarbeidet og koordineringen med hjelpeapparatet som krevende og belastende. Et fragmentert tjenesteapparat gjør det ofte vanskelig for barn og familier å vite hvor de kan finne riktig hjelp. De etterspør større helhet og kontinuitet i erfaringsoverføring og tiltak på ulike arenaer som barnehage, skole, hjem og avlastning.⁵⁸ Det er behov for en tydeligere avklaring av tjenestenes roller, funksjon og ansvar, for eksempel gjelder dette når barn og unge har behov for helserelaterte tiltak i barnehage og skole. For barna og familien er det viktig å ha størst mulig kontinuitet i oppfølgingen, og at verktøy som ansvarsgrupper, koordinator og IP benyttes for å få til en målrettet og samordnet innsats.

Tidlig og tverrfaglig behovskartlegging er nødvendig for å kunne iverksette tiltak som kan øke egenmestring og utsette eller redusere hjelpebehovet.⁵⁹ Også når det bare foreligger en antakelse om et mulig behov skal dette følges opp.⁶⁰ For barn og unge krever dette at helsestasjon, skolehelsetjeneste, fastlege samt barnehage og skole bidrar til å avdekke og henvise videre for utredning og



Illustrasjon: Annette Servan

57 Helsedirektoratet (2015). Barn og unge med habiliteringsbehov- samarbeid mellom helse – og omsorgssektoren og utdanningssektoren

58 Helsedirektoratet (2014). Rapport Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering

59 Rundskriv nr. I-5/2017 Om å utrede potensialet for rehabilitering: Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler at kommunene i sin saksbehandling utreder rehabiliteringsbehov og -potensiale, før det iverksettes permanente tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne.

60 §7 og §12 Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator

kartlegging.⁶¹ Mangelfull kompetanse og systemer for tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling kan for eksempel medføre sen diagnostisering av personer med underliggende psykisk utviklingshemming eller autismespekterdiagnose.⁶²

Omsorgen, støtten og oppdragelsen fra foreldre og nær familie betyr mest for barns utvikling og livskvalitet, og familieperspektivet må vektlegges ved tilpasning av tjenestene. Dette innebærer å se familien som helhet og fange opp behov hos de øvrige familiemedlemmene. Foreldre til barn med kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse vil ofte måtte forholde seg til mange hjelpeinstanser, og deres bekymring og innsats kan for mange bli langvarig og påvirke hele familielivet. Foreldre som ikke får den hjelpen de trenger kan oppleve manglende anerkjennelse som en tilleggsbelastning.⁶³ Barn og unge med langvarige og sammensatte helse- og omsorgsbehov og deres foreldre kan trenge veiledning (for eksempel gjennom tilpassede lærings- og mestringstilbud), avlastning og botiltak. Dette omtales nærmere i planen «Bergens Barn, byens fremtid» og kommende Plan for personer med utviklingshemming.

Illustrasjon: Annette Servan



2.3.2 Habiliteringstjenester for voksne

Voksne personer med habiliteringsbehov er en sammensatt gruppe med svært ulike behov, både knyttet til innhold, omfang og intensitet i oppfølgingen. Funksjonsnedsettelsen vil imidlertid oftest være varig og habiliteringsbehovet vil derfor vare livet ut. Brukerne bor i bofellesskap, i samlokaliserte boliger, i foreldrehjem eller i selvstendige leiligheter. Habiliteringstiltakene skal bidra til å fremme mestringsevne og understøtte brukerens innsats for best mulig funksjonsevne, selvstendighet og deltakelse.⁶⁴ Viktige samarbeidspartnere i habiliteringsarbeidet er blant annet Etat for tjenester til utviklingshemmede, fastleger, kommunale helsetjenester, NAV, sosialtjenesten, idretts- og kulturtilbud og arbeidsmarkedsbedrifter. Sentrale samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten er Habiliteringstjenesten for voksne (HAVO), Distriktpsikiatrisk senter (DPS) m.fl.

Bergen kommune har, i likhet med et flertall av norske kommuner⁶⁵, i liten grad lagt til rette for et tverrfaglig, målrettet og tidsavgrenset rehabiliteringstilbud for voksne personer som både har et habiliteringsbehov (for eksempel grunnet medfødt utviklingshemming) og et rehabiliteringsbehov (grunnet ervervet skade/sykdom). En lignende utfordring gjelder personer med rehabiliteringsbehov som har omfattende vansker knyttet til psykisk helse og/eller rus. Det er behov for å utrede og etablere en helhetlig strategi for å sikre likeverdige rehabiliteringstjenester for disse brukergruppene.

61 Helsedirektoratet (2017). Kartlegging av helse- og omsorgstjenestetilbudet til voksne med habiliteringsbehov.

62 Helsedirektoratet (2015). Barn og unge med habiliteringsbehov. Samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand

63 Billington, I. (2006). Velkommen til verden- en veileder til foreldre som har fått barn med spesielle behov

64 Helsedirektoratet (2017). Kartlegging av helse- og omsorgstjenestetilbudet til voksne med habiliteringsbehov

65 Helsedirektoratet (2017). Kartlegging av helse- og omsorgstjenestetilbudet til voksne med habiliteringsbehov

2.3.3 Rehabiliteringstjenester for voksne og eldre

Kommunen har ulike rehabiliteringstilbud i og utenfor institusjon for voksne og eldre personer.⁶⁶ Sentrale samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten for kommunens rehabiliteringstjenester er ulike avdelinger i Helse Bergen og Haraldsplass Diagonale Sykehus, samt private opptreningsinstitusjoner som har avtale med Helse Vest.

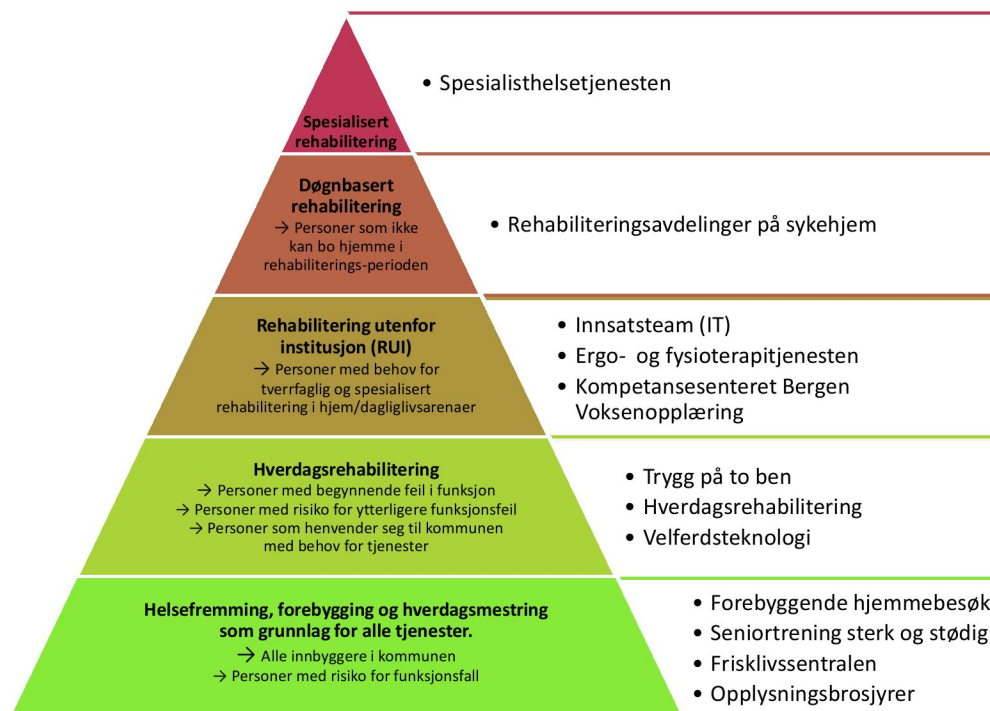
Rehabilitering i institusjon

Tverrfaglig og tidsavgrenset rehabiliteringsopphold gis til personer med behov for oppfølging og rehabilitering hele døgnet. Målgruppen for de kommunale rehabiliteringsavdelingene på sykehjem er i hovedsak personer over 70 år, mens Betanien gir tilbud til personer i aldersgruppen 18- 80 år. Aldersgrensene er ikke absolutte, men sees i sammenheng med brukerens situasjon og funksjonsevne. Personer med funksjonsnedsettelse på grunn av skade eller somatisk sykdom og samtidige utfordringer knyttet til rus og/eller psykiatri, tilhører Betanien sin målgruppe. Det vurderes imidlertid i hvert enkelt tilfelle hvor man best kan ivareta den enkeltes behov.

Personer i ordinære korttidsplasser og rehabiliteringsplasser har ulike behov og funksjonsevne. Bergen kommune har som mål å sikre rett bruker på rett plass, god utnyttelse av tiden bruker er på rehabiliteringsopphold og trygg overgang for bruker mellom rehabiliteringsavdeling og hjem. Det er utarbeidet rutiner for å sikre god flyt i brukerforløp og riktig bruk av rehabiliteringsplassene⁶⁷.

Rehabilitering utenfor institusjon

Rehabilitering utenfor institusjon omfatter alle rehabiliteringstiltak som gjennomføres for hjemmeboende personer; enten i brukers hjem, nærmiljø eller i kommunens lokaler. Det gjennomføres en solid innsats av ulike tjenester som bidrar inn i brukerens re-/habiliteringsprosess (se aktører som er beskrevet i pkt. 2.5.1). I tillegg har kommunen mer spesialiserte tverrfaglige team; Innsatsteam og Hverdagsrehabiliteringsteam, som har rehabilitering som sin kjernevirksomhet.



Kilde: Fritt etter Kristiansand kommune (2013)

66 Metodebok for rehabilitering Bergen kommune (2016)

67 Metodebok for rehabilitering Bergen kommune (2016)

Innsatsteamene er et resultat av et samarbeidsprosjekt mellom Bergen kommune og Helse Bergen.⁶⁸ Kommunens fire Innsatsteam er organisert i ergo- og fysioterapitjenesten og gir tverrfaglig rehabilitering til personer med hjerneslag, traumatisk ervervet hodeskade og multippel sklerose (MS). Hvert team består av en sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut. Innsatsteamene jobber etter prinsippet Early Supported Discharge (ESD) som innebærer å bistå bruker i å mestre overgang og en ny hverdag, for eksempel mellom sykehus og hjem. Arbeidsmetoden har vist god effekt med tanke på bedre funksjonsnivå, redusert sykehjemsbehov og kortere liggetid i institusjon, sammenlignet med tradisjonell oppfølging og rehabilitering.⁶⁹

Hverdagsrehabilitering er innført som en byomfattende tjeneste fra september 2017 på bakgrunn av et to-årig utprøvningsprosjekt med positive resultater.⁷⁰ Tjenesten består pr. 2017 av tre team og er organisert i Etat for hjemmebaserte tjenester. Hvert team består av en sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut og fire hjemmetrenere, samt en fast saksbehandler i hver forvaltningsenhet. Målgruppen er hjemmeboende voksne og eldre personer som har vansker med å mestre hverdagen på grunn av begynnende funksjonsfall, og som henvender seg til kommunen med behov for kommunale tjenester. Tjenesten kjennetegnes av tidlig tverrfaglig innsats der hjemmet brukes som trenings- og læringsarena, i tett samarbeid og integrasjon med hjemmetjenestene.⁷¹ Tjenesten bygger på det helsefremmende og rehabiliterende tankesettet hverdagsmestring som vektlegger den enkeltes ressurser og mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Det overordnede målet med hverdagsrehabilitering er å fremme brukernes funksjons- og mestringsevne i daglige aktiviteter.

68 Slagbehandlingkjeden-Bergen (2009-2011)

69 Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag -høringsutkast (Helsedirektoratet 2017)

70 Evalueringsrapport Hverdagsrehabilitering i Bergen (2015)

71 Tuntland H., Ness N. I. (2014) Hverdagsrehabilitering

3.0 TILTAK FOR STYRKETHABILITERING OG REHABILITERING

Det overordnede målet med denne handlingsplanen er at kommunens innbyggere skal motta helhetlige og kunnskapsbaserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester som støtter opp under mestring, brukermedvirkning og deltakelse.

For å nå målsettingene vil Bergen kommune gjennom denne planen foreslå 21 tiltak innenfor fire hovedområder 1) *Mestring og medvirkning*, 2) *Samordnet innsats i gode forløp* 3) *Kunnskapsbasert tjenesteutvikling* 4) *Digitalisering som støtter egenmestring*. Tiltakene berører ansvarsområdene til flere byrådsavdelinger og det skal etableres et systematisk samarbeid mellom ansvarlige byrådsavdelinger for å sikre forankring og fremdrift.

3.1 Mestring og medvirkning

Bergen kommune ønsker å fremme en ny brukerrolle der brukeren er aktivt deltakende i egen re-/habiliteringsprosess. Dette innebærer å ta brukernes egne ressurser i bruk på nye måter, med økt fokus på mestring i hverdagslivet og med utgangspunkt i den enkeltes behov, ressurser og mål. Begrepet "empowerment" er ofte brukt for å utdype viktige perspektiver i medvirkning, og kan oversettes med myndiggjøring eller «å gjøre sterk». Dette er en ressursfokuset tilnærming der fagpersonene bidrar til å bevisstgjøre og styrke den enkelte brukers ressurser, ferdigheter og kompetanse slik at brukeren kan få nytte sitt potensial. Empowerment handler også om å endre den tradisjonelle maktrelasjonen mellom bruker og tjenesteyter. En slik arbeidsform innebærer å la brukerne definere sine behov, samt bistå den enkelte i å finne de beste løsningene i sin egen re-/habiliteringsprosess.⁷²

Bergen kommune vil at ansatte skal møte innbyggere som har nedsatt funksjons- og mestringsevne med spørsmålet «Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?» heller enn «Hva trenger du hjelp til?»⁷³. En slik positiv forventning til egenmestring kan, for eksempel for en eldre person med nylig hoftebrudd, åpne for at personen fortsetter med å være en aktiv medspiller i motsetning til å være en mottaker av hjelp.⁷⁴

For å få dette til ønsker Bergen kommune å øke de ansattes kompetanse innen hverdagsmestring, endringsmetodikk (for eksempel Motiverende intervju) og kultursensitivitet. Brukerens koordinator har et særlig ansvar for å sikre at brukers rett til medvirkning blir ivaretatt, og derfor bør koordinatorens kompetanse styrkes. Verktøy som støtter opp under brukermedvirkning skal anvendes der dette er hensiktsmessig. I tillegg til individuell plan kan dette for eksempel være en kunnskapsbasert fagprosedyre om hvordan koordinator kan styrke brukermedvirkning ved utarbeidelse av mål i individuell plan.⁷⁵

Bergen kommune vil jobbe mer systematisk med hvordan den enkelte bruker og pårørende involveres i å vurdere behov og bestemme hvilke tiltak som skal settes i gang. Brukerne skal være aktive og likeverdige deltakere. Den enkeltes familie og nettverk skal trekkes med i re-/habiliteringsforløpet og ved behov få tilbud om faglig veiledning, avlastning og støtte. Dette innebærer at man hele tiden må vurdere pårørendes behov for støtte og være særlig oppmerksom på pårørende som er i

72 Helsedirektoratet (2015). Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator

73 Ness. N. I. m.fl. (2012)Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering

74 Utvikling av en ny brukerrolle i helse og omsorgstjenesten – en beskrivelse av suksessfaktorer. Notat om kvalitetsutvikling nr. 5. Folkehelseinstituttet

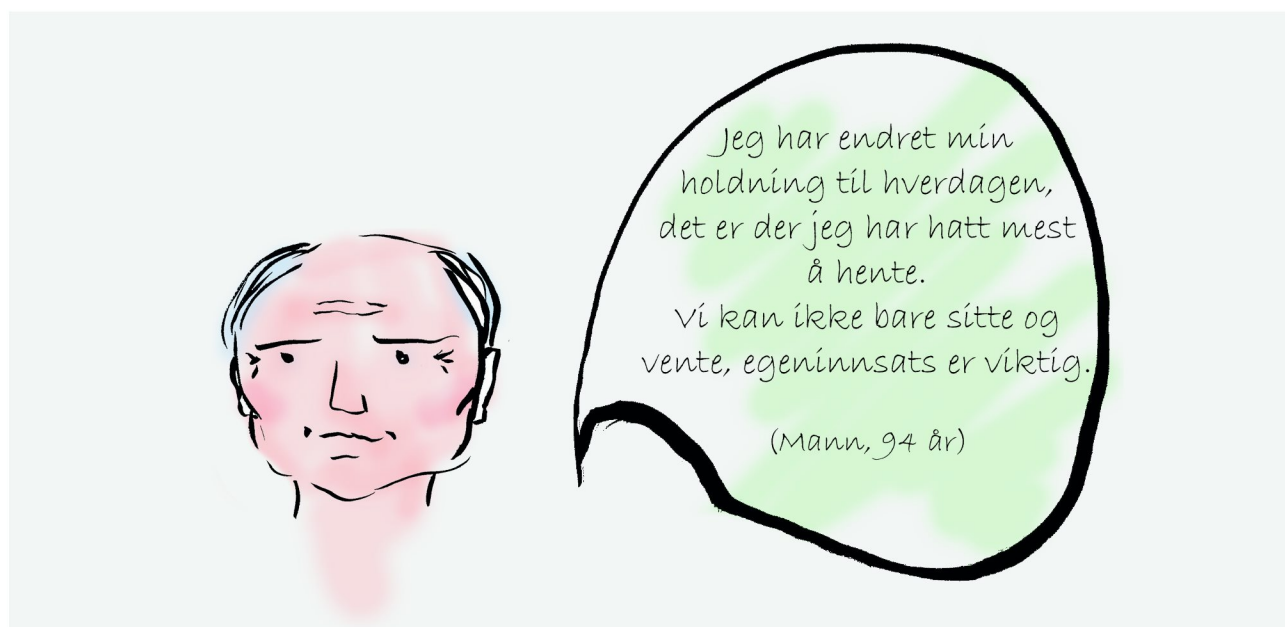
75 Helsebiblioteket fagprosedyre « Individuell plan (IP) i primærhelsetjenesten – hvordan sikre brukermedvirkning ved utarbeidelse av mål». Utarbeidet av ansatte i Ergo- og fysioterapitjenesten i Bergen kommune (2017).

en særlig utsatt situasjon.⁷⁶

For noen brukere og pårørende er det nødvendig med tolk i møte med helse- og omsorgstjenestene⁷⁷. For helsetjenesten er det dokumentert et underforbruk av tolketjenester samt at familiemedlemmer eller andre ukvalifiserte personer benyttes som tolk. Kommunens tolketjeneste skal brukes når det er nødvendig for å gi informasjon og for å sikre at brukeren får forsvarlig helsehjelp.⁷⁸ I tillegg til språklig forståelse er kommunen opptatt av at ansatte skal vise kulturell sensitivitet i møte med brukere og pårørende. Dette innebærer for eksempel at ansatte forstår brukerens syn på sammenhenger rundt sykdom, skade og prognose, og at ansatte og bruker har felles forståelse om hva re-/habiliteringsprosessen innebærer. På den måten vil det styrke forutsetningene for at bruker er aktiv deltaker i egen re-/ rehabiliteringsprosess.

Bergen kommune ønsker åpenhet og deltakelse rundt kommunens tjenester og at befolkningen opplever at deres erfaringer og behov har betydning i utformingen av tjenestetilbudet. Bergen kommune vil utvikle tjenestene sammen med brukere og pårørende, ikke bare for dem. Kommunen vil i større grad legge til rette for og etablere systemer for dialog med brukere og pårørende.^{79 80}

Bergen kommune ønsker å etablere brukerpanel som, i tillegg til brukerundersøkelser, kan være et nyttig verktøy for innhenting av brukertilfredshet og brukerbehov.^{81 82} Brukerpanel kan sammen med samarbeid og dialog med Eldrerådet og Kommunalt råd for funksjonshemmede gi et godt grunnlag for kvalitetsarbeid og utvikling av kommunens helse- og omsorgstjenester.



Illustrasjon: Annette Servan

76 Helsedirektoratet (2017). Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten

77 Dette kan gjelde personer som har begrensede norskkunnskaper, samiskspråklige, døve, hørselshemmede og døvblinde.

78 Helsedirektoratet (2011). Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene

79 §3-10 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

80 § 7e Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016)

81 Brukerpanel som verktøy. På brukernes premisser? Larvik kommune

82 I Helse Bergen sin regi er det etablert et Erfaringspanel med 15 medlemmer innen psykisk helse. Bergen kommune har god nytte av erfaringene som brukerne i panelet formidler.

BERGEN KOMMUNE VIL:

1. Etablere opplæringsprogram for ansatte som jobber med personer med funksjonsnedsettelse og/eller re-/habiliteringsbehov. Programmet innarbeides som en obligatorisk del av kompetanseplanen i aktuelle enheter i etatene, og skal inneholde temaene hverdagsmestring, endringsmetodikk og kultursensitivitet. Effekten av programmet skal evalueres innen 2020.
2. Etablere brukerpanel, tilpasset henholdsvis barn og unge og voksne og eldre, innen juni 2018. Ordningen med brukerpanel skal prøves ut og det skal gjennomføres en grundig vurdering av denne ett år etter oppstart. Det skal ansettes en eller flere erfaringskonsulenter fra 2018 som blant annet skal sikre at brukere og pårørende sine erfaringer blir nyttiggjort i kvalitets- og utviklingsarbeid i kommunens helse- og omsorgstjenester. Erfaringskonsulent(e) får blant annet i oppgave å etablere og drifte brukerpanelene.

3.2 Samordnet innsats i gode forløp

Bergen kommune vil forbedre og samordne den tverrfaglige og tverrsektorielle innsatsen, både internt i kommunen og på tvers av tjenestenivåene. Bergen kommune vil utvikle helhetlige forløp for personer med sammensatte og langvarige behov der re-/habilitering får en tydeligere plass i forløpene. Særlig fokus skal rettes mot å sikre overganger; for eksempel fra ungdom til voksenliv, ved utskrivning fra spesialisthelsetjeneste til kommune og utskrivning fra korttids-/rehabiliteringsavdeling til hjem.

Samordnet og tverrfaglig innsats

Når en person opplever sykdom eller funksjonssvikt er det viktig å kartlegge muligheten for re-/habilitering så tidlig som mulig. Målet er å øke funksjons- og mestringsevnen og å utsette eller redusere hjelpebehovet. Dette krever at tjenestene kommer i gang tidlig i en sykdomsutvikling eller så raskt som mulig etter at behovet for målrettet tverrfaglig innsats er meldt⁸³. Vurdering av risiko for feil- eller underernæring bør gjøres for alle brukergrupper. God ernæringsstatus kan være avgjørende for at brukeren oppnår best mulig effekt av re-/habiliteringstiltakene.

For å lykkes bedre med å fange opp personer med funksjonsfall og mulig behov for re-/habilitering vil Bergen kommune styrke kompetanse og utvikle systemer for tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling. Fastlegene skal i sterkere grad bidra til tidlig identifisering og henvisning til re/habilitering og bidra til helhetlige forløp. Det er også behov for en tydeliggjøring av hvem som er behandlende lege for brukere som har tjenester både fra fastlege og spesialisthelsetjenesten. Kommunen vurderer ulike former for primærhelseteam og oppfølgingsteam der leger og andre faggrupper er samlokaliserte og samhandler tett, i tråd med sentrale føringer.⁸⁴

Byrådsavdeling for helse og omsorg vil i 2017/2018 starte opp et tverretatlig prosjekt Kartlegging og vurdering av nye brukere i hjemmesykepleie og praktisk bistand. Ansatte i hjemmetjenestene skal i møtet med nye brukere arbeide systematisk med kartlegging av brukers ressurser og prøve ut ulike tiltak i nært samarbeid med annet helsepersonell som fastlege, ergoterapeut og fysioterapeut. Tiltak som støtter opp under brukernes egenmestring skal prøves ut før det gjøres vedtak om kompensierende tjenester. Dette skal skje i dialog med bruker. Kartlegging og utprøving vil danne det faglige grunnlaget for enkeltvedtak om tildeling av tjenester. Prosjektet vil gi anbefalinger

83 Tuntland H., Ness N. I. (2014). Hverdagsrehabilitering

84 Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste. – nærhet og helhet

for videreutvikling av arbeidsmodell.

Bergen kommune ønsker å bli bedre på tidlig, tverrfaglig og systematisk kartlegging av barn og unge med funksjonsnedsettelse, da det er viktig å komme i gang med habiliteringstiltak tidlig for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne. Dette krever ofte tverrsektorielt samarbeid og særskilt kompetanse hos tjenesteyterne. Tilbakemeldinger fra brukerrepresentanter og fagfolk peker særlig på barn og unge med autismespekterforstyrrelser som en sårbar gruppe som kan falle mellom flere stoler. For barn og unge er skole, barnehage og SFO viktige arenaer, og det er behov for å bedre samarbeidet mellom helse- og utdanningssektoren rundt barn og unge med funksjonsnedsettelse.

Som et ledd i å styrke tidlig innsats for barn og unge vil Bergen kommune med forankring i planen «Bergens barn- byens fremtid»⁸⁵ opprette lokale flerfaglige ressursentre for barn og unge; Barne- og familiehjelpen. De nye ressursentrene vil blant annet få i oppgave å vurdere henvendelser på en helhetlig og flerfaglig måte med tanke på hjelpebehov, riktige tiltak og behov for samtidig hjelp og ved behov henvise til spesialiserte tjenester. Nært samarbeid mellom Barne- og familiehjelpen og de øvrige kommunale helsetjenestene er her særlig viktig. Det er i 2017 startet et prosjekt som skal utrede ressursentrenes organisering og prioriterte oppgaver nærmere.

Det er også behov for å styrke samarbeidet mellom kommunens somatiske helsetjenester og tjenester innen rus og psykisk helse. For personer med kroniske og sammensatte tilstander som har arbeid som mål for rehabiliteringen påpeker brukere og ansatte betydningen av å få til bedre samtidig og målrettet innsats mellom fastleger, NAV og arbeidsgiver.⁸⁶ Helsetjenester som har fokus på mestring, endringsmetodikk og aktivitet må involveres i større grad for denne målgruppen.

Et virkemiddel for å styrke tverrsektorielt samarbeid er å etablere samarbeidsarenaer og samarbeidsavtaler som involverer relevante aktører, og der tjenestenes roller, funksjon og ansvar tydeliggjøres og gode samhandlingsrutiner etableres.^{87 88}

Bergen kommune har i dag et begrenset rehabiliteringstilbud for unge voksne og voksne personer med sammensatte og langvarige funksjonsnedsettelser, som etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten har behov for videre rehabilitering, tilrettelegging og lærings- og mestringstilbud.

Personer med syns- og hørselstap har ofte behov for rehabilitering for å kunne mestre hverdagen og delta på ulike arenaer, som for eksempel i arbeidslivet. En rekke tjenester kan bidra i disse brukernes re-/habiliteringsprosess: Spesialisthelsetjenesten, Syns- og audiopedagogisk tjeneste (SAPT), Bergen Voksenopplæring, ergo- og fysioterapitjenesten, hørselskontakter, Rådgivningskontor for hørselshemmede og hjemmesykepleien m.fl. Uklar ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunale tjenester og mellom tjenestenivåene gjør at brukere med sansetap opplever brudd og forsinkelser i re-/habiliteringsforløpet. Da behovet for rehabilitering og oppfølging ved sansetap forventes å øke i takt med at antallet eldre innbyggere øker er det viktig å videreutvikle tjenestene til denne målgruppen.

85 Plan for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, psykisk helsearbeid for barn og unge og barnevernet i Bergen 2016-2020 «Bergens barn-byens fremtid»

86 Helsedirektoratet (2014). Rapport Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering,

87 Helsedirektoratet (2015). Barn og unge med habiliteringsbehov- samarbeid mellom helse – og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand

88 Det er foreslått en lovendring som skal styrke skolens plikt til å samarbeide med relevante kommunale tjenester om vurdering og oppfølging av elever med personlige, sosiale og emosjonelle vansker knyttet til opplæringen. I dag er det kun kommunehelsetjenesten og barneverntjenesten som har plikt til å samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer, deriblant skolen.

Personer med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom har ofte behov for råd og veiledning om rettigheter knyttet til familie, jobb og økonomi m.m. Bergen kommune vil styrke fokuset på sosial og psykososial re-/habilitering ved å øke den sosialfaglige kompetansen i kommunens re-/habiliterings- og lærings- og mestringstilbud. Dette skal gjøres ved å ansette to sosionomer i 2017.

For å sikre at brukerne får riktige og nødvendige hjelpemidler til rett tid skal organiseringen av kommunens hjelpemiddeltjeneste videreutvikles. I 2017 er det startet et prosjekt i regi av kommunens Smart omsorg-program som skal tilrettelegge for en forenklet flyt av hyppig brukte hjelpemidler. Målsettingen med prosjektet er å gjøre enkle hjelpemidler mer tilgjengelig for brukere og pårørende, og å forbedre og effektivisere ressursbruken i de kommunale hjelpemiddeltjenestene.⁸⁹

Helsedirektoratet anbefaler at både kommuner og helseforetak sikrer et faglig tyngdepunkt med grunnleggende basiskompetanse innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. En sentral begrunnelse er å sikre robuste fagmiljø og bedre forvaltning av kompetanse.^{90 91} Bergen kommune ønsker å etablere en ny drivkraft innen re-/habilitering. Dette skal gjøres ved å utvikle ressursentre som skal være pådrivere for kommunens re-/habiliteringsvirksomhet, og som kan bidra med kompetanse til den øvrige helse- og omsorgstjenesten i kommunen når de trenger det. Helsedirektoratet anbefaler at de faglige tyngdepunktene knyttes til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, og eventuelt tjenesteytende enheter og/eller team. Et koordinert samarbeid med fastlegene er også sentralt. Målet er å fremme god utnyttelse av den samlede tverrfaglige kompetansen i Bergen kommune.

Ansvar for læring og mestring er delt mellom spesialisthelsetjenesten⁹² og kommunehelsetjenesten,⁹³ og er regulert i tjenesteavtalene og i Særavtale om læring og mestring.⁹⁴ Spesialisthelsetjenesten skal i hovedsak gi brukere og pårørende lærings- og mestringstilbud som er relativt korte, intensive og ofte diagnosespesifikke. Kommunen har hovedansvar for å etablere lærings- og mestringstilbud med fokus på forebygging og helsefremming, samt det å leve med langvarig sykdom eller helseutfordringer.



Illustrasjon: Annette Servan

89 Prosjektmandat Smart formidling av hjelpemidler

90 Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

91 Helsedirektoratet (2015). Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator

92 §3-8 Lov om spesialisthelsetjeneste

93 §§3-2 og 3-3 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

94 Særavtale til tjenesteavtale 2,6 og 10 - Samarbeid om opplæring av pasienter, brukere og pårørende i et lærings- og mestringsnettverk styrker samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i arbeidet med opplæring av pasienter, brukere og pårørende.

Bergen kommune vil utrede hvordan kommunens lærings- og mestringstilbud best mulig kan innrettes for å møte ulike brukergruppers behov og inngå som del av brukernes re-/habiliteringsforløp. Som en del av dette skal det vurderes hvordan Frisklivs- og mestringssenterets⁹⁵ målgrupper, organisering og tilbud skal være i fremtiden.

BERGEN KOMMUNE VIL:

3. Styrke tidlig identifisering av mulig habiliteringsbehov for barn og unge, og utvikle bedre brukerforløp for barn og unge og deres pårørende. Dette skal utvikles som en del av oppfølging av planen Byens barn-Bergens fremtid, og kommende plan for tjenester til utviklingshemmede. I tillegg skal kapasiteten økes med flere ergoterapi- og fysioterapiårverk.
4. Inngå forpliktende samarbeidsavtaler mellom Byrådsavdeling for helse og omsorg og Byrådsavdeling for barnehage, skole og idrett og Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering. Dette gjelder for målgruppene:
 - 1) barn og unge med samtidig behov for tjenester fra helse, barnehage og skole
 - 2) voksne personer med vansker knyttet til rus/psykisk helse og samtidig behov for re- /habilitering
5. Kartlegge hvordan kompetanse og kapasitet innen kommunal ergoterapi- og fysioterapitjeneste for barn og unge best kan benyttes og inngå i helhetlige brukerforløp. Dette skal gjennomføres i samarbeid mellom Helse Bergen (for eksempel Habiliteringsenheten for barn og unge, Energisenter for barn og unge), avtalefysioterapeuter og kommunal ergo- og fysioterapitjeneste.
6. Logoped- og synspedagogressursene ved kompetansesenteret til Bergen Voksenopplæring skal knyttes tettere til kommunens øvrige re-/habiliteringstjenester.
7. Forbedre samordnet innsats og brukerforløp for personer med sansetap, internt i kommunen og i samarbeid med Helse Bergen.
8. Utrede hvordan tverrfaglige ressursentre kan innrettes for være kraftsentre innen kommunen re-/habiliteringsvirksomhet. Tilbudet skal være etablert innen utgangen av planperioden.
9. Forbedre samordnet innsats for personer med omfattende kognitiv svikt som følge av ervervet og/eller traumatisk hjerneskade. Innen utgangen av 2018 skal det gjennomføres et innledende forprosjekt som skal utrede behov og innhold i tilbudet, i samarbeid med Helse Bergen v/ Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering.
10. Styrke og videreutvikle kommunens lærings- og mestringstilbud for barn, unge og voksne som kan ha nytte av dette som del av sin habilitering og rehabilitering. Dette skal gjøres gjennom å styrke tjenesten med 4 årsverk med blant annet klinisk ernæringsfysiolog, ergoterapeut og fysioterapeut ⁹⁶

95 Det er i 2017 igangsatt en utredning om hvordan Frisklivsentralen kan videreutvikles til et Frisklivs- og mestringssenter.

96 Tilbudet skal utvikles sammen med Helse Bergen og Haraldsplass Diakonale Sykehus.

Helhetlige forløp -Vel hjem

Bergen kommune vil i planperioden styrke satsningen på *Bo lenger hjemme* der målet er at innbyggerne skal kunne bo hjemme så lenge de ønsker. For å få dette bedre til er det behov for en satsning på tiltak som støtter opp under brukernes egenmestring og som sikrer gode brukerforløp, uavhengig av om brukerne har hjemmetjenester eller ikke. Dette kan for eksempel være brukere som ikke er i målgruppen for hverdagsrehabilitering eller Innsatsteamene, men som trenger tilrettelegging og oppfølging for eksempel ved utskrivning fra korttidsopphold til eget hjem.

Vel hjem er en samlebetegnelse for tiltak som skal styrke re-/habiliterings- og mestringsspektivet i ulike overganger for voksne og eldre brukere. Målet er at brukere skal få et forløp uten unødvendige brudd og forsinkelser, og at den enkeltes funksjons- og mestringsevne forbedres og opprettholdes over tid. For å oppnå dette skal det etableres tverrfaglige arbeidsformer og tiltak som veileder, stimulerer og motiverer til bedring og vedlikehold av funksjons- og mestringsevne. Overganger skal planlegges og tilrettelegges effektivt og med god kvalitet. Bruker og pårørende skal få nødvendig informasjon og føle seg trygg ved overganger.

Ett av tiltakene i *Vel hjem* er utprøvingen *Tverrfaglige tjenester til pasienter på korttid*. Målet er å sikre mest mulig likeverdige og forsvarlige tilbud til alle pasienter som er innlagt på korttidsopphold gjennom gode og helhetlige brukerforløp, med mål om utskrivning til eget hjem. Samarbeid med pårørende skal ha et særskilt fokus. *Vel hjem*-satsingen skal prøve ut en tverretattlig samarbeidsmodell der ergo- og fysioterapeuter blir integrert i det tverrfaglige teamet på korttidsavdelingen ved Fyllingsdalen sykehjem. Hensikten er at brukere med korttidsplass på sykehjem i størst mulig grad får tverrfaglige tjenester som bidrar til bedring og vedlikehold av funksjon, og at overgangen til eget hjem planlegges og tilrettelegges best mulig. Styrket tverrfaglighet i sykehjem er i tråd med satsningen i den kommunale planen *Omsorg med kunnskap*.⁹⁷ Piloten skal gjennomføres i 2017-2018 og evalueringen vil ha betydning for videre implementering. Det skal også vurderes hvordan det tverrfaglige tilbudet ved sykehjemmene kan utvikles for brukere på langtidsavdelingene som har behov for bedring og vedlikehold av funksjon og tilrettelegging.

Kommunen vil utvikle og prøve ut standardiserte re-/habiliteringsforløp for utvalgte brukergrupper. For eksempel er det årlig et stort antall eldre personer som får hoftebrudd, noe som har store konsekvenser for den enkelte og samfunnet.⁹⁸ Standardiserte forløp vil være med på å sikre bedre brukerflyt og bedre utnyttelse av kommunens ulike forebyggende og re-/habiliterende tiltak, noe som vil komme både brukere og kommunen til gode.

97 I Plan for helseinstitusjoner og boliger med heldøgnsbemanning *Omsorg med kunnskap* (2016-2030) er det vedtatt å styrke tverrfaglige ressurser på korttidsavdelinger i sykehjem fra 2018 med psykologer, farmasøyt, frivillighetskoordinator og lege på kveldstid, og fra 2019 med ergoterapeuter og fysioterapeuter.

98 Hektoen L. F. Kostnader ved hoftebrudd hos eldre. Rapport 2014 nr. 3.



vel
hjem

BERGEN KOMMUNE VIL:

11. Satse på Vel hjem for å styrke kommunens innsats i ulike overganger for voksne og eldre personer med nylig funksjonsnedsettelse. I planperioden skal det gjennomføres følgende tiltak:

- Vel hjem –tverrfaglige tjenester til pasienter på korttid: Høsten 2017 er det startet en utprøving av en tverrfaglig samarbeidsmodell ved korttidsavdelingen ved Fyllingsdalen sykehjem. Piloten skal gjennomføres i 2017-2018 og evalueringen vil ha betydning for videre implementering.
- Øke kapasiteten med ergoterapi- og fysioterapiårverk for å sikre raskere og bedre tilbud knyttet til hjemkomst og overganger. Årsverkene vil være knyttet både til oppfølging i institusjon og i hjemmet.
- Utvikle og prøve ut standardisert brukerforløp for eldre personer med hoftebrudd. Piloten skal gjennomføres i 2018-2019.

Bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er styrt gjennom lovverk og tjenesteavtaler. Ansatte kan imidlertid oppfatte tjenesteavtalene som for lite konkrete i enkeltsaker⁹⁹. I tillegg erfares det at nødvendige helseopplysninger ikke alltid er tilgjengelig når bruker skrives ut til kommunale rehabiliteringstjenester, og at informasjonsutvekslingen mellom tjenestenivåene kan oppleves tungvint.

Basert på erfaringer med samhandlingsreformen er det behov for en tydeligere avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom nivåene innen re-/habiliteringsfeltet. Da ansvars- og oppgavefordelingen ikke er klart definert, ser Bergen kommune det på flere områder er utfordrende å være tydelig på hvilke re-/habiliteringsoppgaver og målgrupper kommunen skal ha ansvar for. Bergen kommune mener at i den grad ansvars- og oppgavedelingen skal endres, må det også følges av tilsvarende statlig finansiering og ressursfordeling.

Bergen kommune ser særlig behov for å få avklart ansvaret for personer som etter akutt skade/sykdom (for eksempel traume, hjerneslag, hodeskade) har behov for kompleks, tidlig og intensiv re-/habilitering etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder for eksempel personer med omfattende og sammensatte kognitive vansker der det kreves særlig tett oppfølging og kompetanse. I tillegg gjelder det en rekke andre brukergrupper for eksempel personer med skader eller lidelser i muskel-/skjelettsystemet, kreft, KOLS og lungesykdommer. Dette kan blant annet gjøres med en tydeligere operasjonalisering og finansieringsplan fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Grenseflaten mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er en særlig viktig arena for faglig dialog, ledelse og videreutvikling og finansiering av tjenestene. Dette arbeidet vil kreve forankring i ledelse på alle nivåer¹⁰⁰ og i underutvalgene i samhandlingsstruktu-

99 Helsedirektoratet (2014). Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering,

100 Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

ren mellom Bergen kommune og Helse Bergen. Særlig fokus bør rettes mot å utvikle systematikk for brukerforløp, gjensidig kompetanse- og kunnskapsutveksling, oppgaveløsning og tverrfaglig samarbeid.

Veiledning og ambulant virksomhet fra spesialisthelsetjenesten er virkemidler for å tilføre kommunene nødvendig kompetanse for å sikre at brukere kan bo hjemme og mestre livet med sykdom. Dette kan gjøres gjennom gjensidig hospitering og kompetanseutveksling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune, både på individnivå (knyttet til enkeltbrukere) og på systemnivå. Ambulant virksomhet kan bedre helsetilbudet, gi bedre brukerforløp og effektiv utnyttelse av ressursene for begge tjenestenivå.^{101 102}

Haukeland Universitetssjukehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus og Os, Lindås og Bergen kommune samarbeider om prosjektet Langvarige og koordinerte tjenester (LKT-prosjektet).¹⁰³ Målgruppen i prosjektet er avgrenset til barn og eldre med behov for langvarige, helhetlige og koordinerte tjenester, men ambisjonen er å utarbeide et overordnet rammeverk som gjelder alle bruker- og aldersgrupper (generisk brukerforløp).¹⁰⁴

Bergen kommune er også på andre områder i dialog med Helse Bergen om samarbeid (for eksempel Energisenter for barn og unge, Klinikk på tvers).

BERGEN KOMMUNE VIL:

12. Utvikle og ta i bruk standardiserte og kunnskapsbaserte brukerforløp (inkludert fagprosedyrer) for definerte målgrupper innen habilitering (barn og unge) og rehabilitering, for å sikre helhetlige tjenester i overgangen mellom tjenestenivåene. Arbeidet ses i sammenheng med LKT-prosjektet og handlingsplan for Samarbeidsutvalget for Bergen for 2017-2018.

101 Tjenesteavtale 2 - Retningslinjer for samarbeid knytt til innlegging, utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings- og meistringstilbud for å sikre heilskaplege og samanhengande helse- og omsorgstenester til pasientar som har behov for koordinerte tenester.

102 Tenesteavtale 6- Retningsline for gjensidig kunnskapoverføring, informasjonsutveksling, faglege nettverk og hospitering

103 Prosjektdirektiv Langvarige og koordinerte tjenester (LKT hovedprosjekt)

104 Tilnærmingen er i tråd med tenkningen i primærhelsetjenestemeldingen der en peker på at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ta utgangspunkt i funksjon og ikke diagnose og alder når en skal iverksette tiltak og enkelttjenester.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering og opplæring

I Bergen kommune er ansvaret for Koordinerende enhet lagt til tre forvaltningsenheter i Byrådsavdeling helse og omsorg som ivaretar brukere med primært somatiske vansker. Koordinerende enhet for personer med behov knyttet til rus og psykisk helse er lagt til en forvaltningsenhet i Byrådsavdeling for bolig, sosial og inkludering.

Kommunens koordinerende enhet oppleves av brukere, medarbeidere og samarbeidspartnere som lite synlig. Dette medfører risiko for at brukere og pårørende får for lite bistand og informasjon om mulige re-/habiliteringstjenester, deriblant individuell plan og koordinator.¹⁰⁵ Organiseringen med delt ansvar for henholdsvis somatikk og rus/psykisk helse bidrar til å gjøre tilbudet fragmentert og skaper større koordineringsbehov. En annen utfordring er at Koordinerende enhet er forankret i helse- og omsorgssektoren, men mangler samme legitimitet i for eksempel NAV og opplæringssektoren.¹⁰⁶

Høsten 2017 har Bergen kommune styrket Koordinerende enhet med en systemkoordinator i 100 % stilling som skal utrede og utvikle fremtidig funksjon og organisering av Koordinerende enhet. Målet er å utvikle organisering, samarbeidsstruktur og tydelig lederforankring som sikrer at brukernes koordineringsbehov ivaretas i best mulig grad.

Koordinatorrollen ivaretas i hovedsak av ansatte i kommunens helse- og omsorgstjenester, og da særlig i Etat for helsetjenester og Etat for tjenester til utviklingshemmede. Etat for barn og familie har egne koordinatører for barn og unge med sammensatte og langvarige psykiske helsebehov. Bergen kommune har i dag ikke en systematisk opplæring og veiledning i IP, koordinatorrollen og gjeldende lokale retningslinjer for dette arbeidet. Dette gjør at mange ansatte ikke har kompetanse og trygghet til å ta på seg oppgaven som koordinator. Studier peker på viktigheten av at personell som ivaretar den lovpålagte koordinatorrollen sikres god opplæring og veiledning.¹⁰⁷

Bergen kommune har som ambisjon å etablere felles overordnede retningslinjer for individuell plan og koordinator, og felles opplæringsprogram for ansatte i Byrådsavdeling for barnehage, skole og idrett, Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering og Byrådsavdeling for helse og omsorg.

BERGEN KOMMUNE VIL:

13. Etablere en synlig, velfungerende og tilgjengelig koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Dette skal gjøres gjennom overordnede retningslinjer og samarbeidsavtaler, informasjonstiltak og ved å utvide dagens kapasitet med tre nye systemkoordinatorstillinger i løpet av planperioden.
14. Utvikle et felles opplæringsprogram for kommunens ansatte om Koordinerende enhet, individuell plan og koordinator, med særlig vekt på opplæring av koordinatører. Opplæringen skal være felles for ansatte i Byrådsavdeling for barnehage, skole og idrett, Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering og Byrådsavdeling for helse og omsorg.

105 Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten, Dokument 3:11 (2011–2012)

106 NOU 2016:17 På lik linje

107 Tøssebro, J. (2014) Oppvekst med funksjonshemming

3.3 Kunnskapsbasert tjenesteutvikling

Den faglige omstillingen i arbeidsformer og tilbud som er nødvendig for å sikre gode re-/habiliterings- tjenester krever ny kompetanse og forskningsbasert kunnskap.¹⁰⁸ Det er dokumentert at brukere skrives ut tidligere til kommunen med mer komplekse tilstander,¹⁰⁹ noe som krever at kommunen må øke tverrfaglig og spesialisert kompetanse innen re-/habiliteringsfeltet.

Kompetanseløft 2020 er regjeringen sin plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Planen skal bidra til en faglig sterk tjeneste og til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Bergen kommune jobber med utvikling av en strategisk kompetanseplan innen helse- og omsorgstjenestene som vil bli ferdigstilt i løpet av 2017. Utfordringen i dag er at kompetansetilbudet benyttes i for liten grad og er for lite målrettet. Det bør iverksettes systematiske og strategiske arbeidsgiverstyrte tiltak som styrker rekruttering av motiverte ansatte, og gir mer forutsigbare økonomiske rammer.

Bergen kommune jobber målrettet med kunnskapsbasert tjenesteutvikling innen re-/habiliteringsfeltet. Flere av kommunens re-/habiliteringstjenester er implementert på bakgrunn av forsknings- og utviklingsprosjekt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljø.^{110 111 112} Med bakgrunn i disse gode erfaringene ønsker kommunen å videreføre kunnskapsbasert tjenesteutvikling i årene som kommer.¹¹³

Forskning er et sentralt virkemiddel for å kunne levere kunnskapsbaserte tjenester som best mulig kan hjelpe og støtte innbyggerne. Da Bergen kommune i dag benytter flere ulike journal- og dokumentasjonssystemer som ikke kommuniserer med hverandre, varierer det i hvilken grad man enkelt kan ta ut data og rapporter fra systemene. Kommunen har behov for bedre tilgang til data som grunnlag for statistikk, kvalitetsforbedring, styring, planlegging og forskning innen helse- og omsorgstjenestene¹¹⁴, som for eksempel resultatindikatorer for kvalitetsmåling innen habilitering og rehabilitering.¹¹⁵ Kvalitetsregistre er et viktig virkemiddel for økt kunnskap om effekt av ulike behandlingstiltak.

Bergen kommune har etablert satsingen Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest sammen med regionale fag- og forskningsmiljø og flere omegnskommuner for å styrke forskning, innovasjon og utdanning innen kommunens helse- og omsorgstjenester.¹¹⁶ Gjennom dette samarbeidet vil Bergen kommunen medvirke og tilrettelegge for forskning som kommunen identifiserer som relevant. Bergen kommune ønsker å være en aktiv part i forskning; ikke bare bli forsket på men forske med.¹¹⁷ Det er i dag lite forskningsbasert kunnskap om kommunale re-/habiliteringstjenester på nasjonalt nivå, både når det gjelder omfang, organisering og effekter av ulike tiltak, spesielt sett i et helhetlig brukerforløpsperspektiv.

108 Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

109 Grimsmo, A. Samhandlingsreformen- hva nå?

110 Rapport fra et utviklingsprosjekt. Dag –og oppsøkende rehabilitering. Delprosjekt i Slagbehandlingsskjeden Bergen 2009-2011

111 Trygg på to bein. En prosjektrapport. Ergo- og fysioterapitjenesten i Bergen kommune (2010)

112 Utprøving av hverdagsrehabilitering i Bergen kommune. Evalueringsrapport (2016)

113 Plan for forskning, innovasjon og utdanning for helse- og omsorgstjenesten i Bergen kommune 2016-2019.

114 Et nytt system for enklere og sikrere tilgang til helsedata. Rapport fra Helsedatautvalget 2016-2017.

115 Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

116 Lenke til nettsiden: <https://www.bergen.kommune.no/aktuelt/kunnskapskommunen>

117 Plan for forskning, innovasjon og utdanning for helse- og omsorgstjenesten i Bergen kommune 2016-2019.

Veiledning og kompetansedeling er verktøy som kan bidra til kompetansebygging og bedre samhandling mellom tjenestenivåene. Det vurderes om kommunene også skal få lovfestet veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten¹¹⁸, noe som vil bidra til å likestille tjenestenivåene og synliggjøre at kompetansen i kommunen verdsettes like høyt som kompetansen i spesialisthelsetjenesten. I tillegg til hospitering ved overføring av ansvar for enkeltbrukere, skal partene på systemnivå legge til rette for gjensidige hospiteringsordninger som har et potensielt like stort omfang for spesialist- og kommunehelsetjenesten.¹¹⁹

BERGEN KOMMUNE VIL:

15. Styrke ansatte sin kompetanse i re-/habilitering gjennom satsning på følgende utdanningsløp:
 - a) Fagskole i rehabilitering «Helse, aldring og aktiv omsorg»
 - b) Videreutdanning «Helsefremmende arbeid og rehabilitering for eldre»
 - c) Master i kunnskapsbasert praksis
16. Utvikle og tilby ansatte gjensidig hospiteringsordning mellom relevante re-/habiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
17. Ta initiativ i planperioden overfor relevante forskningsmiljø om felles søknad om eksterne midler (f.eks. Forskningsrådet) på relevante problemstillinger innen re-/habiliteringsfeltet. Relevante forskningsprosjekt er:
 - a) Langtidsoppfølging av slagpasienter
 - b) Evaluering av effekt av ergoterapi/fysioterapiintervensjon på korttidsavdelinger versus rehabiliteringsavdeling for en brukergruppe (f.eks. hoftebrudd)
 - c) Effekt av Innsatsteamets metodikk (voksne slagpasienter)
 - d) Effekt av hverdagsrehabilitering over tid
 - e) Følgeforskning knyttet til brukernes opplevelse av Vel hjem
 - f) Hvordan brukererfaringer kan innhentes og bearbeides for å sikre at brukererfaringer er med i tjenesteutviklingen

¹¹⁸ Prop. 71 L (2016-2017) kap 4. Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten.

¹¹⁹ Tenesteavtale 6 -Retningsline for gjensidig kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling, faglege nettverk og hospitering pkt. 7.3.

3.4 Digitale løsninger for bedre mestring

Gode digitale løsninger kan støtte opp under brukernes individuelle re-/habiliteringsprosess. Tilrettelegging med velferdsteknologi kan bidra til at personer med funksjonsnedsettelse i større grad kan være i aktivitet, vedlikeholde funksjonsevne og oppleve økt trygghet og mestring. For eksempel kan en mobil alarm med GPS¹²⁰ til personer som ønsker å være i utendørs aktivitet, gi mulighet for å varsle og oppnå toveis tale med en avtalt mottaker om de skulle falle eller gå seg bort. Det kan være et viktig bidrag til å styrke eller opprettholde aktivitet og gangfunksjon/balanse og bidra til at brukere med funksjonsnedsettelse kan være mer selvhjulpne og bo hjemme lenger.

Studier viser at det kan være et potensiale i å ta i bruk velferdsteknologi som støtter opp under barn og unges deltakelse og mestring av fritidsaktiviteter og gjøremål i dagliglivet.^{121 122} Den teknologiske utviklingen gir også muligheter for å tenke nye måter å gi helsehjelp, for eksempel veiledet egentrening gjennom videokommunikasjon¹²³, dataspill¹²⁴ og telemedisinske løsninger. Bergen kommune vil legge til rette for utprøving, spredning og innovasjon av denne type velferdsteknologi innen re-/habilitering.

Digital samhandlingstavle kan være et hensiktsmessig verktøy for å bedre informasjonsflyt og samhandling i tverrfaglig arbeid, for eksempel på en rehabiliteringsavdeling. Erfaringer fra en pilot ved et korttidssykehjem viser at løsningen bidro til at de ansatte fikk bedre oversikt over oppgaver og aktiviteter knyttet til de enkelte pasientene.

De ansatte brukte mindre tid på å finne oppdatert informasjon, ta telefoner og annen informasjonsutveksling. Løsningen har også potensial til å bedre pasientsikkerheten da den viser hvilke arbeidsoppgaver som er utført og hva som må følges opp.

Kilde: Bedre pasientflyt og oversikt med samhandlingsteknologi?, Rapport SINTEF IKT 2016

120 GPS er et globalt posisjonssystem som gjør det mulig å spore personer slik at men enkelt kan finne ut hvor man befinner seg.

121 Bruk av velferdsteknologi for å støtte barn og unge med AD/HD og/eller autisme i hverdagsaktiviteter . Rapport SINTEF (2017).

122 Rapport 06-2017. *Velferdsteknologi for barn og unge med funksjonsnedsettelse. Erfaringer med utprøving av velferdsteknologi i kommunene Drammen og Horten.* Nasjonalt senter for e-helseforskning

123 Bruk av videokommunikasjonsteknologi i hverdags- og/eller telerehabilitering. Sykepleien nr. 2 2016

124 <http://forskning.no/forebyggende-helse-fysioterapi-spill-media/2012/02/gaming-gamle>

Bergen kommune satser, i tråd med nasjonale føringer,^{125 126} på teknologiske forbedringer av journal- og datasystemer som vil gjøre det enklere og mer effektivt å samhandle med andre tjenester, og som slik også understøtter tverrfaglig og tverretattlig samarbeid. Kommunen er også en viktig pådriver for satsingen på e-kommunikasjon mellom interne og eksterne tjenester. For eksempel ønsker Bergen kommune som den del av implementering av elektronisk individuell plan å utvikle samarbeid med Helse Vest om bruk av dette verktøyet på tvers av tjenestenivåene. Målet er å ta i bruk digitale arbeidsverktøy som kan forenkle arbeidsprosesser og gi ansatte mer tid til oppfølging av brukerne.



BERGEN KOMMUNE VIL:

18. Gjennomføre ett prøveprosjekt med velferdsteknologi som støtter opp under re-/habiliteringsprosesser for barn og unge. Prosjektet skal være knyttet til barn og unges mestring og deltakelse i fritidsaktiviteter og daglige gjøremål.
19. Innføre elektronisk individuell plan og inngå samarbeid med Helse Vest om bruk av elektronisk IP på tvers av tjenestenivåene.
20. Forbedre interaksjonen mellom ulike journalsystem innad i kommunen og bedre den elektroniske samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens Koordinerende enhet via Vestlandsløftet.
21. Forbedre kvaliteten på aktivitetsdata for habiliterings- og rehabiliteringstjenestene, og utvikle mer tilgjengelige og sammenlignbare styringsdata som grunnlag for utvikling og forbedring av tjenestene.

125 Meld. St. 9 (2012-2013) «Én innbygger – én journal»; en felles, nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester

126 Bergen kommune er referansekommune i "En innbygger- en journal». Dette er en nasjonal satsning innen IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren som skal gjøre slik elektronisk samhandling enklere i fremtiden. Vestlandsløftet er nåværende nasjonale satsning for å styrke elektronisk samhandling.

4.0 ØKONOMISKE KONSEKVENSER AV HANDLINGSPLANENS TILTAK

Stortinget vedtok i Statsbudsjettet (Prop. 1 S) for budsjettåret 2017 å etablere et kommunalt stimuleringsstilskudd på 91 millioner kroner for at kommunene skal omstille sin kompetanse og utvikle re-/habiliteringstjenestene i årene fremover. Dette skal være tilskuddsbaserte midler forvaltet av fylkesmennene, og komme i tillegg til en økning i frie inntekter med 100 millioner på dette området. Bergen kommunes andel av de frie midlene er 4,8 millioner, som også er budsjettert til formålet i vedtatt budsjett for 2017, jf. bystyresak 314-16.

For å få tilgang til tilskuddsmidlene stilles det krav om at kommunene i løpet av 2017 skal ha en oppdatert plan for habiliterings- og rehabiliteringstjenesten. Her må kommunen vise til at en har nødvendig fagkompetanse, særskilt ergoterapikompetanse, siden dette er foreslått som lovkrav fra 2020. I tillegg skal kommunen dokumentere samarbeid med brukerorganisasjoner. 127 Bergen kommune legger nå frem en slik oppdatert handlingsplan for habilitering og rehabilitering.

Tabell 3 viser planens økonomiske konsekvenser fremstilt for hvert satsingsområde, og for handlingsplanen i planperioden. Finansieringen av tiltakene vil være en kombinasjon av statlige tilskudd i forbindelse med den nasjonale opptrappingsplanen og kommunale budsjettmidler i den takt dette bevilges i de årlige budsjetter.

Tabell 3: Økonomiske konsekvenser av tiltak i handlingsplan for habilitering og rehabilitering (2018-2021)

Satsings-området	Nr.	Tiltak	Engangskostnad	Varige driftsutgifter
	1.	Etablere opplæringsprogram for ansatte som jobber med personer med funksjonsnedsettelse og/eller re-/habiliteringsbehov.	6 000 000	
	2.	Etablere brukerpanel tilpasset henholdsvis barn og unge og voksne og eldre, innen juni 2018. Ordningen med brukerpanel skal prøves ut evalueres ett år etter oppstart. Det skal ansettes erfaringskonsulent fra 2018 som bl.a. skal sikre at brukere og pårørende sine erfaringer blir nyttiggjort i kvalitets- og utviklingsarbeid i kommunens helse- og omsorgstjenester. Erfaringskonsulenten får blant annet i oppgave å etablere og drifte brukerpanelene.		750 000
Mestring og medvirkning	sum			750 000
	3.	Styrke tidlig identifisering av mulig habiliteringsbehov for barn og unge, og utvikle bedre brukerforløp for barn og unge og deres pårørende. Dette skal utvikles som en del av oppfølging av planen <i>Byens barn-Bergens fremtid</i> , og kommende plan for tjenester til utviklingshemmede. I tillegg skal kapasiteten økes med flere ergoterapi- og fysioterapiårverk.		3 000 000

	4.	Inngå forpliktende samarbeidsavtaler mellom Byrådsavdeling for helse og omsorg, Byrådsavdeling for barnehage, skole og idrett og Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering for målgruppene: 1) barn og unge med samtidig behov for tjenester fra helse, barnehage og skole 2) voksne personer med vansker knyttet til rus/psykisk helse og samtidig behov for re- /habilitering		
	5.	Kartlegge hvordan kompetanse og kapasitet innen kommunal ergoterapi- og fysioterapitjeneste for barn og unge best kan benyttes og inngå i helhetlige brukerforløp. Gjennomføres i samarbeid mellom Helse Bergen (for eksempel Habiliteringsenheten for barn og unge, Energisenter for barn og unge), avtalefysioterapeuter og kommunal ergo- og fysioterapitjeneste.		
	6.	Logoped- og synspedagogressursene ved kompetansesenteret til Bergen Voksenopplæring skal knyttes tettere til kommunens øvrige re-/habiliteringstjenester.		-
	7.	Forbedre samordnet innsats og brukerforløp for personer med sansetap, internt i kommunen og i samarbeid med Helse Bergen.		
	8.	Utrede hvordan tverrfaglige ressursentre kan innrettes for være et kraftsenter innen kommunen re-/habiliteringsvirksomhet. Tilbudet skal være etablert innen utgangen av planperioden.	150 000	
	9.	Forbedre samordnet innsats for personer med omfattende kognitiv svikt som følge av ervervet og/eller traumatisk hjerneskade. Innen utgangen av 2018 skal det gjennomføres et innledende forprosjekt som skal utrede behov og innhold i tilbudet, i samarbeid med Helse Bergen v/ AFMR.		
	10.	Styrke og videreutvikle kommunens lærings- og mestringsstilbud for barn, unge og voksne som kan ha nytte av dette som del av sin habilitering og rehabilitering. Dette skal gjøres gjennom å styrke tjenesten med 4 årsverk med blant annet klinisk ernæringsfysiolog, ergoterapeut og fysioterapeut		2 500 000
Vel hjem	11.	Vel hjem (nye årsverk ergo- og fysioterapi)		7 500 000
	12.	Utvikle og ta i bruk standardiserte og kunnskapsbaserte brukerforløp (inkludert fagprosedyrer) for definerte målgrupper innen habilitering (barn og unge) og rehabilitering, for å sikre helhetlige tjenester i overgangen mellom tjenestenivåene. Arbeidet ses i sammenheng med LKT-prosjektet og handlingsplan for Samarbeidsutvalget for Bergen for 2017-2018.		
	13.	Etablere en synlig, velfungerende og tilgjengelig koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Dette skal gjøres gjennom overordnede retningslinjer og samarbeidsavtaler, informasjonstiltak og ved å utvide dagens kapasitet med tre nye systemkoordinatorstillinger i løpet av planperioden.		2 250 000

	14.	Utvikle felles opplæringsprogram for kommunens ansatte om Koordinerende enhet, individuell plan og koordinator, med særlig vekt på opplæring av koordinatorene. Ambisjonen er at opplæringen skal være felles for ansatte i Byrådsavdeling for barnehage, skole og idrett, Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering og Byrådsavdeling for helse og omsorg.	1 000 000	
Samordnet innsats i gode forløp		sum		15 250 000
	15.	Styrke ansatte sin kompetanse i re-/habilitering gjennom satsning fagskoleutdanning, videreutdanning og master i kunnskapbasert praksis		
	16.	Utvikle og tilby ansatte gjensidig hospiteringsordning mellom relevante re-/habiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.		
	17.	Ta initiativ i planperioden overfor relevante forskningsmiljø om felles søknad om eksterne midler (f.eks. Forskningsrådet) på relevante problemstillinger innen habilitering- og rehabiliteringsfeltet.		
Kunnskapsbasert tjenesteutvikling		sum		Ekstern forskningsfinansiering
	18.	Gjennomføre ett prøveprosjekt med velferdsteknologi som støtter opp under re-/habiliteringsprosesser for barn og unge. Prosjektet skal være knyttet til barn og unges mestring og deltakelse i fritidsaktiviteter og daglige gjøremål.	500 000	
	19.	Innføre elektronisk IP gjennom programmet Smart omsorg, og inngå samarbeid med Helse Vest om bruk av elektronisk IP på tvers av tjenestenivåene.		-
	20.	Forbedre interaksjonen mellom ulike journalsystem innad i kommunen og bedre den elektroniske samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens Koordinerende enhet via Vestlandsløftet		
	21.	Forbedre kvaliteten på aktivitetsdata for habiliterings- og rehabiliteringstjenesten, og utvikle mer tilgjengelige og sammenlignbare styringsdata som grunnlag for utvikling og forbedring av tjenestene.		-
Handlingsplanen		sum	7 650 000	16 000 000

Referanser

Andreassen T. A. (2004) »Brukerperspektiv. En annen kunnskap om rehabilitering», i Solvang og Slettebø (red.). Rehabilitering. Oslo: Gyldendahl Norsk Forlag

Helsedirektoratet (2015). Barn og unge med habiliteringsbehov. Samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand. Veileder IS-2396. Lastet ned 25.07.17: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1121/Barn-og-unge-med-habiliteringsbehov.pdf>

Helboestad, J. I., Granbo R., Østerås H. (red.) (2016). Aldring og bevegelse. Oslo: Gyldendahl Akademisk

Grimsmo, A. Samhandlingsreformen- hva nå? Tidsskriftet Den norske Lægeforening 2015, 135:1528 Lastet ned 25.07.17: <http://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2015--1528.pdf>

Brukerpanel som verktøy. På brukernes premisser? Larvik kommune
Lastet ned 08.10.17: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d93a2d71b4ae49a4a4a200cf95e7ed9d/brukerpanel-larvik-kommune.pdf>

Helsedirektoratet (2017). Helse- og omsorgstjenestetilbudet til voksne med habiliteringsbehov. Lastet ned 27.08.17: <https://helsedirektoratet.no/nyheter/helse-og-omsorgstjenestetilbudet-til-voksne-med-habiliteringsbehov>

Meld. St. 21 (2016-2017) Lærelyst- tidlig innsats og kvalitet i skolen
Lastet ned 25.07.17: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-21-20162017/id2544344/sec1>

Lie I. (1989). Rehabilitering. Prinsipper og praktisk organisering. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Helsedirektoratet (2015) Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. IS-1947. Lastet ned 17.07.17: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Samlet rapport for Omsorgsplan 2015. Oppsummering og vurdering av resultater for hele planperioden 2010- 2015

Helsedirektoratet (2016). Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. IS-2587
Lastet ned 25.07.17: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parorendeveileder>

Helsebiblioteket fagprosedyre « Individuell plan (IP) i primærhelsetjenesten – hvordan sikre brukermedvirkning ved utarbeidelse av mål». Lastet ned 17.07.17: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/Individuell-plan-i-prim%C3%A6rhelsetjenesten>

Regional plan for habilitering og rehabilitering 2016-2020, Helse Vest
Lastet ned 25.07.17: <https://helse-vest.no/seksjon/planar-og-rapportar/Documents/Regionale%20planar/2016%20-%20Regional%20plan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%202016%20-%202020.pdf>

Helsedirektoratet (2011). Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene. Veileder IS-1924 Lastet ned 17.07.17: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/242/Veileder%20om%20kommunikasjon%20via%20tolk%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenesten%20fullversjon%20IS-1924.pdf>

IS-0429 Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering (Helsedirektoratet 2014) Lastet ned 25.07.17: <https://www.fylkesmannen.no/PageFiles/796977/Samlerapport%20habilitering%20og%20rehabilitering%20290915.pdf>

Kommunale helse- og omsorgstjenester 2015. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere Statistisk Sentralbyrå 2016/26

Bergen kommune (2016). Omsorg med kunnskap. Plan for helseinstitusjoner og boliger med heldøgnsbemanning i Bergen kommune 2016- 2030

Bergen kommune (2016). Plan for forskning, innovasjon og utdanning for helse- og omsorgstjenesten i Bergen kommune 2016-2019.

Bergen kommune (2016). Gode liv i et inkluderende samfunn .Plan for psykisk helse 2016-202

Kommunane sitt tilbud om habilitering og rehabilitering. Resultat fra spørjeundersøking gjennomført i 2015. Fylkesmennene i Rogaland, Sogn og Fjordane og Hordaland
Lastet ned 25.07.17: <https://www.fylkesmannen.no/PageFiles/796977/Samlerapport%20habilitering%20og%20rehabilitering%20290915.pdf>

”En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring” (2017). Rapport fra et ekspertutvalg. Lastet ned 25.07.17: https://www.regjeringen.no/contentassets/2f3ae6c7a2dd4adbae2c2e152af97c3e/a-0043-b_rapport-hjelpemiddutvalget.pdf

Aasebø K., Rørlien K., Hauken J. A. , Kupca A., Lindås L. , Myklebust S. Rapport fra et utviklingsprosjekt. Dag –og oppsøkende rehabilitering. Delprosjekt i Slagbehandlingskjeden Bergen 2009-2011
Lastet ned 30.05.17: https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00127/Evalueringssrapport_127205a.pdf

Bergen kommune (2010). Trygg på to bein- prosjektrapport. Ergo- og fysioterapitjenesten i Bergen kommune . Lastet ned 30.05.17: https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00099/Rapport_om_fallforeb_99067a.pdf

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

St.meld 34 (1996-1997). Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre. Arbeids og sosialdepartementet. Lastet ned 28.08.17: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-34_1996-97/id191142/

Knudsen, A. H. (2008): Hva er funksjonshemming. Forskning.no. Lastet ned 30.05.17: <http://forskning.no/funksjonshemming-sykdommer/2008/09/hva-er-funksjonshemming>

Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste. – nærhet og helhet
Lastet ned 25.07.17: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/sec1>

Ness, N.I., Laberg,T.,Haneborg,M., Granbo,R., Færeveag, K. m.fl. (2012). Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Prosjektgruppe Hverdagsrehabilitering i Norge. Samarbeid mellom Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Sykepleierforbund

Bergen kommune (2016). Statusmelding for tjenester til utviklingshemmede Bergen kommune. Byrådssak 151/17

Helsedirektoratet (2017). Kartlegging av helse- og omsorgstjenestetilbudet til voksne med habiliteringsbehov. Rapport. Lastet ned 25.07.17: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Individuell%20plan,%20rehabilitering%20og%20habilitering/Kartlegging%20av%20helse%20og%20omsorgstjenestetilbudet%20til%20voksne%20med%20habiliteringsbehov%202017.pdf>

Billington, I. (2006). Velkommen til verden- en veileder til foreldre som har fått barn med spesielle behov. Oslo: N.W. DAMM & SØN AS.

Bergen kommune (2016). Plan for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, psykisk helsearbeid for barn og unge og barnevernet i Bergen 2016-2020 «Bergens barn-byens fremtid»

Folkehelseinstituttet (2016). Utvikling av en ny brukerrolle i helse- og omsorgstjenesten- en beskrivelse av suksessfaktorer. Notat om kvalitetsutvikling nr. 5, Lastet ned 25.07.17: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/utvikling-av-en-ny-brukerrolle-i-helse-og-omsorgstjenesten-en-beskrivelse-av-suksessfaktorer>

Bergen kommune (2015). Evalueringsrapport Utprøving av hverdagsrehabilitering i Bergen kommune. Lastet ned 25.07.17: https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00260/Rapport_om_utpr_vin_260765a.pdf

Langedal, E. (2012). Pårørendes roller i rehabilitering. Masteroppgave Høgskolen i Oslo og Akershus

Sandvin, J. (2012). «Rehabilitering som koordinering og samhandling», i Solvang og Slettebø (red.). Rehabilitering. Oslo: Gyldendahl Norsk Forlag

Dale Ø., Grut, L. (2015). Bruk av velferdsteknologi for å støtte barn og unge med AD/HD og/eller autisme med hverdagsaktiviteter. SINTEF. Lastet ned 25.07.17: <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/a26812-bruk-av-velferdsteknologi-for-a-stotte-barn-og-unge-med-adhd-og-eller-autisme.pdf>

Nasjonalt senter for e-helseforskning (2016). Velferdsteknologi for barn og unge med funksjonsnedsettelse. Erfaringer med utprøving av velferdsteknologi i kommunene Drammen og Horten. Tronsen M.V., Knarvik U. Rapport 06-2017. Lastet ned 25.07.17: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Velferdsteknologi/NSE-rapport.pdf>

Bruk av videokommunikasjonsteknologi i hverdags- og/eller telerehabilitering. Sykepleien nr. 2 2016 Lastet ned 19.06.17: https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/16fo2_art_kirchoff_4488.pdf

Rapport Bedre pasientflyt og oversikt med samhandlingsteknologi?, Ingrid Svagård, Elin Sundby Boysen, Steffen Dalgard, SINTEF IKT 2016 Lastet ned 25.07.17: <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/?pubid=CRISin+1324834>

Høring- endring av forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator §3 Definisjon av rehabilitering <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---endring-av-forskrift-om-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator--3.-definisjon-av-habilitering-og-rehabilitering/id2569861/> lastet ned 27.09.17

Helsedirektoratet (2017). Nasjonale kvalitetsindikatorer. Lastet ned 18.07.17: <https://helsedirektoratet.no/nyheter/nye-nasjonale-kvalitetsindikatorer-fa-tjenestemottakere-har-individuell-plan>

Helsedirektoratet (2016). Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten. IS- 2467. Lastet ned 27.08.17: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/habilitering-rehabilitering-og-bruk-av-avtalefysioterapeuter-i-primerhelsetjenesten>

Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2013)

Bergen kommune (2017). Prosjektrapport. Forprosjekt 5.2.2 Forbedret hjelpemiddelsystem smart omsorg.

Bakke T, Udness E, Larsen BT, Aarnes A, De Vibe M, Vege A.. Utvikling av en ny brukerrolle i helse og omsorgstjenesten – en beskrivelse av suksessfaktorer. Notat – 2016. Lastet ned 01.09.17: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/utvikling-av-en-ny-brukerrolle-i-helse-og-omsorgstjenesten-en-beskrivelse-av-suksessfaktorer>

Helsebiblioteket fagprosedyre « Individuell plan (IP) i primærhelsetjenesten – hvordan sikre brukermedvirkning ved utarbeidelse av mål».

Hektoen L. F. Kostnader ved hoftebrudd hos eldre. Rapport 2014 nr. 3. Høgskolen i Oslo og Akershus

Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten. Dokument 3:11 (2011–2012). Lastet ned 28.08.17: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/rehabilitering.aspx>

NOU 2016:17 På lik linje. Lastet ned 28.08.17: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/>

Grimsmo, A. Samhandlingsreformen- hva nå? Lastet ned 25.07.17: <http://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2015--1528.pdf>

I-1179B Et nytt system for enklere og sikrere tilgang til helsedata. Rapport fra Helsedatautvalget 2016-2017. Helse- og omsorgsdepartementet og HelseOmsorg21 Lastet ned 28.08.17: <https://www.forskningsradet.no>

Prop. 71 L (2016-2017) kap 4. Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. Lastet ned 17.07.17: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-71-l-20162017/id2546178/sec4>

