Plan for habilitering og rehabilitering

2025 – 2031

Østre Toten kommune

Innhold

Forord 1
1.0 Innledning 2
1.1 Bakgrunn 2
1.2 Presiseringer og avgrensninger 3
1.3 Utforming av planen 3
1.4 Definisjon og begrepsavklaringer 4
2.0 Kommunens ansvar og oppgaver 6
2.1 Nasjonale føringer og utviklingstrekk 6
2.2 Lov og forskrift 7
2.3 Kommunale føringer 10
2.4 Forholdet mellom spesialisthelsetjenestens og kommunens ansvar og oppgaver 11
2.5 Behov for habilitering og rehabilitering i Østre Toten 12
2.6 Sentrale aktører i habilitering og rehabilitering 14
3.0 Habilitering og rehabilitering i Østre Toten 17
3.1 Mål for habilitering og rehabilitering i Østre Toten 17
3.2 Noen sentrale områder innenfor ReHabilitering 17
3.3 Habilitering 0-18 år 22
3.4 Habilitering voksne 25
3.5 Rehabilitering for voksne og eldre 27
3.6 Arbeidsrettet rehabilitering 30
3.7 Vedtak, koordinering, koordinerende enhet og faglig tyngdepunkt 32
4.0 Økonomiske konsekvenser, budsjettmessige prioriteringer og oppfølging av planen 35
Kilder 36
Vedlegg 40
Vedlegg 1 40
Vedlegg 2 41

Forord

Helse- og omsorgstjenestene i Østre Toten kommune, som i mange andre kommuner, er under økende press. Hovedtyngden av rehabiliterings- og habiliteringstilbudene skal gis av kommunen, mens spesialisthelsetjenesten tilbyr støtte i kortere perioder. Målet er at brukerne skal kunne bo hjemme så lenge som mulig og få helsetilbud så nært hjemmet som mulig. Dette krever en effektiv organisering av tjenestene slik at ressursene når brukerne på best mulig måte.

Det er med glede og stolthet vi nå legger frem en egen plan for rehabilitering og habilitering (ReHabilitering). Denne planen bygger på offentlige føringer og løfter feltet ved å sikre god flyt og samhandling i tråd med Velferd 2040.

ReHabilitering setter menneskets egne ressurser i sentrum og gir muligheter til å mestre hverdagen og være sjef i eget liv. Dette er avgjørende for å oppnå gode, innholdsrike og leve sitt foretrekkende liv, selv om skade eller sykdom preger hverdagen. I Østre Toten skal vi ha et tilbud som kjennetegnes ved at personen det gjelder, pårørende, verger og tjenesteapparatet samarbeider for at personen skal kunne trene opp kroppen og hjernen etter sykdom eller skade. Det legges vekt på at personen selv er hovedaktøren i ReHabilitering, og det er personens behov, ressurser og mål som skal være utgangspunktet for å bestemme hvilke tiltak og tjenester som skal inngå i habiliterings-/rehabiliteringsprosessen. Målet er at personen skal oppnå mest mulig selvstendighet, deltakelse og livskvalitet.

ReHabilitering er essensielle prosesser som bidrar til å forbedre livskvaliteten for individer med ulike funksjonsnedsettelser og helseutfordringer. Både politisk og administrativt anerkjennes det at hver person har unike behov og mål, og derfor er denne planen skreddersydd for å møte de spesifikke kravene til hver enkelt. Det er utarbeidet 17 konkrete tiltak som skal sikre bedre samordnet innsats og helhetlig ivaretakelse av de som trenger det. Med denne planen viser Østre Toten sin satsning på rehabilitering og habilitering. Planen har som hovedmål å tilby en helhetlig og individuell tilnærming til ReHabilitering, kunnskapsbasert tjenesteutvikling og å ta i bruk gode digitale løsninger basert på de nyeste forskningsbaserte metodene og beste praksis.

Det er et nasjonalt mål at personer skal få mest mulig oppfølging i sin hjemkommune, enten det er i eget hjem, barnehage, skole eller på arbeidsplassen. En bærekraftig tilnærming til ReHabilitering fremmer selvhjulpenhet og kan utsette eller redusere behovet for tjenester i andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Dette gjør ReHabilitering til en av bærebjelkene i fremtidens helse- og omsorgstjeneste.

Et av hovedgrepene i planen er organisering av tjenestetilbudet, sikring av nødvendig kompetanse, nye arbeidsformer og gode forløp. Østre Toten sitt tverrfaglige team av ansatte i de ulike kommunalområder, helsepersonell, terapeuter og spesialister er dedikert til å støtte og veilede pasientene gjennom hele rehabiliterings- og habiliteringsprosessen.

Vi håper at denne planen vil være et verdifullt verktøy for både pasienter og helsepersonell, og at den vil bidra til å oppnå de beste mulige resultatene for alle involverte.

Berit Elisabeth Nygård, kommunalsjef helse og mestring (HM)

1.0 Innledning

Gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester sørger for at mennesker som har fått begrensninger i sin funksjonsevne, gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne. Dette har betydning for både livskvalitet, verdighet, selvstendighet og deltagelse i utdanning, arbeidsliv, familie- og fritidsaktiviteter.

Habilitering og rehabilitering kjennetegnes ved at personen det gjelder og tjenesteapparatet samarbeider for at personen skal kunne trene opp kroppen og hjernen etter sykdom eller skade. Personen selv er hovedaktøren i habilitering og rehabilitering, og det er personens behov, ressurser og mål som skal være utgangspunktet for å bestemme hvilke tiltak og tjenester som skal inngå i habiliterings-/rehabiliteringsprosessen. Målet er at personen skal få så mye selvstendighet, deltagelse og livskvalitet som mulig.[1]

Habilitering og rehabilitering bør i størst mulig grad tilbys der livet leves; i eget hjem, barnehage, skole, fritidsarenaer, bo- og nærmiljø og på arbeidsplassen.[2] [3]

Personers mulighet for å mestre hverdagen og å delta sosialt og i samfunnet avhenger av mange faktorer. I habiliterings- og rehabiliteringsarbeid er det derfor nødvendig å se på funksjon i et utvidet perspektiv utover det tradisjonelt medisinsk- diagnostiske. Habilitering og rehabilitering skal ha et helhetlig blikk på faktorer som hemmer og fremmer aktivitet og deltakelse for den enkelte, noe som forutsetter tverrfaglig og tverrkommunal samhandling. Habilitering og rehabilitering omfatter derfor også tiltak utenfor helse- og omsorgstjenesten, som for eksempel NAV, barnehage, skole, kultur og fritid.

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 i hjemkommune, mens spesialisthelsetjenesten gir tilbud i kortere perioder. Innbyggerne skal kunne bo hjemme så lenge som mulig og få helsetilbud så nært hjemmet som mulig.[4] [5]

Det overordnede målet med denne planen er at kommunens innbyggere skal motta helhetlige og kunnskapsbaserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester som støtter opp under mestring, brukermedvirkning og deltakelse. Hovedgrepene er organisering av tjenestetilbudet, sikre nødvendig kompetanse, nye arbeidsformer og gode forløp som støtter opp under dette.

1.1 Bakgrunn

Kommunestyret vedtok gjennom sak 120/22 Styringsdokument 2023 – Handlingsprogram og økonomiplan 2023-2026 at «det skal opprettes en plan for rehabilitering og habilitering. Kommunestyret har bestilt en egen plan for rehabilitering og habilitering som legger offentlige føringer til grunn, og som løfter feltet og sikrer god flyt og samhandling i samsvar med Velferd 2040 og offentlige føringer. Det forventes at dette skjer i løpet av 2023.Kommunedirektøren må sørge for å ha nok personell og fokus på hverdagsrehabilitering, habilitering og rehabilitering»

---

[1] Dokument 3:12 (2023–2024) (riksrevisjonen.no)
[2] opptrappingsplanrehabilitering.pdf (regjeringen.no)
[3] Habilitering og rehabilitering i kommunene - Helsedirektoratet
[4] opptrappingsplanrehabilitering.pdf (regjeringen.no)
[5] Nasjonal hjernehelsestrategi (2018–2024) (regjeringen.no)

I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §3-2, er habilitering og rehabilitering definert som en del av kommunens sørge for-ansvar. Nærmere bestemmelser om hvordan kommunen skal oppfylle dette ansvaret er regulert i Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator og i Nasjonal veileder Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.

I §5 i forskriften går det fram at «kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen.»

Kommunen har tidligere hatt planer for habilitering og rehabilitering, som var virksomme i tidsrommet 1999-2003. Etter 2003 har det ikke vært noen egen plan på dette fagområdet. Det er enighet politisk og administrativt, at det nå må på plass en egen temaplan for habilitering og rehabilitering.

1.2 Presiseringer og avgrensninger

«Plan for habilitering og rehabilitering» er en temaplan til kommuneplanens samfunnsdel. Planen synliggjør kommunens prioriteringer i det videre habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i planperioden, med vekt på tidlig innsats.

Sentrale føringer i lov, forskrift, nasjonal retningslinje og aktuelle pakkeforløp skal ligge til grunn, sammen med kommunens strategidokumenter» Ny velferd 2040» og «Oppvekst 2040».

Innholdet i planen er sett i sammenheng med flere andre pågående prosesser i kommunen, som helhetlig innsatstrapp, revitalisering av BTI-modellen (Bedre Tverrfaglig Innsats), helhetlig pasientforløp, OU-prosjektet og etablering av felles rutiner for koordinering, koordinator og barnekoordinator.

Planen omhandler ikke tjenester til personer med rehabiliteringsbehov som primært skyldes rusproblemer og/eller psykisk sykdom. Det ivaretas gjennom psykisk helse- og rustjenestens arbeid etter den nasjonale veilederen «Sammen om mestring».[6]

Kommunen tilbyr en rekke helsefremmende og forebyggende tjenester [7] som ikke omtales i planen, men som likevel kan være en del av et helhetlig habiliterings- og rehabiliteringsforløp. 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 planen.

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

1.3 Utforming av planen

Utarbeidelse av planen har vært organisert som et prosjekt. Kommunalsjef HOV, Berit Elisabeth Nygård som prosjekteier og assisterende enhetsleder Helse og mestring, Hege Fassbender Paulsen som prosjektleder. Styringsgruppen har bestått av enhetsleder Helse og mestring, Ola Snoen Tverå Løvstad, kommunalsjef BOO, Anne Grethe Hole-Stenerud og Kommunalsjef HOV, Berit Elisabeth Nygård (vedlegg 1). Prosjektplanen var behandlet i Tjenesteutvalget 01.02.24 og la grunnlaget for

[6] Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne – Veileder.pdf (helsedirektoratet.no)
[7] Helhetlig innsatstrapp - Østre Toten kommune (ototen.no)

prioritering av fokusområder og arbeidsgrupper som arbeidsmetode. Det ble etablert 5 arbeidsgrupper, med bred representasjon fra ulike tjenester og enheter (vedlegg 2). Arbeidsgruppene har jobbet etter gitt mandat innenfor disse fokusområdene:

- Habilitering barn og unge 0-18 år, leder Kaja Moen Lund, Fysio- og ergoterapitjenesten
- Habilitering voksne, leder Runa Linnerud, Tilrettelagte tjenester
- Rehabilitering for voksne og eldre, leder Mari Haakonsen Alnæs, Fysio- og ergoterapitjenesten
- Arbeidsrettet rehabilitering, leder Mari Haakonsen Alnæs, Fysio- og ergoterapitjenesten
- Koordinering, koordinerende enhet, vedtak og faglig tyngdepunkt, leder Anne Brandal Rognstad, Tildelingsenheten

Prosjektgruppen har bestått av arbeidsgruppenes ledere sammen med prosjektleder.

Prosjektet har hatt en referansegruppe som har bestått av representanter for kommunes 3 politiske råd, tillitsvalgte og frivillige lag og organisasjoner. For å fremme innspill til prosjektgruppa ble det gjennomført en samling med referansegruppa, der cafè-dialog ble benyttet. Referansegruppen arbeidet med følgende spørsmål:

- Hvilke erfaringer har dere med dagens habilitering- og rehabiliteringstilbud i Østre Toten? Hva fungerer godt og hvilke hovedutfordringer vil dere løfte frem?
- Hva bør kommunen prioritere de neste 6 årene innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet?

Tilbakemeldingene som kom fram, ble tatt med i den videre prosessen i de ulike arbeidsgruppene.

1.4 Definisjon og begrepsavklaringer

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

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål.

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet. [8]

Habilitering og rehabilitering har samme definisjon, men retter seg mot ulike målgrupper.

Målgruppe for habilitering

Habilitering gis til personer med funksjonsnedsettelser som er medfødt eller som de har fått tidlig i livet (i hovedsak før fylte 18 år). For mange innebærer dette at de ikke følger et forventet utviklingsløp. Et sentralt kjennetegn er at personene trenger bistand til å oppøve nye funksjoner og

[8] Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator - Lovdata

ferdigheter som de i utgangspunktet ikke har hatt. Målgruppen kan deles i to kategorier etter alder; barn og unge med behov for habilitering og voksne med behov for habilitering.[9]

Målgruppe for rehabilitering

Rehabilitering gis til personer som har funksjonsnedsettelser 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 funksjonsnedsettelser og/eller mestringsutfordringer.[10]

For å komme inn under en av målgruppene må du ha rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven §1-3 som pasient eller bruker.[11] Planen vil videre omtale dette som person.

Videre i planen brukes i hovedsak samlebetegnelsen ReHabilitering for habilitering og rehabilitering, med mindre det er behov for nærmere presisering og avgrensning.

[9] Målgrupper og virkeområde for veilederen - Helsedirektoratet
[10] Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet
[11] Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) - Lovdata

2.0 Kommunens ansvar og oppgaver

2.1 Nasjonale føringer og utviklingstrekk

Flere tidligere og nyere stortingsmeldinger preger utviklingen av ReHabilitering i kommunene:

Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47 2008 – 2009)[12]: Gjennom samhandlingsreformen har kommunene fått en viktigere rolle i å sørge for nødvendig helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Et element i reformen er at hovedtyngden av habiliterings- og rehabiliteringsinnsatsen skal skje i kommunen hvor innbyggerne bor.

Innovasjon i omsorg (NOU 2011:11)[13]: Kommunen må ta i bruk innovative løsninger for å møte fremtidens omsorgs- og rehabiliteringsbehov, med vekt på teknologiske hjelpemidler og nye arbeidsmetoder

Kommunereformen (St.meld. 14 2014-2015)[14]: Økt oppgaveomfang og flere spesialiserte oppgaver sammen med økt krav til kvalitet i tjenestene og økte forventninger fra innbyggerne, stiller store krav til kommunene om kapasitet og kompetanse for å gi innbyggerne et godt og likeverdig tilbud. For å oppnå dette kreves endringer. Kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats. De kommunale tjenestene er viktige, og blir i årene fremover stadig viktigere for å møte de samlede utfordringene.

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (St.meld. 26 2014-2015)[15]: Brukernes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. «Ingen beslutninger om meg, tas uten meg». Helhetlig og sammenhengende rehabilitering må være en integrert del av kommunens helsetjenester, med fokus på tverrfaglig samhandling og brukermedvirkning.

Leve hele livet (St.meld. 15 2017-2018)[16]: Stortingsmeldingen «Leve hele Livet» er en kvalitetsreform og skal forbedre det aller viktigste i eldreomsorgen: Mat, helsehjelp, aktivitet og fellesskap og sammenheng i tjenestene. Det skal tas utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte ved hjelp av bla. velkomstsamtale, individuell plan og primærkontakt.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023)[17]: Rehabiliteringstjenester skal styrkes i kommunene for å sikre nærhet til brukeren og redusere behovet for sykehusinnleggelser.

Fellesskap og meistring (St.meld. 24 (2022-2023)[18]: Bygger videre på «Leve hele livet»-meldingen. Overordnet mål er at eldre skal kunne bo trygt hjemme og at behovet for helse- og omsorgstjenester blir utsatt gjennom bedre planlegging, styrke forebygging og mer målrettede tjenester, blant annet gjennom boligtilpasning og kompetente og myndiggjorte medarbeidere.

---

[12] St.meld. nr. 47 (2008-2009) (regjeringen.no)
[13] NOU 2011: 11 (regjeringen.no)
[14] Meld. St. 14 (2014-2015) (regjeringen.no)
[15] Meld. St. 26 (2014–2015) (regjeringen.no)
[16] Meld. St. 15 (2017–2018) (regjeringen.no)
[17] Meld. St. 24 (2022–2023) - regjeringen.no
[18] Meld. St. 24 (2022–2023) - regjeringen.no

Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024-2027) (St.mld. 9 2023-2024)[19]: Planen som kom i februar 2024, peker på hvordan helsetjenestene skal rustes for å møte fremtidens utfordringer, der blant annet læring og mestring, ReHabilitering, kunnskapsbaserte tjenester og gode pasientforløp er virkemidler. I forbindelse med lansering av planen uttalte daværende helseminister Kjerkhol at «tilbud om rehabilitering bidrar til bærekraft i helse- og omsorgstjenestene ved å fremme selvhjulpenhet og ved å forebygge, utsette eller redusere tjenestebehov i andre deler av helse- og omsorgstjenesten».

Det foreligger også internasjonale forpliktelser, som påvirker ReHabiliteringsfeltet:

FNs barnekonvensjon artikkel 3 om barnets beste som grunnleggende hensyn ved alle avgjørelser og handlinger som berører barn, artikkel 12 om barns rett til medvirkning samt artikkel 23 om funksjonshemmede barns rettigheter til undervisning, opplæring, helsetjenester, rehabiliteringstjenester, forberedelse til arbeidslivet og rekreasjonsmuligheter.[20]

FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD*),* artikkel 7 om barn med nedsatt funksjonsevne, artikkel 19 om retten til et selvstendig liv og til å være en del av samfunnet, artikkel 21 om tilgang til informasjon, artikkel 24 om utdanning, artikkel 25 og 26 om helse, habilitering og rehabilitering, artikkel 27 om arbeid og sysselsetting og artikkel 30 om deltagelse i kulturliv, fritidsaktiviteter, fornøyelser og idrett.[21] [22]

2.2 Lov og forskrift

Kommunens overordnede ansvar for ReHabilitering følger av helse- og omsorgstjenesteloven §3-1, som pålegger kommunene å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester for kommunens innbyggere, deriblant sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.[23]

Ansvaret speiler retten til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a.[24]

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. Koordinerende enhet skal blant annet ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og koordinator, være et synlig kontaktpunkt og ta imot meldinger om behov for habilitering og rehabilitering.[25]

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

[19] Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Kortere ventetider og en felles helsetjeneste - regjeringen.no
[20] 178931-fns_barnekonvensjon.pdf (regjeringen.no)
[21] Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne - Lovdata
[22] CRPD – Veiledning til FN konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne | Bufdir
[23] Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) - Kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester - Lovdata
[24] Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) - Kapittel 2. Rett til helse- og omsorgstjenester og transport - Lovdata
[25] Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator - Lovdata

kommunale tjenestetilbud, for eksempel for barn med nedsatt funksjonsevne som går i barnehage og skole.[26] [27] [28]

Den nasjonale veilederen «Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» fra Helsedirektoratet, beskriver forventninger til hvordan kommunene skal løse sitt ansvar for ReHabiliteringstjenester[29] Veilederen understreker betydningen av samarbeid, også utover helse- og omsorgstjenestene. Dette gjenspeiles eksempelvis i opplæringsloven § 15-8, barnehageloven § 2 b, NAV-loven § 15 a og barnevernsloven § 15-8.[30] [31] [32] [33]

I «Veileder for kommunale frisklivssentraler» pekes det på frisklivssentralen som en del av ReHabiliteringstjensten i en kommune, gjennom kompetanse og tilbud som er viktig innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Frisklivssentralen er også viktig bidragsyter til det samlede lærings- og mestringstilbudet i kommunen.[34]

Det finnes i tillegg to nasjonale veiledere når det gjelder habiliteringstjenester til barn og unge;» Barn og unge med habiliteringsbehov» og «Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier». Sistnevnte veilederen er utarbeidet i fellesskap av Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet.[35] [36]

Det utvikles stadig nye pakkeforløp for ulike diagnosegrupper. Hittil er det særlig pakkeforløp slag samt en egen nasjonalfaglig retningslinje for hjerneslag, som gir føringer for organisering og innhold i et kommunalt rehabiliteringsforløp.[37] [38]

Som en oppfølging av Primærhelsetjenstemeldingen, utarbeidet regjeringen «Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)», som et ledd i å sette kommunene i stand til å overta mer av ansvaret for ReHabilitering. Opptrappingsplanen peker på ulike strategier og tiltak for å nå målet om at personen får mulighet til å leve et aktivt og mest mulig selvstendig liv, på tross av helseutfordringer og funksjonsnedsettelser.[39] Det ble i planperioden bevilget øremerket tilskudd til tjenesteutvikling i kommunene med mål om å styrke feltet. Det ble i tillegg gitt en økning i kommunerammen med samme formål.

Opptrappingsplanen er senere evaluert både av Helsedirektoratet i 2020, som hadde ansvaret for tilskuddsordningen og av Riksrevisjonen i 2021 (helse- og omsorgstjenester barn og unge med funksjonsnedsettelser) og i 2024 (somatisk rehabilitering for voksne).

---

[26] Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator - Lovdata
[27] Lov om barnehager (barnehageloven) - Kapittel VII. Spesialpedagogisk hjelp, tegnspråkopplæring m.m. - Lovdata
[28] Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova) - Kapittel 9. Leiing, funksjonar, utstyr og læremiddel i skolen - Lovdata
[29] Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet
[30] Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova) - Kapittel 15. Bruk av forvaltningslova. Opplysningsplikt m.m. - Lovdata
[31] Lov om barnehager (barnehageloven) - Kapittel I. Barnehagens formål og innhold - Lovdata
[32] Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven) [NAV-loven] - Kapittel 3. Arbeids- og velferdsetatens og kommunenes felles lokale kontorer - Lovdata
[33] Lov om barnevern (barnevernsloven) - Kapittel 15. Kommunens og barnevernstjenestens ansvar og oppgaver - Lovdata
[34] Veileder for kommunale frisklivssentraler (helsedirektoratet.no)
[35] Barn og unge med habiliteringsbehov – Veileder.pdf (helsedirektoratet.no)
[36] Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier - Helsedirektoratet
[37] Hjerneslag - Helsedirektoratet
[38] Hjerneslag - Helsedirektoratet
[39] opptrappingsplanrehabilitering.pdf (regjeringen.no)

Helsedirektoratet peker i sin evaluering på at opptrappingsplanen har bidratt til økt oppmerksomhet på et område som over tid er blitt nedprioritert. Det er skjedd en viss styrking av kapasitet og kompetanse samt innovasjon i utredning og tjenesteyting, men kunnskapsgrunnlaget gir ikke støtte for å konkludere med en varig styrking. Styrkingen har hovedsakelig vært innen rehabilitering, og særlig til målgruppen eldre gjennom eksempelvis hverdagsrehabilitering. Det er lite som tyder på at habiliteringstilbudet har blitt styrket gjennom opptrappingsplanen. Planen fremstår som en tilskuddsordning og ikke som en helhetlig og målrettet plan for styrking og varig endring.[40]

I Riksrevisjonens rapport som omtaler helse- og omsorgstjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelser, er en av konklusjonene at tjenestene til disse barnas familier er avhengig av hvor de bor. Det kommer også frem at familiene selv må ta et stort ansvar for å få hjelp og koordinere tjenestene og det er store variasjoner mellom kommunene i bruk av avlastning.[41]

Den nyeste rapporten fra Riksrevisjonen kom i februar 2024, der man har undersøkt det somatiske rehabiliteringstilbudet til voksne i perioden 2020-2023. Konklusjonen fra denne rapporten sier at:

- Mange personer får ikke de rehabiliteringstjenestene de har behov for av kommunehelsetjenesten. Flaks og tilfeldigheter avgjør om, og hvilken hjelp du får. Alle kommuner skal ha lege, sykepleier, psykolog, fysioterapeut og ergoterapeut tilgjengelig for de som trenger rehabilitering. Likevel mangler mer enn 85 prosent av kommunene en eller flere av disse yrkesgruppene i dette arbeidet. Det er særlig psykologer som mangler.
- Samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten fungerer flere steder ikke til det beste for personen. God koordinering er avgjørende fordi mange ulike helsetjenester og nivåer er involvert i arbeidet med rehabilitering. Individuell plan og koordinator er viktige virkemidler, men brukes lite. Arbeidsdelingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten er uklar.
- Svakheter i rehabiliteringstjenestene får store konsekvenser for personens helse, arbeidsevne, familieliv og fritid.
- Styringen av rehabiliteringstjenestene er mangelfull på alle nivåer. Både kommunene og de regionale helseforetakene jobber for lite systematisk med rehabilitering.[42]

KS har gjennom FoU-prosjektet «Rehabilitering – en investering i fremtiden (2023)», sett på hvordan kommunene forstår og jobber med rehabilitering i dag og gjort en vurdering på hvilke variasjoner mellom kommuner som bør hensyntas i det videre arbeidet med å styrke rehabiliteringsfeltet. Anbefalinger i denne rapporten er blant annet:

- Det er behov for et nasjonalt løft for rehabilitering i kommunene
- Det er behov for økte økonomiske bevilgninger for å styrke rehabilitering i kommunene
- Kommunenes posisjon i samhandling med spesialisthelsetjenesten må fortsatt styrkes og utvikles
- Kommunene har behov for hjelp til å utvikle styringsdata og kvalitetsindikatorer for rehabilitering
- Det er behov for forskning og økt kunnskap om den kommunale rehabiliteringen
- Kommunenes ulikhet i kapasitet og kompetanse bør hensyntas i nasjonal veileder for rehabilitering.[43]

---

[40] Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019).pdf (helsedirektoratet.no)
[41] Dokument 3:15 (2020–2021) (riksrevisjonen.no)
[42] Dokument 3:12 (2023–2024) (riksrevisjonen.no)
[43] Rehabilitering - en investering i fremtiden -FoU- rapport.pdf

2.3 Kommunale føringer

Østre Toten kommune sitt verdigrunnlag; stolthet, mot, handlekraft og samarbeid, skal kjennetegne ansatte og skal være førende for hvordan vi jobber, hvilke valg vi tar og hvordan vi opptrer. Kommunens tjenesteleveranse og utvikling skal være med på å skape kommunens identitet og omdømme. Østre Toten skal være et attraktivt sted å bo i, hvor kommunens innbyggere kan leve sitt foretrukne liv ved Mjøsa og vår visjon er: «Livskvalitet ved Mjøsa».

Kommuneplanens samfunnsdel (2023-2035) synliggjør kommunens satsningsområder og hvordan disse bygger opp under FN's bærekraftsmål.[44] Mange forskjellige strategier er valgt for å oppnå de ulike delmålene. Det er særlig innenfor satsningsområdene «God oppvekst» og «God helse for alle» at gode tjenester innenfor ReHabilitering vil være viktige bidrag for å nå ulike delmål.

Sentrale strategier i denne sammenheng er:

- Styrke det tverrfaglige og innovative arbeidet for å utvikle effektive tjenester til barn, unge og deres familier (God oppvekst)
- Legge til rette for informasjons- og opplæringstiltak og andre virkemidler som bidrar til at innbyggerne tar gode valg for egen helse og livskvalitet (God helse for alle)
- Sikre et differensiert tjenestetilbud, helhetlig brukerforløp, god tverrfaglig koordinering og en strategisk og fleksibel bruk av ressurser (God helse for alle)
- Tilrettelegge for aktiv brukermedvirkning (God helse for alle)
- Samarbeide aktivt med ulike aktører for å mobilisere innbyggernes egne ressurser og nettverk, og legge til rette for egenmestring og samfunnsdeltakelse (God helse for alle)
- Ta i bruk og legge til rette for nye teknologiske løsninger som kan gi mer effektive tjenester og understøtte innbyggernes ønske om mestring og selvstendighet (God helse for alle)

Strategidokumentene **«Ny velferd 2040»** (kommunalområde helse, omsorg og velferd), **«Oppvekst 2040»** (kommunalområde oppvekst) og **Kulturstrategi Østre Toten** (kommunalområde samfunn og strategi) bygger videre på målene og strategiene fra kommuneplanens samfunnsdel.[45] [46] [47]

Oppvekst 2040:
Alle barn, unge og familier opplever helhet og sammenheng i møte med kommunens tjenester, med vekt på tverrfaglig samhandling, gode overganger, barnets beste og barnets stemme sentralt i alle beslutninger, samt systematisk og helhetlig jobbing med familier og barn som har behov for ekstra støtte med fokus på tidlig innsats.

Alle har en naturlig plass i fellesskapet, der inkluderende kultur, knytte vennskap, arenaer med universell utforming og fritidsarenaer med plass til alle er sentralt.

Alle barn og unge skal utvikle robusthet, handler blant annet om mestringsopplevelser- og strategier, utvikling av positiv identitet, selvfølelse og selv-verdi og deltagelse i ulike fellesskap.

Alle barn og unge skal vokse opp i attraktive oppvekstmiljøer. Det skal være håndterbart å være omsorgsperson og få hjelp hvis det er behov for det.

---

[44] Kommuneplan for Østre Toten kommune 2023-2035 med langsiktig arealstrategi - endelig versjon.pdf (ototen.no)
[45] ny-velferd-2040.pdf (ototen.no)
[46] Ferdig behandlet - Oppvekst 2040 Strategidokument for oppvekstområdet .pdf (ototen.no)
[47] Kulturstrategi_fullversjon.indd (ototen.no)

Ny velferd 2040:
Brukerorientering og pårørendestøtte - selvstendighet og mestring gjennom innflytelse i eget liv, der mål og endringsprosesser skal ta utgangspunkt i personens forståelse av egne utfordringer og syn på egen utvikling og mestring og preges av grunnholdningen om «ikke èn beslutning uten meg».

Organisasjonsutvikling – framtidsrettet ledelse, kultur og kompetanse, med tjenesteutvikling der en tar utgangspunkt i personens og pårørendes ressurser, der du får riktig og nok hjelp når du trenger det. Fokus på «Hva er viktig for deg? Etablere «hverdagsmestring» som tankesett i tjenestene i helse-omsorg og velferd, hjemmetjenesten tilrettelegger for fleksible tjenestetilbud og vektlegger egenmestring i det daglige arbeidet. Styrke kompetanse og ledelse på strategisk viktige områder bl.a rehabilitering og mestringsperspektivet. Kompetanseutvikling basert på kunnskapsbasert praksis og nasjonale retningslinjer og veiledere. Økt vekt på tverrfaglig samarbeid

Digitalisering og teknologi – frihet og fleksibilitet gjennom digitale løsninger. Innbyggerne i Østre Toten skal oppleve at velferdsteknologi bidrar til selvstendighet, trygghet og mestring i eget liv der de bor.

Kulturstrategi Østre Toten 2018-2021:

Østre Toten skal sikre kvalitet og mangfold i kulturlivet ved å:

- Ta ned barrierer, redusere forskjeller og sørge for at alle kan ta del i kulturlivet
- Organisere og videreutvikle støttekontakttjenesten i tråd med et normaliseringsbegrep
- Samarbeide med lag og foreninger og andre aktører om fritidstilbud med og uten bistand
- Kulturskolen skal være i stand til å gi gode tilbud også til de som trenger ekstra oppfølging, det være seg barn og unge med spesielt gode forutsetninger – eller de som trenger mer tid, oppmerksomhet og hjelp fordi de har spesielle utfordringer mht å tilegne seg kunnskap og ferdigheter.
- Biblioteket er et værested med trygge rammer og plass til alle uansett alder, nivå eller sosial status, og er et tillegg til organiserte fritidsaktiviteter
- Styrke tverrfaglig samarbeid og synliggjøre sammenhengen mellom kultur og andre tjenester

2.4 Forholdet mellom spesialisthelsetjenestens og kommunens ansvar og oppgaver

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å sørge for at personer får nødvendig ReHabilitering og helhetlige tjenester. Som for annen helsehjelp, skal hovedtyngden av ReHabilitering skje i nærmiljøet til personen, som oftest i hjemkommunen, mens spesialisthelsetjenesten skal bidra med spesialisert kompetanse. Begge parter skal bidra med

gjensidig veiledning. Det skal utarbeides lovfestede samarbeidsavtaler som skal være virkemiddel for dialog og ansvars- og oppgavedeling mellom partene.[48] [49] [50] [51]

I tillegg har Helsedirektoratet utarbeidet en modell som gir forslag til anbefalinger for ansvars- og oppgavefordelingen:

Tabell 1:

Tilbud som bør ytes i kommunene	Tilbud som bør ytes i spesialisthelsetjenesten
Tilbud til pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene, f.eks.: • 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.	Rehabilitering av særlig kompleks art, og i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå, f.eks. til pasienter med: • 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
Videre anbefales at kommunene styrker tilbudet innen sansetap, læring og mestring og endring av levevaner.	*Tiltak fra spesialisthelsetjenesten må omfatte både utredning, behandling, veiledning og opplæring.*

Helsedirektoratet foreslår at den avgjørende faktoren for hvorvidt ReHabilitering bør foregå i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen er hvilket behov personen har for spesialisert medisinskfaglig kompetanse. Videre at tilbud til store brukergrupper som hovedregel skal utvikles i kommunene. Mange personer 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 personens ReHabiliteringsforløp.[52]

Da ansvars- og oppgavefordelingen mellom tjenestenivåene ikke er klart definert, ser Østre Toten kommune det på flere områder som utfordrende å kunne være tydelig på hvilke ReHabiliteringsoppgaver og målgrupper kommunen skal ha ansvar for. Grenseflaten mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er derfor en særlig viktig arena for faglig dialog, ledelse, videreutvikling og finansiering av tjenestene. Det jobbes med å tydeliggjøre dette i samhandlingsavtaler- og rutiner med Sykehuset Innlandet HF.

2.5 Behov for habilitering og rehabilitering i Østre Toten

Det føres ingen samlet statistikk over antall personer med funksjonsnedsettelse i Norge, og anslagene varierer fra rundt 15-18 % av befolkningen.[53] SSB oppgir at det er 14801 personer bosatt i

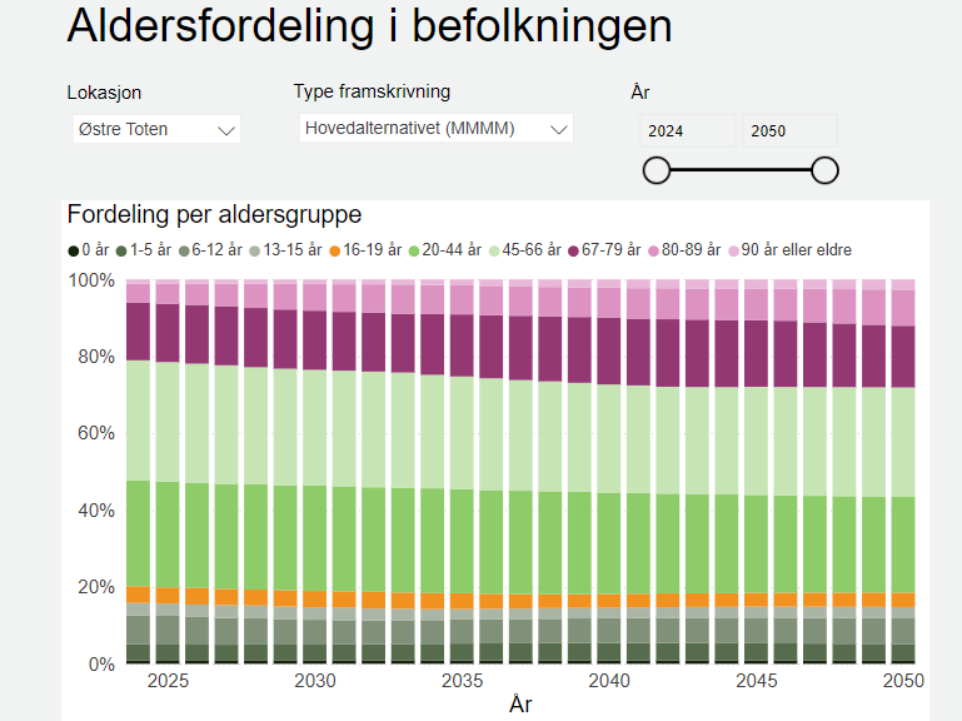
[48] Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) - Lovdata
[49] Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) - Lovdata
[50] Meld. St. 9 (2023–2024) (regjeringen.no)
[51] Habilitering og rehabilitering i lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet
[52] Avklaring av ansvar og oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten innen habilitering og rehabilitering - Helsedirektoratet
[53] Statistikk og analyse | Bufdir

Østre Toten pr. 01.07.24.[54] Av disse vil ifølge anslagene til Bufdir mellom 2200 og 2600 innbyggere ha en funksjonsnedsettelse.

I 2023 ble det via KPR (Kommunalt pasient – og brukerregister) rapportert 100 personer med tjenesten habilitering og rehabilitering utenfor institusjon i Østre Toten.[55] Dette er basert på manuell føring i kommunens elektroniske pasientjournal Profil og det er uklart hvilke kriterier som er fulgt ved denne innrapporteringen. I samme periode er det registrert 17 vedtak om dagrehabilitering og 31 vedtak om hverdagsrehabilitering i hjemmet. Antall vedtak om rehabilitering på institusjon i Østre Toten i 2023 var 54.

I 2022 var det på landsbasis 8,4 prosent av hjemmeboende tjenestemottakere med behov for habilitering og rehabilitering som hadde en virksom individuell plan (IP). Det var en nedgang fra 2021, fra 10,0 prosent. Rapporter og undersøkelser viser at det er personer med behov for rehabilitering og habilitering som ikke får oppfylt retten til individuell plan.[56] Totalt 99 personer i Østre Toten har vedtak om koordinator, barnekoordinator og individuell plan pr. 01.07.24.

Tabell 2: **Fordeling av Østre Totens befolkning på aldergrupper i 2024 - 2050**



Kilde: Innlandsstatistikk [57]

Diagrammet viser at det kan forvente mer enn en dobling av antall personer over 80 år (2024: 888 personer, 2050: 1815 personer), som tradisjonelt har etterspurt kommunale helse- og omsorgstjenester.

[54] 07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K) 1986 - 2024. Statistikkbanken (ssb.no)
[55] Habilitering og rehabilitering utenfor institusjon - Helsedirektoratet
[56] Mottakerne av habilitering og rehabilitering i hjemmet som har en individuell plan - Helsedirektoratet
[57] Befolkningsprognoser - Innlandsstatistikk

Totalt sett er eldre friskere og har bedre funksjon i dag enn tidligere. Med høy alder øker imidlertid forekomsten av kreft, diabetes, hjerte- og karsykdommer, demens, kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), beinskjørhet og brudd. Forekomsten av langvarige smerter, søvnvansker, nedsatt syn og hørsel samt funksjonstap og skrøpelighet øker også ved økende alder. Som følge av at det blir flere eldre og at sykdom forskyves til høyere alder, vil sykdomsbyrden blant de eldste (80 år+) øke betydelig frem mot 2050. Det er kreft, hjerte- og karsykdommer og nevrologiske sykdommer som demens som vil bidra mest til økningen i antall tapte friske leveår blant de eldste.[58]

De siste tiårene har veksten i etterspørselen etter tjenestene likevel vært størst i aldersgruppen 0-66 år, noe som blant annet skyldes økt forekomst av kroniske sykdommer med store funksjonsnedsettelser og en medisinsk utvikling som gjør at flere overlever alvorlig sykdom og ulykker.[59] For å lære å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse trenger mange av disse brukerne koordinerte tjenester og langvarig bistand.[60] [61] [62]

For mange 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 miljø. Personers behov varierer i stor grad med tanke på innhold, omfang og intensitet i oppfølgingen.[63] 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 ReHabilitering må kommunen utvikle et variert ReHabiliteringstilbud som sammen med de øvrige helse- og omsorgstjenestene, andre sektorer (NAV, oppvekst, utdanning, kultur), spesialisthelsetjenesten og frivillige samarbeider om å gi personen et best mulig tilbud. Under følger en kort presentasjon av noen av disse tjenestene og aktørene i kommunen.

2.6 Sentrale aktører i habilitering og rehabilitering

Den enkelte innbygger er den viktigste aktøren i alt samarbeid om habilitering og rehabilitering. Pasient- og brukerrollen, som er beskrevet i primærhelsemeldingen, sier tydelig at: «ingen beslutning om meg, skal tas uten meg som pasient».[64] Personen skal være en aktiv og likeverdig samarbeidspart. Personens egen erfaring om helse og sykdom er viktig kunnskap, og personens egne ønsker skal veie tungt ved valg av behandling.[65]

Pårørende er ofte en svært viktig støtte for personen og kan derfor være en ressurs når personen selv ønsker det. Pårørende kjenner personen 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

[58] Folkehelseprofil-2024-nb-3442-Østre Toten.pdf
[59] Meld. St. 29 (2012–2013) - regjeringen.no
[60] opptrappingsplanrehabilitering.pdf (regjeringen.no)
[61] Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming - Helsedirektoratet
[62] Oppfølging av personer med store og sammensatte behov - Helsedirektoratet
[63] Habilitering og rehabilitering i kommunene - Helsedirektoratet
[64] Meld. St. 26 (2014–2015) (regjeringen.no)
[65] Medvirkning, informasjon og kommunikasjon - Helsedirektoratet

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.[66] [67]

Fysio- og ergoterapitjenesten har særlig kompetanse innen ReHabiliteringsarbeid for personer i alle aldersgrupper. Personene 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, korttidsavdeling og i eget hjem og har ofte stor betydning for personers mestringsevne og deres mulighet til å delta og være aktive på ulike samfunnsarenaer. Tjenesten er organisert i virksomhet Aktivitet og mestring. I tillegg har kommunen 10 privatpraktiserende fysioterapeuter, som utgjør en viktig del av kommunens samlede fysioterapitjeneste.[68] [69]

Friskliv Østre Toten er kommunens frisklivssentral. Formålet til frisklivssentralene er å gi kunnskapsbasert, tverrfaglig og effektiv støtte som fremmer fysisk og psykisk helse og forebygger eller hindrer utvikling av sykdom. Det innebærer også hjelp til å mestre livet med sykdom. Friskliv tilbyr individuell veiledning, ulike kurs og faste treningsgrupper og jobber etter Helsedirektoratets anbefalinger og veileder for frisklivssentraler.[70] [71]

Fastlegenes diagnostisering, oppfølging og behandling av personer med funksjonsnedsettelser og kroniske sykdommer er en viktig del av det samlede kommunale helsetilbudet. Fastlegen har en medisinskfaglig koordineringsrolle, og skal identifisere brukere som har behov for ReHabilitering og delta i arbeidet med å fastsette ReHabiliteringsmål. Fastlegen skal være orientert om personens ansvarsgruppe og individuelle plan, og skal i tillegg selv ta initiativ til at det utarbeides IP og utpekes koordinator for egne brukere.[72] Ved rehabilitering i institusjon overføres ansvaret for allmennlegetjenester til institusjonen den tiden personen er der, mens det ved rehabilitering i hjemmet, vil være fastlegen som har ansvaret i hele rehabiliteringsløpet. For personen er det viktig at fastlegen og de øvrige helse- og omsorgstjenestene samarbeider godt.

Tildelingsenheten er tillagt rollen som koordinerende enhet i Østre Toten og har dermed en viktig rolle i å ha oversikt over og fange opp ReHabiliteringsbehov[73] Tildelingsenheten har også ansvar for å fatte vedtak om rehabilitering etter søknad.

Helsestasjonstjenesten 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 funksjonsnedsettelser, problemer i familien, psykiske plager eller andre sammensatte, langvarige hjelpebehov.[74]

Kommunalt Hjelpemiddellager levere ut ca. 5800 hjelpemidler fra NAV pr. år i Østre Toten kommune i tillegg til korttidsutlån fra eget lager. For mange personer er hjelpemidler nødvendig for å kunne mestre hverdagsaktiviteter, delta i samfunnet og bo hjemme så lenge de ønsker De senere årene har det skjedd en dreining i oppgavefordelingen mellom NAV Hjelpemiddelsentral og kommunen, slik at kommunen har tatt over et større ansvar for hjelpemiddelformidlingen. Det er samtidig et økt press

[66] Medvirkning, informasjon og kommunikasjon - Helsedirektoratet
[67] Pårørendeveileder - Helsedirektoratet
[68] Habilitering og rehabilitering i kommunene - Helsedirektoratet
[69] Habilitering rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten.pdf (helsedirektoratet.no)
[70] Læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten - Helsedirektoratet
[71] Friskliv Østre Toten - Østre Toten kommune (ototen.no)
[72] Forskrift om fastlegeordning i kommunene - Til § 19 Medisinskfaglig koordinering og samarbeid - Lovdata
[73] Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen og i spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet
[74] Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom - Helsedirektoratet

på det kommunale hjelpemiddelsystemet som følge av demografisk utvikling, økt behov for helse- og omsorgstjenester og kortere liggetid på sykehus.[75]

Hjemmetjenesten har en viktig rolle i å oppdage begynnende funksjonsfall hos hjemmeboende brukere av tjenesten og henvise videre ved behov for utredning og behandling. Hjemmetjenesten skal også kartlegge og vurdere behov for tilrettelegging i personers hjem, gi helseveiledning, samt motivere og følge opp personen i rehabiliteringsprosessen med mål om å mestre hverdagen. Sykepleieres kompetanse innen ernæringsveiledning og legemiddeladministrering er viktige bidrag i en rehabiliteringsprosess.

Korttidsavdelingn på Labo har tilbud om døgnbasert rehabilitering for personer som har behov for dette. Tildeling av plass skjer gjennom vedtak fra Tildelingsenheten.

Tilrettelagte tjenester har en rekke ulike bo- og avlastningstilbud rettet mot ulike brukergrupper med behov for assistanse og oppfølging i hverdagen.[76]

Barnehage og skole er de viktigste daglige arenaene for barn og unge. Barn og unge med funksjonsnedsettelser og kronisk sykdom har rett til individuelt tilpasset og likeverdig tilbud som bidrar til en meningsfull oppvekst uansett funksjonsnivå. Skolen skal organisere tilretteleggingen og opplæringen, slik at den er inkluderende overfor alle elver.

PP-tjenesten hjelper barn, unge og voksne som har behov for særskilt tilrettelegging, i tillegg til å hjelpe barnehager og skoler med å legge til rette for det. Målet er at de som trenger det får et inkluderende, likeverdig og tilpasset pedagogisk tilbud.[77]

Logoped har en viktig rolle innen ReHabilitering for personer som har nedsatt språkfunksjon fra tidlig alder eller har fått dette seinere i livet som følge av skade eller sykdom. Kommunen har tilsatt logoped for barn og unge og samarbeider med privat logoped om tilbud til voksne.[78]

NAV sitt samfunnsoppdrag er å bidra til sosial og økonomisk trygghet. NAV skal fremme overgang til arbeid og aktivitet.[79] Det er lokale NAV-kontorer i alle norske kommuner.

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 funksjonsnedsettelser får mulighet til å være aktive, oppleve mestring og delta sosialt og i samfunnet. Det er tilsatt en 50% frivilligkoordinator med base i aktivitetstjenesten, med oppgave å utvikle frivillighetsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten.

---

[75] Habilitering og rehabilitering i kommunene - Helsedirektoratet
[76] Botilbud i tilrettelagte tjenester - Østre Toten kommune (ototen.no)
[77] Pedagogisk psykologisk tjeneste i Østre Toten - Østre Toten kommune (ototen.no)
[78] Logopedi - Østre Toten kommune (ototen.no)
[79] Botilbud i tilrettelagte tjenester - Østre Toten kommune (ototen.no)

3.0 Habilitering og rehabilitering i Østre Toten

Dette kapitlet tar for seg målet med de mest sentrale områder for ReHabilitering

3.1 Mål for habilitering og rehabilitering i Østre Toten

Rehabilitering og habilitering i Østre Toten:

- Legger offentlige føringer og kunnskapsbasert praksis til grunn
- Er synlig for innbyggere og tjenesteytere og viser en tydelig organisering
- Har et differensiert tilbud, med utgangspunkt i behov for intensitet, samtidighet i tjenestetilbudet og for spesialisert kompetanse
- Har ansatte med felles grunnleggende kompetanse innenfor rehabilitering og habilitering
- Er synlig i helhetlig Innsatstrapp

3.2 Noen sentrale områder innenfor ReHabilitering

3.2.1 God kvalitet og faglig forsvarlighet

I vurderingen av om et ReHabiliteringstilbud er forsvarlig inngår faktorene faglig innhold, organisering, saksbehandling og samarbeid. Standarden på tjenesten skal ligge på et visst nivå forankret i anerkjent fagkunnskap, der blant annet nasjonale faglige retningslinjer og veiledere beskriver hvordan praksis bør være. Kjennetegn på tjenester av god kvalitet er at disse er fundamentert på kunnskapsbasert praksis. Det vil si at det tas faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og personens ønsker og behov i den gitte situasjonen.[80]

3.2.2 Kompetanse

Det er behov for grunnleggende basiskompetanse innen Rehabilitering i kommunen, som også omfatter psykisk helse. Når det gjelder fagspesifikk kompetanse er ergoterapeuter, fysioterapeuter, leger, psykologer, sosionomer, sykepleiere og vernepleiere sentrale profesjoner.[81] Riksrevisjonen peker i sin rapport fra februar 2024 på at mange kommuner har den lovpålagte kompetansen fysioterapeut, sykepleier, ergoterapeut og lege, men få har psykolog. Det er svært få kommuner som har den lovpålagte kompetansen tilgjengelig i ReHabiliteringstjenestene.[82] Dette samsvarer i stor grad med situasjonen i Østre Toten. Utover fysio- og ergoterapi, er det svært begrensede lovpålagte

[80] God kvalitet og faglig forsvarlighet innen koordinering, habilitering og rehabilitering - Helsedirektoratet
[81] Habilitering og rehabilitering i kommunene - Helsedirektoratet
[82] Dokument 3:12 (2023–2024) (riksrevisjonen.no)

ressurser som er øremerket ReHabilitering. I tillegg til lovpålagt kompetanse er det også anbefalt ernæringsfysiolog, logoped, sosionom, vernepleier og spesialpedagogisk kompetanse for å ivareta behov innenfor ReHabilitering i kommunen.[83] Det er svært lite av slik kompetanse tilgjengelig innenfor ReHabilitering i Østre Toten.

Nasjonal veileder rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator understreker også behovet for videreutdanning utover grunnutdanning på høgskole- og universitetsnivå, samt helsefagarbeidere med etterutdanning innen ReHabilitering. Det foreligger ingen samlet kompetanseoversikt i Østre Toten. Så langt man kjenner til er det svært få ansatte med videreutdanning innen ReHabilitering i andre tjenester enn Fysio- og ergoterapitjenesten, som har 4 ansatte med videreutdanning og mange med bred realkompetanse fra bl.a. spesialisert rehabilitering (spesialisthelsetjenesten). Kommunen har 5 helsefagarbeidere med etterutdanning innen rehabilitering, men disse blir i svært liten grad benyttet innenfor kommunens rehabiliteringstjenester. Veilederen trekker også frem behovet for felles grunnleggende kompetanse innenfor generell prosesskompetanse som målrettet prosessarbeid, brukermedvirkning, veiledningsmetodikk, tverrfaglig samhandling, individuell plan og koordinator.[84] Østre Toten har ingen plan for hvordan sikre slik kompetanse i dag, men det jobbes med å få på plass kompetanse innenfor flere av de nevnte områdene blant annet gjennom OU-prosessen og rutiner for koordinatoropplæring- og veiledning.

3.2.3 Medvirkning

Bestemmelser om medvirkning på individ- og systemnivå innen ReHabilitering, er utdypet i forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator §4: Kommunen skal sørge for at den enkelte pasient og bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Med gjennomføring menes planlegging, utforming, utøving og evaluering. Kommunen bør legge til rette for at pasient- og brukerrepresentanter deltar i planlegging, utvikling og evaluering av ReHabiliteringsvirksomheten.[85]
Utgangspunktet for medvirkning er prinsippet om at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, gis innflytelse på utformingen av tjenestene. ReHabiliteringsvirksomheten skal fremme personlig ansvar og egenmestring. Personen må involveres i valg og vurderinger gjennom hele forløpet og sikres fortløpende informasjon. Det innebærer at personens erfaring må komme frem i kontinuerlige evalueringer. Åpenhet og god kommunikasjon, deling av kunnskap og klargjøring av alternativer er forutsetninger for aktiv deltakelse og medvirkning. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.
Forventninger og kunnskap om medvirkning vil kunne variere. Innvandrerbefolkningen kan eksempelvis ha annen forståelse av sykdom og behandling enn andre. Det bør settes av tid til å avklare forventninger og få innsikt i den enkeltes utgangspunkt og erfaringer.
Barn har rett til å være med å ta avgjørelser som angår dem. Barn og unge skal ut fra sine forutsetninger alltid høres i spørsmål om egen helse og det bør vektlegges at barn og unge er aktive deltakere i sin habiliteringsprosess.[86]

3.2.4 Lærings- og mestringstilbud

En del av kommunens sørge-for-ansvar innen ReHabilitering er å sikre et differensiert tilbud som blant annet inneholder lærings- og mestringstilbud. Lærings- og mestringstilbud har som formål at personer med langvarige helseutfordringer og deres pårørende får økt innsikt i, og opplever styrket

[83] Habilitering og rehabilitering i kommunene - Helsedirektoratet
[84] Habilitering og rehabilitering i kommunene - Helsedirektoratet
[85] Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator - Lovdata
[86] Medvirkning, informasjon og kommunikasjon - Helsedirektoratet

mestring av, egen livssituasjon. Det anbefales at lærings- og mestringstilbudet organiseres inn under, eller i nær tilknytning til, kommunens habiliterings- og rehabiliteringstjeneste. For å sikre koordinering og et sentralt kontaktpunkt for kommunens helhetlige lærings- og mestringstilbud, kan det være hensiktsmessig å legge det til koordinerende enhet sitt ansvarsområde. Frisklivssentralens tilbud er en del av det samlede lærings- og mestringstilbudet i kommunen. Frisklivssentralen har særlig kompetanse på levevaner og endringsprosesser samt det å mestre helseutfordringer. Det er viktig at kommunen har et formalisert samarbeid om tilbud og kompetanseutvikling med spesialisthelsetjenesten. Likemannsarbeid er også en viktig del av lærings- og mestringstilbudet i en kommune.[87] [88]

3.2.5 Livsfaseoverganger – tverrfaglig samhandling

Livsfaseoverganger fra barn – ungdom – voksen er særlig sårbare, men også overganger mellom ulike tjenestenivåer som ved utskrivelse fra spesialisthelsetjeneste til kommune er sårbare faser. Behovet for langsiktig planlegging og tverrfaglig samhandling på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivå er dermed fremtredende. Individuell plan og koordinator er viktige verktøy for samhandling, kontinuitet og forutsigbarhet i forløpet.[89] [90] Økt sårbarhet og ufullstendige samhandlingsrutiner ved overganger er pekt på som utfordring av alle 5 arbeidsgrupper. Implementering av ny BTI-handlingsveileder, rutiner for koordinering og etablering av ReHabiliteringsforløp er gode virkemidler for å sikre kontinuitet og forutsigbarhet ved slike overganger.

3.2.6 Digitalisering

Direktoratet for e-helse peker på at utviklingen med å flytte helse- og omsorgstjenester nærmere hjemmene og brukerne, innebærer økt behov for bruk av digitale verktøy. Da trengs det samtidig mer digital kompetanse blant både innbyggerne og personellet. Personellet må kunne forstå og bruke de teknologiske hjelpemidlene, mens personen trenger digital helsekompetanse til å bruke digitale verktøy for å mestre egen helse.[91] Prosjektet Innovativ Rehabilitering, initiert fra Indre Østfold kommune, var et nasjonalt prosjekt fra 2016-2020, med mål om å få til endring og implementering av teknologier som er relevant for rehabilitering.[92] De definerer rehabiliteringsteknologi som «teknologiske verktøy som understøtter personen i en rehabiliteringsprosess». Det er et uttalt mål at teknologien som velges skal understøtte personens behov, bidra til samhandling og den skal kunne bidra til økt motivasjon, god intensitet i rehabiliteringen og økt antall repetisjoner.[93] De testet blant annet ut verktøy for trening og virtuell trening. Et av verktøyene de valgte å satse videre på var Berntsen Beinlaus, som er en digital aktiviseringstjeneste låst til et nettbrett og som ikke krever digital kompetanse for å tas i bruk. Tjenesten strukturerer hverdagen til personen, minner dem på hverdagsaktiviteter, og spiller av personlig tilpassede treningsprogrammer. Dette har vist seg å gi personen større trygghet, styrke og selvstendighet.[94] [95] Østre Toten er i gang med en anskaffelsesprosess for Berntsen Beinlaus, der målet er at dette verktøyet tas i bruk i rehabiliteringsarbeidet i kommunen i 2025.

---

[87] Læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten - Helsedirektoratet
[88] Veileder for kommunale frisklivssentraler (helsedirektoratet.no)
[89] Målgrupper og virkeområde for veilederen - Helsedirektoratet
[90] Habilitering og rehabilitering i kommunene - Helsedirektoratet
[91] NOU 2023: 4 (regjeringen.no)
[92] Innovativ rehabilitering - Indre Østfold kommune (io.kommune.no)
[93] Innovativ rehabilitering i Indre Østfold | Innomed
[94] Berntsen revolusjonerer eldreomsorg og rehabilitering - Innovative anskaffelser
[95] Bruker – innocom

3.2.6 Migrasjonshelse

Helsetilstanden i den norske befolkningen er generelt god, men det er tydelige sosiale helseforskjeller. Innvandrere har generelt dårligere levekår enn befolkningen for øvrig når det gjelder økonomi, sysselsetting, arbeidsforhold, boligstandard, sosial kontakt og helse.[96] Å være innvandrer og samtidig ha omfattende behov for tjenester gir ofte komplekse utfordringer.[97]
I Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017[98], pekes det på et sammensatt utfordringsbilde innenfor helse- og omsorgstjenesten:
Helserelaterte utfordringer; Noen sykdommer, tilstander og levevaner er vanligere i enkelte innvandrergrupper enn i den øvrige befolkningen. Det gjelder blant annet overvekt og fedme, muskel- og skjelettplager, hjerte- og karsykdommer, type 2-diabetes, røyking og enkelte kreftformer. Innvandrerbefolkningen er overrepresentert i statistikk over voldsskader, trafikkulykker og arbeidsulykker. Disse forskjellene kan skyldes flere forhold, blant annet forskjeller i risikoatferd mellom innvandrere og den øvrige befolkningen, ulik terskel for å oppsøke behandling ved tegn på sykdom eller skader, språkbarrierer og manglende kunnskap om helsetjenester.[99] [100]

Kulturelle utfordringer; Mennesker med ulik bakgrunn har ulik forståelse om bruk av helsetjenester; tegn på sykdom, når man bør oppsøke helsetjenestene, og hva helse- og omsorgstjenestene kan bidra med. For mennesker er det av stor betydning at deres sykdom forklares på en måte som de selv kan fatte lit til samtidig som den er forståelig og akseptabel innenfor deres egen, sosiale krets. Det er grunnleggende at helse- og omsorgstjenestene legger til rette for at personen og pårørende har tillit til systemet og til de som jobber i helse- og omsorgstjenestene. Man bør derfor så langt det er mulig tilrettelegge for at behandlingen skjer av en personen har tillit til. Diagnostiske verktøy og behandlingsmetoder som brukes i helse- og omsorgstjenestene er ikke alle like godt tilpasset enkelte personer med innvandrerbakgrunn. Dette gjelder referanseverdier for blodprøver, samt opptak og effekt av legemidler som kan være forskjellig i ulike etniske grupper. Det er videre en utfordring at mange diagnostiske verktøy som eksempelvis benyttes til utredning av psykisk sykdom eller demens, ikke tar hensyn til personen sin totale livssituasjon og kulturelle faktorer i diagnostiseringsprosessen. Det er viktig både for behandler og person, at den diagnostiske prosessen fremstår som meningsfull og tilpasset personens særskilte behov.[101]

Språklige utfordringer; Manglende kommunikasjon kan skyldes mangel på kvalifiserte tolker, mangel på informasjonsmateriale på riktig språk eller mangel på tilgang til og bruk av alternative kommunikasjonsmetoder, som for eksempel bilder og piktogrammer. Kommunikasjonsproblemer kan skape misforståelser og få alvorlige følger for diagnostisering, behandling og rehabilitering. Helse- og omsorgstjenestene må ta høyde for at det kan være behov for språklig tilrettelegging, som tolking og skriftlig materiale, slik at ansatte og personer og deres pårørende kan kommunisere med hverandre, og slik at personen får et godt tjenestetilbud. [102] [103] Flere innvandrere har lavere helsekompetanse enn befolkningen for øvrig.[104] Helsekompetanse er personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende

---

[96] Helse blant personer med innvandrerbakgrunn - FHI
[97] Hvem er pasienter og brukere med store og sammensatte behov - Helsedirektoratet
[98] likeverdige_tjenester.pdf (regjeringen.no)
[99] Helse blant personer med innvandrerbakgrunn - FHI
[100] likeverdige_tjenester.pdf (regjeringen.no)
[101] likeverdige_tjenester.pdf (regjeringen.no)
[102] likeverdige_tjenester.pdf (regjeringen.no)
[103] Helse blant personer med innvandrerbakgrunn - FHI
[104] Helse blant personer med innvandrerbakgrunn - FHI

tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten. God helsekompetanse styrker evnen til å mestre ulike situasjoner gjennom livet og bidrar til å bedre den enkeltes evne til å ta gode valg for egen helseutvikling.[105]

Tilgang til og bruk av helsetjenester; En del innvandrere kan ha manglende kunnskap om organiseringen av helse- og omsorgstjenestene og hvilke rettigheter man har. Denne kunnskapen er en viktig forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg tilbudene som finnes. Innvandrergrupper som står utenfor offentlige ordninger eller institusjoner, som introduksjonsprogram eller asylmottak, kan være vanskelige for helsetjenestene å nå. Dette gjelder blant annet arbeidsinnvandrere. Satsingen på e-helse kan også bidra til å gjøre tilgangen til tjenestene vanskeligere for enkelte grupper med lav kompetanse. Lav digital kompetanse sammenfaller med høy alder, lav utdanning og det å stå utenfor arbeidslivet. Det er derfor viktig at de digitale tjenestene tilpasses. Tjenestetilbudet til personer med innvandrerbakgrunn skal utvikles som en integrert del av den samlede helse- og omsorgstjenesten, og utformes ut fra lokale forhold og med stor nærhet til personen. Det er primært kommunenes ordinære tjenestetilbud som skal legge til rette for personer med innvandrerbakgrunn, både faglig og organisatorisk for å møte de særlige utfordringene for disse brukergruppene.[106]

Kompetanse hos helsepersonell; For å møte behovet for helse- og omsorgstjenester til personer med innvandrerbakgrunn på en god måte, må ansattes kompetanse vektlegges. Kulturkompetanse kan være en forutsetning for andre viktige virkemidler som informasjon om tjenestene til personer med innvandrerbakgrunn og for tilrettelegging av tilbud og tjenester.[107]

[105] Helsekompetanse – kunnskap og tiltak - Helsedirektoratet
[106] likeverdige_tjenester.pdf (regjeringen.no)
[107] likeverdige_tjenester.pdegjeringen.no)

3.3 Habilitering 0-18 år

Barn og unge med funksjonsnedsettelse skal ha mulighet for å oppnå og beholde størst mulig selvstendighet, inkludering og deltakelse på alle livets områder Mange av barna 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, helsestasjonstjenesten, fysio- og ergoterapitjenesten, avtalefysioterapeuter, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), barnehage/skole, tildelingsenheten, NAV og idretts-/kulturtilbud m.fl. Sentrale samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten er Habiliteringstjenesten for barn og unge og Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). I tillegg kan Statped, som er et statlig spesialpedagogisk støttesystem, være en aktør. Tjenestene bør gis på de arenaene barn og unge oppholder seg og være tett integrert i hjem, skole og arbeidslivet. Aktiviteter og fritidstilbud skal tilrettelegges slik at barn og unge med habiliteringsbehov får et likeverdig tilbud ut fra sine forutsetninger.[108] [109] [110]

Samarbeids- og koordineringsutfordringene er annerledes og ofte mer komplekse for barn og unge med langvarige og sammensatte behov enn for voksne personer 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.

Omsorgen, støtten og oppdragelsen fra foreldre og nær familie betyr mest for barns utvikling og livskvalitet, og familieperspektivet må vektlegges ved tilpasning av tjenestene. 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.[111]

Barnets beste skal uansett være et grunnleggende hensyn i alle avgjørelser og handlinger som berører barnet. Hva som er barnets beste må avgjøres fra sak til sak. For å kunne vurdere dette konkret, må man ha kunnskap om situasjonen og behovene til det aktuelle barnet. Hva barnet selv mener er en viktig del av kunnskapen i en barnets beste-vurdering, og det er nær sammenheng mellom barnets beste og barns rett til å bli hørt.[112]

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.[113] [114] 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.[115] 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/barnekoordinator og IP benyttes for å få til en målrettet og samordnet innsats. Barnehage- og skolepersonell må få veiledning og det bør

[108] Målgrupper og virkeområde for veilederen - Helsedirektoratet
[109] Oppvekstprofil-2024-nb-3442-Østre Toten.pdf
[110] Barn og unge med habiliteringsbehov – Veileder.pdf (helsedirektoratet.no)
[111] Habilitering og rehabilitering i kommunene - Helsedirektoratet
[112] Barnets beste – Barneombudet
[113] Habilitering og rehabilitering i kommunene - Helsedirektoratet
[114] CRPD – Veiledning til FN konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne | Bufdir
[115] Dokument 3:15 (2020–2021) (riksrevisjonen.no)

settes av tid til samarbeid mellom de som jobber direkte med barnet. Samhandlingen bør struktureres gjennom individuell plan.[116]

3.3.1 Status og utfordringer:

Det fattes ikke vedtak om habilitering i Østre Toten og det foreligger ingen oversikt over hvor mange barn og unge i kommunen som mottar tjenester som samlet kan kalles habilitering i dag. Det er også usikkert hvor mange barn og unge i Norge som har funksjonsnedsettelser. Anslagene varierer mellom tre og ti prosent av befolkningen under 18 år. Hjelpebehovet varierer mye.[117] Ifølge SSB var det 2702 personer under 18 år i Østre Toten i 2023. Legges Riksrevisjonens anslag til grunn vil et sted mellom 80 og 270 barn og unge ha behov for et habiliteringstilbud i Østre Toten. Det vil være stor variasjon i behovet, både mellom de ulike barna og i ulike perioder av det enkelte barns livsløp

Mange tjenester samarbeider i dag om et tjenestetilbud for barn og unge med habiliteringsbehov, men det mangler gode og oppdaterte rutiner for tverrfaglig samhandling rundt barnet/ungdommens mål. Det jobbes med å få på plass dette gjennom revitalisering av BTI (Bedre tverrfaglig samhandling)-modellen og gjennom oppdatering av rutiner og prosedyrer for samarbeid i ansvarsgrupper, koordinator og barnekoordinator som inkluderer et felles elektronisk samhandlingsverktøy (Visma Flyt Samspill).

Tydeligere avklaring av roller og ansvar, spesielt i planlegging og gjennomføring av livsfaseoverganger blir viktig fremover.

Det er en generell økning i antall barn som får en autismespekter-diagnose eller ADHD, der utfordringer knyttet til adferd ikke er uvanlig. Det er derfor behov for å kunne tilby veiledning i hjemmet i større utstrekning enn det som er mulig i dag. Vernepleiere er en faggruppe som har kompetanse på slik veiledning, men som på grunn av ansettelsesforhold i skole eller tilrettelagt bolig, ikke har anledning til å gi veiledning i hjemmet. Fremover bør det vurderes om kommunen kan ha vernepleierkompetanse i mer fleksible ansettelsesforhold slik at veilederkompetansen kan benyttes mere på tvers.

Det kan være utfordrende å finne gode fritidsaktiviteter for barn med ekstra behov. Barn som trenger støtte gjennom hele skoledagen, trenger sannsynligvis også tett støtte til å kunne delta i ordinær fritidsaktivitet. Dette blir som regel foreldrenes oppgave, og kan oppleves som tyngende når man allerede har ekstra stor omsorgsbelastning hjemme. Det kan være vanskelig å finne den «rette» fritidsaktiviteten for et barn med ekstra behov.

Slik det er i dag, er det ikke organisert noe lærings- eller mestringstilbud for barn og unge med habiliteringsbehov og deres familier i Østre Toten og det er heller ikke tilbud om ekstra foreldrestøtte utover det som gis i tjenestenes møte med den enkelte familie.

[116] Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier - Helsedirektoratet
[117] Dokument 3:15 (2020–2021) (riksrevisjonen.no)

3.3.2 Prioriteringer

ØSTRE TOTEN KOMMUNE VIL:

1. Stimulere til inkluderende fritid og fritidsarenaer for alle
2. Etablere rutiner for planlegging og gjennomføring av livsfaseoverganger, med vekt på trygghet og kontinuitet.
3. Utarbeide et forløp for habilitering; som tydeliggjør roller og ansvar, sikrer gode overganger, tverrfaglig samhandling og brukermedvirkning

Simen, 6 år skal snart begynne på skolen. Han har en medfødt tilstand som krever en del ekstra oppfølging. I kommunen til Simen har de etablert et habiliteringsforløp som sikrer at Simen og foreldrene får nødvendig oppfølging gjennom barndom og ungdomstid. Det gir trygghet og forutsigbarhet. Forløpet beskriver hvordan tjenestene skal samarbeide med hverandre, Simen og foreldrene for å sikre at alle jobber mot felles mål, planlegger livsfaseoverganger og evaluerer prosessene underveis. Verktøyene som brukes er ansvarsgruppe, barnekoordinator og individuell plan. Når Simen starter i 1.klasse, er han kjent på skolen og vet hvilke rom han skal være i. Skolen er universelt utformet, så Simen kommer seg rundt sammen med de andre barna. Nødvendige hjelpemidler er også på plass. Kontaktlærer og assistent er kjent for Simen, da de har vært på besøk i barnehagen og fått opplæring i Simens behov. Det blir skifte av koordinator, men siden det har vært jobbet systematisk med tiltak forankret i målene i den individuelle planen, er det lett for ny koordinator og sette seg inn i saken og videreføre arbeidet rundt Simen sammen med alle de som yter tjenester. Foreldrene var spente på overgangen, men opplever at den har vært godt planlagt og at det har vært tatt hensyn til Simens utfordringer og behov. Innspill de har kommet med underveis, opplever de har blitt vurdert og tatt hensyn til og Simen viser at han trives som skolegutt.

3.4 Habilitering 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. Habiliteringstiltakene skal bidra til å fremme mestringsevne og understøtte personens innsats for best mulig funksjonsevne, selvstendighet og deltakelse. Viktige samarbeidspartnere i habiliteringsarbeidet er blant annet tilrettelagte tjenester, fastleger, kommunale helsetjenester, NAV, idretts- og kulturtilbud og arbeidsmarkedsbedrifter. Sentrale samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten er Habiliteringstjenesten for voksne og Distriktspsykiatrisk senter (DPS) m.fl.[118] [119]

Habilitering bør ha som mål å utvikle ferdigheter for økt grad av selvstendighet og deltagelse på den enkeltes premisser, både gjennom et godt tilbud i hjemmet og ved jobb- og aktivitetstilbud. Uansett organisering av tjenestetilbudet, må den habiliteringsfaglige tilnærmingen ivaretas. Brudd i kontinuiteten mellom tjenestene kan være særlig kritisk for denne målgruppen fordi utfordringer relatert til utdanning, arbeid og etablering i egen bolig, kommer samtidig med endring i organiseringen av tjenestetilbudet.[120] [121]

Å tenke utdanning, yrke og arbeid starter i ungdomsskolen. Utdannings- og yrkesrådgivningen er vesentlig for ungdom med habiliteringsbehov. Det er viktig å velge en utdanning og et yrke som ungdommen er interessert i, og ikke minst har muligheten til å mestre. Arbeidet med å velge utdanningsløp som skal føre frem til et yrke, bør starte tidlig. Helse- og omsorgstjenestene må derfor legge til rette for utdanning og deltakelse i arbeidslivet.[122] [123] [124]

3.2.1 Status og utfordringer

Østre Toten har i dag døgnbemannende boliger, der det blir gitt tjenester i hjemmet. Disse tildeles etter vedtak fra tildelingsenheten, der omfang på tjenestetilbudet også inngår. Mange har et tilbud om arbeid ved Lepro, som er en VEKST-bedrift. Vekstbedriftene er til for de som trenger jobb, eller som trenger bistand for å finne sin vei i arbeidslivet og har veiledere som er gode på å se ressursene i hver enkelt og finne et jobbtilbud for alle. Målet er at vekstbedriften tilrettelegger arbeidet, slik at arbeidstakeren kan trives og utvikle seg på jobb. [125]
Østre Toten kommune har også et dagtilbud (aktivitetssenter) som driftes av Lepro. Dette tilbudet er særlig for personer med moderate og omfattende oppfølgingsbehov, der jobb i produksjonen på LePro ikke er et reelt alternativ. Innholdet i aktivitetssenteret beskrives som begrenset, da det oppleves som lite strukturerte dager og mangler faglig kompetanse.
Utfordringen Østre Toten Kommune står ovenfor i dag er å levere et dagtilbud til personer som har moderate/omfattende behov, som kan bidra til økt livskvalitet og mulighet til å møte ulike fagpersoner som er samlet på ett sted.
Østre Toten har 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). Kommunen mangler et helhetlig forløp for personer med habiliteringsbehov, som kan ivareta

[118] Målgrupper og virkeområde for veilederen - Helsedirektoratet
[119] Hvem er pasienter og brukere med store og sammensatte behov - Helsedirektoratet
[120] Habilitering og rehabilitering i kommunene - Helsedirektoratet
[121] CRPD – Veiledning til FN konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne | Bufdir
[122] Habilitering og rehabilitering i kommunene - Helsedirektoratet
[123] CRPD – Veiledning til FN konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne | Bufdir
[124] Forskrift til opplæringslova - Kapittel 22. Retten til nødvendig rådgiving - Lovdata
[125] Vekstbedrift – DalPro

livsfaseoverganger også over i voksenliv og alderdom.[126] Livsfaseoverganger er ekstra sårbare faser for personer med behov for tjenester over lengre tid, eventuelt gjennom hele livet. Ved flere av overgangene oppstår endringer både i hvem som har ansvar for tjenesten, på hvilke arenaer tjenestene gis og hvilke tjenesteytere personen møter.[127]

3.4.2 Prioriteringer

ØSTRE TOTEN KOMMUNE VIL:

4. Utarbeide et forløp for habilitering voksne; som tydeliggjør roller og ansvar, sikrer gode overganger, tverrfaglig samhandling og brukermedvirkning. Forløpet er en videreføring av forløp habilitering 0-18 år
5. Sikre habiliteringsprosessen gjennom bruk av koordinator og individuell plan
6. Etablere et aktivitetssenter som i større grad ivaretar behovet for et dagtilbud med strukturert innhold og faglig kompetanse for personer med moderate og store hjelpebehov

Stine er 21 år og har diagnosen moderat psykisk utviklingshemming. Stine kom tidlig inn i ett habiliteringsforløp i kommunen, som ga Stine og hennes pårørende god innsikt i og forutsigbarhet for hva kommunen tar utgangspunkt i når det planlegges et tjenestetilbud. Stine har lenge gitt uttrykk for at hun ønsket å bo for seg selv når hun ble voksen og det har vært et tydelig mål i Stines individuelle plan, som Tildelingsenheten har vært kjent med en tid. Stine har nå flyttet hjemmefra og inn i ett bolig-fellesskap i kommunen. Koordinator har hatt god dialog med personalet i boligen hele veien og Stine har i forkant av flyttingen fått bli kjent med sin primærkontakt og personalet over tid. Stine har utfordringer med å mestre hverdagslige aktiviteter og å strukturere hverdagen sin. Hun trenger bistand til å handle, vaske klær/leilighet og veiledning på personlig hygiene. Stine ønsker å fylle dagene sine med jobb og meningsfulle aktiviteter. Dette har kommet frem i den individuelle planen, som koordinator har utarbeidet tidligere sammen med Stine og pårørende. Stine får en plass ved Lepro i kommunen og får tilrettelagte arbeidsoppgaver der. Etter hvert synes Stine det er utfordrende og lite variert å være i produksjonen 5 dager i uken, så hun ønsker seg en plass på kommunens aktivitetssenter. Stine får da tilbud om å være på aktivitetssenteret 2 dager i uken. Her møter Stine personer med ulik faglig bakgrunn. På aktivitetssenteret får Stine mulighet til å være med på å lage mat, lære om hygiene og trene på ferdigheter rundt hverdagslige aktiviteter. Stine får også være sosial med andre deltakere og knytte vennskap, og fyller dagene sine med aktiviteter som maling, spill, utflukter og trim.

[126] Helhetlige pasientforløp - Helsedirektoratet
[127] Habilitering og rehabilitering i kommunene - Helsedirektoratet

3.5 Rehabilitering for voksne og eldre

Målgruppene for rehabilitering er personer som har, eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne på grunn av sykdom og/eller skade. Det er store variasjoner i behov, fra kortvarig rehabilitering etter lettere skader til mer omfattende og langvarige behov som følge av større skader, kronisk sykdom og/eller senvirkning av sykdom. Behovet gjelder ofte både medisinsk oppfølging og behandling, trening av fysisk, sosial, psykososial og kognitiv funksjon, lærings- og mestringstiltak og tilrettelegging gjennom hjelpemidler. Alvorlig sykdom og omfattende funksjonstap kan også være en stor belastning på den psykiske helsen.[128]

Kommunen må sikre et differensiert tilbud som inneholder funksjonstrening, tilrettelegging og læringstilbud som dekker behovet til kommunens innbyggere. Dette bør blant annet omfatte døgnbasert tilbud i institusjon, dagtilbud, tilbud i hjemmet, tilbud integrert i arbeid, lærings- og mestringstilbud, hjelpemidler og helseteknologi.[129]

3.5.1 Status og utfordringer

Østre Toten har i dag følgende vedtaksbaserte tilbud om rehabilitering:
Korttidsavdelingen på Labo: avdelingens personale samarbeider med fysio- og ergoterapeuter om å gi et tilbud om rehabilitering. Det er utarbeidet en skriftlig rutine for ansvars- og oppgavefordeling. Med dagens organisering er det utfordrende å drive kunnskapsbasert og yte tjenester som har effekt. Det er ingen øremerkede plasser for rehabilitering eller systematisk bruk av personalressurser på avdelingen med kompetanse innenfor fagområde. På grunn av redusert kapasitet på korttidsplasser, nedprioriteres rehabiliteringsvedtak når det er behov for korttidsplasser til andre pasientgrupper, eller det kjøpes rehabiliteringsplass i andre kommuner. Ved kjøp av plasser eksternt oppleves utfordringer med samhandling om og planlegging av videre forløp når bruker skrives ut til eget hjem. En norsk studie som omfatter 300 personer over 65 år med hjerneslag, lårhalsbrudd eller kroniske lidelser, har sett på effekten av rehabilitering på kommunal rehabiliteringsinstitusjon (øremerkede rehabiliteringsplasser) sammenlignet med ved ordinære korttidsplasser i sykehjem, der de ansatte må dele sin oppmerksomhet mellom pleie og rehabilitering. Pasientene som fikk tilbud i kommunal rehabiliteringsinstitusjon, økte funksjonsevnen med nær det dobbelte på halvparten av tiden sammenlignet med korttidsplass i sykehjem. De hadde også mindre behov for tjenester etter oppholdet.[130] [131]
Dagrehabilitering er et samarbeid mellom aktivitetstjenesten og fysio-og ergoterapitjenesten, der det tilbys rehabilitering i gruppe 3 dager pr. uke i fysio- og ergoterapitjenestens lokaler på Labo etter fastsatte inklusjonskriterier.
Hverdagsrehabilitering (HDR) gis som tilbud i personens eget hjem og hovedsakelig til målgruppen eldre som har fått et brått eller langsomt fall i funksjon. Hverdagsrehabilitering vektlegger forebygging og tidlig intervensjon for å forhindre eller utsette omfattende pleiebehov. Tilbudet er et samarbeid mellom hjemmetjenesten og fysio-og ergoterapitjenesten, der ergoterapeut og fysioterapeut kartlegger og setter opp mål i samarbeid med personen. De setter opp og evaluerer tiltak, mens selve treningen blir utført av hjemmetrener i hjemmetjenesten under veiledning av ergo- eller fysioterapeut. Treningen foregår i personens hjem eller nærmiljø, og det benyttes vanlige hverdagsaktiviteter. Det ble gjennomført en omfattende evaluering av tilbudet i 2023, oppsummert i en rapport som også inneholder anbefalinger for videre organisering og kunnskapsbasert innhold.

---

[128] Målgrupper og virkeområde for veilederen - Helsedirektoratet
[129] Habilitering og rehabilitering i kommunene - Helsedirektoratet
[130] Habilitering og rehabilitering i kommunene - Helsedirektoratet
[131] Bedre rehabilitering i egne sentre - Institutt for helse og samfunn (uio.no)

Kommunen mangler tilbud med vedtak om **rehabilitering i hjemmet**, for personer som trenger tverrfaglig, spesialisert oppfølging etter skade eller sykdom. Rehabilitering i hjemmet, er rehabilitering som foregår i personens hjem og i kjente omgivelser. Det er ofte tverrfaglig team sammensatt av ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier. Rehabilitering i hjemmet har som utgangspunkt at personens hjem eller hjemområde er mest hensiktsmessig som treningsarena. Rehabilitering i hjemmet er spesifikk rehabilitering. Dette innebærer at det er rehabiliteringsteamet som foretar kartlegging, setter mål sammen med personen og pårørende og utfører den praktiske treningen. Arbeidet bør foregå i tett samarbeid med hjemmetjenesten. Målgruppen er personer over 18 år som har behov for tett tverrfaglig oppfølging i en avgrenset periode etter gradvis eller brå funksjonssvikt. Personen må være motiverte og ha mulighet for å bedre funksjonsnivået sitt.[132]

Mange personer har behov for ulike tilbud i løpet av sin rehabiliteringsprosess, som blant annet stiller krav til innhold, intensitet og tverrfaglig samhandling internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten. Det ble våren 2024 gjennomført en hendelsesanalyse på noen representative utskrivelser fra Sykehuset Innlandet til Østre Toten kommune, for personer med behov for rehabilitering. Analysearbeidet ble utført i et samarbeid mellom tildelingsenheten, hjemmetjenesten, fysio- og ergoterapitjenesten og rådgiver HOV. Analysen bekreftet tidligere antagelser om at Østre Toten ikke har definert et helhetlig rehabiliteringsforløp og det mangler rutiner for samhandling og rolleavklaringer internt i kommunen mellom de ulike rehabiliteringstilbudene og tjenestene som medvirker i rehabiliteringsprosessen. Koordinator og individuell plan benyttes i mindre grad og det er lite dialog med personens fastlege i denne prosessen. Det er også en utfordring å komme tidlig nok inn og få startet opp og koordinert den tverrfaglige rehabiliteringsprosessen. Særlig gjelder dette for de som skrives ut fra sykehus og rett til eget hjem. Kommunen hadde tidligere et innsatsteam, som ivaretok slike oppgaver. Innsatsteamet ble sammen med øvrige team i hjemmetjenesten fjernet i forbindelse med en omorganiseringsprosess i 2019. Kommunestyret har gjennom sak 120/22 Styringsdokument 2023 – Handlingsprogram og økonomiplan 2023-2026 vedtatt at «HOV-sektoren må se på organisering av et tverrfaglig team som kan rette innsatsen mot å forebygge overliggere på sykehus og få pasienter raskere ut fra sykehjem. Det forventes at man oppretter en slik ordning tuftet på erfaringer fra tidligere, derav begrenser det store omorganiseringer, og som har fokus på arbeidsmetodikk og gode erfaringer».[133]

[132] ERGO_3_2014.pdf
[133] Dokument 22/28572 - Styringsdokument 2023 - Handlingsprogram og økonomiplan 2023-2026 med årsbudsjett 2023, endelig behandling i formannskap og kommunestyret - Østre Toten kommune (ototen.no)

3.5.2 Prioriteringer

ØSTRE TOTEN KOMMUNE VIL:

7. Etablere et pasientforløp for rehabilitering basert på nasjonale føringer, med rutiner for tverrfaglig samhandling og rolleavklaringer. Forløpet skal også inkludere pakkeforløp slag og ta opp i seg kunnskapsgrunnlaget og anbefalinger for videre satsing på HDR
8. Opprette et tverrfaglig innsatsteam forankret i HOV, som ivaretar behov for rask planlegging og igangsetting av kartlegging og utredning av et koordinert rehabiliteringstilbud til hjemmeboende. Teamet bør også ha en sentral rolle i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og andre sektorer, samt sikre gode overganger gjennom forløp.
9. Øremerke korttidsplasser som inkluderer ansatte med rehabiliteringskompetanse for personer med behov for døgnbasert rehabilitering
10. Etablere tjenesten «Rehabilitering i hjemmet», med ressurser fra fysio- og ergoterapitjenesten og hjemmetjenesten.

Kjell er 63 år og har før hjerneslaget levd et aktivt liv. På sykehuset blir han kartlagt av et tverrfaglig team og resultatene av kartleggingen blir sendt til koordinerende enhet (KE) i kommunen. KE tar kontakt med kommunens innsatsteam (fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier), som dagen etter møter Kjell på sykehuset. Kjell og innsatsteamet, med støtte fra KE, utarbeider en foreløpig oppfølgingsplan. Denne innebærer at sykehuset henviser Kjell til spesialisert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. I påvente av svar på henvisningen, fatter tildelingsenheten i kommunen vedtak om opphold for Kjell på kommunens rehabiliteringsavdeling, slik at han kommer raskt i gang med rehabiliteringsforløpet. Kjell er nå på rehabiliteringsavdelingen i kommunen, og har et oppstartsmøte med Innsatsteamet og det tverrfaglige teamet på avdelingen (fysioterapeut, ergoterapeut, logoped, sosionom, sykepleier og lege). Kjell setter seg mål for rehabiliteringen, og det tverrfaglige teamet utarbeider tiltak i tråd med pakkeforløp slag. Kjell får daglig oppfølging frem til han får plass på spesialisert rehabilitering. Målene hans blir videreført under rehabiliteringsoppholdet i spesialisthelsetjenesten. Midtveis blir KE og fastlegen kontaktet, og inviteres til et møte med Kjell, hans pårørende og spesialisthelsetjenesten. I møtet avklares at Kjell fortsatt vil ha behov for rehabilitering når han kommer hjem. Han får også tilbud om koordinator og individuell plan (IP) og takker ja til dette. KE/tildelingsenheten fatter vedtak om koordinator, IP og rehabilitering i hjemme, som starter opp så fort Kjell har kommet hjem. Ergoterapeut er oppnevnt som koordinator og sammen med Kjell har de sett på mål for det videre rehabiliteringsforløpet. Målene og tiltak er skrevet ned i Kjell sin IP, som alle involverte har tilgang til. Fysioterapeut, ergoterapeut, logoped og hjemmetjenesten følger opp Kjell flere dager i uken med tiltakene fra den individuelle planen. Fastlegen er også involvert i dette arbeidet. Etter en stund evalueres planen, som viser at Kjell har nådd de fleste målene sine. Han trenger fortsatt bistand fra logoped, men de øvrige tiltakene kan avsluttes. Kjell får hjelp av koordinator til å finne et tilbud på det lokale treningssenteret, der han kan trene videre på egenhånd og treffe kamerater.

3.6 Arbeidsrettet rehabilitering

For unge og voksne i yrkesaktiv alder er rehabilitering med arbeid som mål sentralt. Arbeidsrettet rehabilitering er tilbud til personer med redusert arbeidsevne og behov for bistand til å komme i arbeid og til å opprettholde arbeidsdeltakelse. Tiltak må også omfatte unge som har utfordringer med å fullføre utdanning og etablere et arbeidsforhold.

Begrepet arbeidsrettet rehabilitering benyttes både i helsetjenesten og i NAV. Målet er å bidra til bevisstgjøring av egne ressurser og muligheter til å bevare og/eller øke arbeidsevnen, og bidra til å tilrettelegge for tilbakeføring til arbeid. Det kan omfatte samhandling mellom arbeidstakeren, flere sektorer og arbeidsgiver. Det legges vekt på å lære og mestre arbeidssituasjonen i en tilbakeførings- og/eller arbeidssøkerfase. Det kan bestå av veiledning for å finne strategier for å fungere i arbeidslivet til tross for sykdom og skade. I helsetjenesten har konseptet arbeidsrettet rehabilitering i hovedsak vært utviklet av private rehabiliteringsinstitusjoner i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Tradisjonelt har arbeidsrettet rehabilitering vært gitt i form av opphold i rehabiliteringsinstitusjoner.

Etter hvert er det utviklet et tettere samarbeid mellom helsetjenesten og NAV arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette har ført til at arbeidsrettet rehabilitering i økende grad tilbys lokalt, i nært samarbeid mellom arbeidstakeren, arbeidsgiveren, NAV og helsetjenesten, herunder både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.[134] [135]

3.6.1 Status og utfordringer

Det foreligger ikke noe organisert samarbeid mellom ulike instanser som jobber med disse pasientgruppene lokalt i dag eller samhandlingsrutiner med spesialisthelsetjenesten. Tjenestene og instansene jobber hver for seg; fastlege opplever å være alene i vurderinger, privatpraktiserende fysioterapeuter samarbeider sjeldent med fastlege eller annet helsepersonell i slike rehabiliteringsprosesser. NAV følger sine prosedyrer, arbeidsgiver følger egne prosedyrer. Det er ingen kultur for at de ulike tjenestene møtes for å arbeide sammen mot personens mål: tilbake til jobb. Erfaringen er at mange arbeidsgivere mangler kunnskap angående forebygging og tilrettelegging på arbeidsplassen og ikke er kjent med hvor de kan henvende seg ved slike problemstillinger. Ulike dokumentasjonssystemer for de ulike instansene forsterker utfordringen med samarbeid. Det mangler en avklaring på når personer skal henvises til arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og når de skal ivaretas lokalt i kommunen, samt hvilken rolle de ulike tjenestene lokalt skal ha i arbeidsrettede rehabiliteringsforløp.

[134] CRPD – Veiledning til FN konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne | Bufdir
[135] Habilitering og rehabilitering i kommunene - Helsedirektoratet

3.6.2 Prioriteringer

ØSTRE TOTEN KOMMUNE VIL:

11. Inkludere arbeidsrettet rehabilitering i pasientforløpsarbeidet og avklare kommunale tjenesters rolle.
12. Styrke koordinering og samhandling rundt brukere med behov for arbeidsrettet rehabilitering

Astrid er 45 år og har lenge hatt lite energi, og er ofte borte fra jobb. Etter en samtale med arbeidsgiver, tar Astrid kontakt med fastlegen. Det er mistanke om long-covid med symptomer på fatigue og muskel- og skjelettplager. Astrid og fastlegen blir enige om at Astrid sykemeldes i en periode, og at hun henvises til spesialisert arbeidsrettet rehabilitering. Koordinerende enhet får informasjon fra fastlege, og tar kontakt med Astrid. Det blir kalt inn til et samarbeidsmøte med Astrid og et tverrfaglig team fra kommunen bestående av fastlege, ergoterapeut, sosionom, NAV og privat fysioterapeut. Det blir utarbeidet en foreløpig oppfølgingsplan til Astrid er tilbake fra spesialisert arbeidsrettet rehabilitering. Midtveis i rehabiliteringsoppholdet i spesialisthelsetjenesten, blir koordinerende enhet, det kommunale tverrfaglige teamet og Astrids arbeidsgiver kontaktet for å delta i et overføringsmøte. Astrid har satt mål for rehabiliteringen, og tiltak knyttet til målene blir gjennomgått. Astrid er tilbake i hjemkommunen etter spesialisert rehabilitering, og får nå oppfølging fra privat fysioterapeut, ergoterapeut, fastlege og NAV. Hun har fått kunnskap om aktivitetsbalanse, ernæring, bruk av pust og kropp under hvile og trening, samt tilrettelagte arbeidsoppgaver. Astrid er nå klar for komme tilbake til arbeidslivet med en gradvis opptrapping.

3.7 Vedtak, koordinering, koordinerende enhet og faglig tyngdepunkt

Vedtak:
Kommuner med egne saksbehandlingsenheter for tjenester innen helse og omsorg herunder habilitering og rehabilitering, bør sikre et minimum av breddekompetanse ved bemanning av kontorene. Blant disse bør det være personell med habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse. Enhetene må ha skriftlig nedfelte rutiner for innhenting av supplerende opplysninger og vurderinger fra annet personell når dette er nødvendig. Kommunen må sikre at saksbehandlere har god kunnskap om hvilke kompetanseområder de ulike profesjoner og tjenestesteder har, jfr. helsepersonelloven § 4 og § 16, slik at de kan innhente relevant kompetanse ved behov.[136]

Koordinering:
Kjennetegn ved tjenester av god kvalitet er blant annet at de skal være samordnet og preget av kontinuitet.[137] Å koordinere betyr «å få til å virke sammen». Det innebærer å se tjenester i sammenheng for å oppnå helhet og sammenheng i tilbudet. Koordinator er en tjenesteyter som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet til personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester, samt framdrift i arbeidet med individuell plan.[138]

Sintef har på oppdrag fra Helsedirektoratet nylig gjennomført en evaluering av den nasjonale veilederen «Oppfølging av personer med store og sammensatte behov», der 5 kommuner har vært piloter. Piloten har gitt verdifull innsikt i hvordan kommuner kan løse utfordringer med koordinering og samarbeid på tvers gjennom å systematisk innarbeide tverrfaglige team som generisk arbeidsform og samtidig sikre etterleving av lovkrav. Tverrfaglig samhandling skal være den grunnleggende metodikken i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester, og bestemmelsene om individuell plan både som arbeidsprosess og dokumentasjon, koordinator og koordinerende enhet er sentrale retningslinjer i oppfølgingsteamarbeidet.[139]

I evalueringsrapporten peker Sintef på følgende suksessfaktorer:

- Sterk forankring av utviklingsarbeidet i en kompetent, tverrfaglig koordinerende enhet, som har et tydelig mandat
- Involvering og tiltak fra toppledelsen
- Involvering av alle relevante tjenesteområder (ikke bare helse)
- Ledernettverk og workshops på tvers av tjenesteområde
- System for opplæring (ledere, koordinatorer, andre ansatte) og system for koordinatorstøtte
- Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam [140]

Koordinerende enhet:
Plikten til å etablere koordinerende enhet (KE) i kommunen følger av helse- og omsorgstjenesteloven §7-3 og utdypes nærmere i forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator.

---

[136] Habilitering og rehabilitering i kommunene - Helsedirektoratet
[137] God kvalitet og faglig forsvarlighet innen koordinering, habilitering og rehabilitering - Helsedirektoratet
[138] Individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet
[139] sluttrapport-evaluering-pilot-med-bakside-part-1---signed.pdf (sintef.no)
[140] Oppfølgingsteam som arbeidsform har vorte evaluert - Helsedirektoratet

Kommunen må velge en organisering av koordinerende enhet som sikrer at lovpålagte funksjoner ivaretas. Enheten må være lett å komme i kontakt med for personer og samarbeidspartnere. Enhetens virkeområde på tvers av enheter, fagområder, nivåer og sektorer taler for at den bør plasseres høyt oppe i organisasjonen. Enhetens rolle som fast kontaktpunkt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten bør vektlegges. Uavhengig av organisering, må det sikres forutsigbare og forankrede møteplasser og samarbeidsstrukturer.

Det foreligger gode erfaringer fra kommuner som har etablert den koordinerende enheten i, eller i nær tilknytning til bestillerkontor/forvaltningskontor. Enhetens ansvarsområde tilsier at en slik organisering tilfører viktig tverrfaglig kompetanse. Teamorganisering, fortrinnsvis med deltagelse fra flere sektorer og enheter i kommunen, erfares av mange som en god organisasjonsform for å sikre bred forankring og tilnærming. I slike tilfeller må det sikres ledelse og samarbeidsrutiner slik at de sammen utgjør én enhet. Mandat og instruks for enheten må finnes i kommunens kvalitetssystem. Det må fremgå av kommunens organisasjonskart og informasjonsmateriell hvor enheten er plassert.[141]

Sentrale oppgaver for koordinerende enhet i kommunen:

- Kommunens plan for habilitering og rehabilitering
- Legge til rette for brukermedvirkning
- Ha oversikt over tilbud innen habilitering og rehabilitering
- Overordnet ansvar for individuell plan, koordinator og barnekoordinator
    - Motta meldinger om behov for individuell plan, koordinator og barnekoordinator
    - Utarbeide rutiner for arbeidet med individuell plan, koordinator og barnekoordinator
    - Oppnevning av koordinator og barnekoordinator
    - Kompetanseheving om individuell plan, koordinator og barnekoordinator
    - Opplæring og veiledning av koordinatorer og barnekoordinatorer
- Bidra til samarbeid på tvers av fagområder, nivåer og sektorer
- Ivareta familieperspektivet
- Sikre informasjon til befolkningen og samarbeidspartnere
- Motta interne meldinger om mulig behov for habilitering og rehabilitering

Informasjon om enhetens oppgaver må være tilgjengelig for personer, helsepersonell og interne og eksterne samarbeidspartnere. Dokumentasjon av ansvar, oppgaver, rutiner og avtaler må inngå i kommunens kvalitetssystem.[142]

Faglig tyngdepunkt:
Det anbefales at kommunen sikrer et faglig tyngdepunkt for sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, med grunnleggende basiskompetanse innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering og som kan være drivere for kommunens arbeid på feltet. I tillegg til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, kan dette knyttes til tjenesteytende enheter og/eller team. En slik organisering antas å fremme god utnyttelse av den samlede tverrfaglige kompetansen. Et faglig tyngdepunkt vil også sikre bedre forvaltning av kompetanse som kommunen tilføres gjennom veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Det faglige tyngdepunktet bør være en ressurs for den øvrige helse- og omsorgstjenesten slik at de får tilgang til habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse i kommunen når de trenger det. Et

[141] Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen og i spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet
[142] Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen og i spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet

koordinert samarbeid med fastlegene er også sentralt. Det må vektlegges at tjenestene må være synlige og tilgjengelige. [143]

3.7.1 Status og utfordringer

Tildelingsenheten er tildelt rollen som koordinerende enhet (KE) i Østre Toten. Det er ikke avsatt egne ressurser til denne oppgaven og den tverrfaglige kompetansen innen ReHabilitering er begrenset. Koordinerende enhet er lite synlig for innbyggere og ansatte i organisasjonen. Enheten er ikke definert på kommunens organisasjonskart, det finnes lite informasjon på kommunes hjemmeside og informasjonen som finnes er til dels foreldet. Kjennskapen til og kunnskapen om koordinerende enhet sin rolle og funksjon i kommunen er derfor begrenset.

Tildelingsenheten behandler henvendelser om rehabilitering og per i dag gis det vedtak om rehabilitering på korttidsplass (KORE), hverdagsrehabilitering (HDR) og dagrehabilitering. Det saksbehandles og fattes ikke vedtak om rehabilitering i hjemmet eller vedtak om habilitering til barn, ungdom eller voksne.

Arbeidet rundt koordinatorordningen har vært lite prioritert i kommunen de siste årene. Henvendelser om koordinator har blitt behandlet, men det har manglet et opplærings- og veiledningstilbud til de tjenesteytere som har fått tildelt denne rollen. Prosedyrer og rutiner på området har ikke vært evaluert og revidert på flere år. I 2023 ble det ansatt barne- og systemkoordinator for individuell plan og koordinering som nå er i gang med tiltak innenfor dette området.

Kommunen har til nå ikke fulgt anbefalingen i nasjonal veileder om å definere et faglig tyngdepunkt for ReHabilitering.

3.7.2 Prioriteringer

ØSTRE TOTEN KOMMUNE VIL:

13. Synliggjøre og styrke koordinerende enhets rolle og funksjon i henhold til anbefalinger i nasjonal veileder
14. Revidere rutiner og prosedyrer for koordinering og oppfølging av koordinatorer og implementere disse i organisasjonen
15. Gi koordinerende enhet rollen som faglig tyngdepunkt for ReHabilitering
16. Evaluere og revidere innhold i vedtak knyttet til ReHabilitering
17. Et differensiert ReHabiliteringstilbud synliggjøres på ulike trinn i helhetlig innsatstrapp

[143] Habilitering og rehabilitering i kommunene - Helsedirektoratet

4.0 Økonomiske konsekvenser, budsjettmessige prioriteringer og oppfølging av planen

Denne temaplanen må følges opp med en tiltaksplan som konkretiserer de tiltak som anbefales i planen og som må kostnadsberegnes for å sikre at målene i temaplanen oppnås.

Prosjektleder i samarbeid med prosjektgruppa gis ansvar for å utarbeide en slik tiltaksplan for å følge opp og sikre gevinstrealisering av prosjektet.

Tiltaksplanen revideres som en del av budsjettprosessen årlig innen august måned i planperioden. Gjennomføring av tiltak avhenger av prioriteringer i handlings – og økonomiplanen og de årlige budsjettprosessene.

Kilder

Barne- og familiedepartementet (1991): *FN's konvensjon om barnets rettigheter.* Lastet ned 38.06.24: https://www.reddbarna.no/content/uploads/sites/4/2024/02/178931-fns_barnekonvensjon.pdf

Barneombudet.no: *Barnets beste*. Lastet ned 02.07.24: Barnets beste – Barneombudet

Bufdir.no: *CRPD – veiledning til FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne.* Lastet ned 26.07.24: CRPD – Veiledning til FN konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne | Bufdir

Bufdir.no: Funksjonsnedsettelse, begreper og kunnskapsgrunnlag-statistikk og analyse. Lastet ned 02.07.24: https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/funksjonsnedsettelse/begreper-kunnskapsgrunnlag

DalPro: *Hva er en VEKST-bedrift?* Lastet ned 01.07.24: https://www.dalpro.no/vekstbedrift/

Ergoterapeuten 3-2014: Tverrfaglig rehabilitering i hjemmet. Lastet ned 02.07.24: ERGO_3_2014.pdf

Folkehelseinstituttet: *Folkehelseprofil 2024 Østre Toten.* Lastet ned 25.07.24: Folkehelseprofil-2024-nb-3442-Østre Toten.pdf

Folkehelseinstituttet: *Oppvekstprofil 2024 Østre Toten*. Lastet ned 25.07.24: Oppvekstprofil-2024-nb-3442-Østre Toten.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2013): *Likeverdige helse- og omsorgstjenester-god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*. Lastet ned 19.07.24: likeverdige_tjenester.pdf (regjeringen.no)

Helse- og omsorgsdepartementet (2016): *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019).* Lastet ned 28.06.24: https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptrappingsplanrehabilitering.pdf

Helsedirektoratet 2020: *Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019).* Lastet ned 15.07.24: Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019).pdf (helsedirektoratet.no)

Helsedirektoratet: *Nasjonal faglig retningslinje Hjerneslag, kap. 4 Rehabilitering etter hjerneslag*. Lastet ned 24.06.24: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag

Helsedirektoratet: *Nasjonal faglig retningslinje*, Helsestasjon*, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom.* Lastet ned 30.06.24: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten

Helsedirektoratet: *Nasjonal veileder (2015), Barn og unge med habiliteringsbehov*. Lastet ned 24.06.24: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/barn-og-unge-med-habiliteringsbehov/Barn%20og%20unge%20med%20habiliteringsbehov%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/ab46edad-6c58-4c23-9115-9d77893d9cad:051362bf85ad243bdab308e68c52d3d4e1633e67/Barn%20og%20unge%20med%20habiliteringsbehov%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Helsedirektoratet: *Nasjonal veileder, Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*. Lastet ned 01.07.24: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming

Helsedirektoratet: *Nasjonal veileder, Pårørende veileder.* Lastet ned 30.06.24: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder

Helsedirektoratet: *Nasjonal veileder, Oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Lastet ned 16.07.24: Oppfølging av personer med store og sammensatte behov - Helsedirektoratet

Helsedirektoratet: *Nasjonal veileder, Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Lastet ned 27.06.24: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator

Helsedirektoratet: *Nasjonal veileder*, *Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier.* Lastet ned 27.06.24: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeid-om-tjenester-til-barn-unge-og-deres-familier

Helsedirektoratet: *Omsorg 2020 – årsrapport 2020*. Lastet ned 28.06.24: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020--arsrapport-2020/utviklingsarbeid-utenom-omsorg-2020/opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering

Helsedirektoratet: *Pakkeforløp Hjerneslag*. Lastet ned 27.06.24: https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/hjerneslag

Helsedirektoratet (2016). *Rapport Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten.* Lastet ned 30.06.24: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/habilitering-rehabilitering-og-bruk-av-avtalefysioterapeuter-i-primaerhelsetjenesten/Habilitering%20rehabilitering%20og%20bruk%20av%20avtalefysioterapeuter%20i%20prim%C3%A6rhelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/67121895-551d-4d0f-bb44-fd8daf81cf69:1599bca32c4e681cc90d16df8a30e871038c5e94/Habilitering%20rehabilitering%20og%20bruk%20av%20avtalefysioterapeuter%20i%20prim%C3%A6rhelsetjenesten.pdf

Helsedirektoratet (2023). *Statistikk, Habilitering og rehabilitering utenfor institusjon*. Lastet ned 25.06.24: https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/hab-rehab-utenfor-institusjon

Helsedirektoratet: *Nasjonale kvalitetsindikatorer, Mottakerne av habilitering og rehabilitering i hjemmet som har en individuell plan.* Lastet ned 01.07.24: Mottakerne av habilitering og rehabilitering i hjemmet som har en individuell plan - Helsedirektoratet

Helsedirektoratet: *Oppfølgingsteam som arbeidsform har vorte evaluert*. Lastet ned 23.07.24: Oppfølgingsteam som arbeidsform har vorte evaluert - Helsedirektoratetke

Helsedirektoratet (2022). *Veileder for kommunale frisklivssentraler*. Lastet ned 28.06.24: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:94a0131dab82438294c9705ce1155dcea34e7ec7/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Innocom.no: *Aktiv og selvstendig med Berntsen*. Lastet ned 24.07.24: innocom – Berntsen Beinlaus av innocom

Johansen I, Lindbaek M, Stanghelle JK, Brekke M.(2012). Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation - an open comparative study. Lastet ned 02.07.24: https://www.med.uio.no/helsam/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2012/effektiv-rehabilitering-eldre.html

KS (2023): *Rehabilitering – en investering i fremtiden*. Lastet ned 20.08.24: Rehabilitering - en investering i fremtiden -FoU- rapport.pdf

Kultur- og likestillingsdepartementet (2024): *FN konvensjonen om rettar til menneske med nedsatt funksjonsevne (CRPD).* Lastet ned 28.06.24: https://www.regjeringen.no/contentassets/26633b70910a44049dc065af217cb201/konvensjon-om-rettighetene-til-mennesker-med-nedsatt-funksjonsevne.pdf

Lovdata.no: *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/kap3#kap3

Lovdata.no: Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Lastet ned 30.06.24: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842

Lovdata.no: *Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator*. Lastet ned 27.06.24: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256

Lovdata.no: *Forskrift til opplæringsloven, kap. 22, Retten til nødvendig rådgivning*. Lastet ned 01.07.24: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-06-23-724/KAPITTEL_26#KAPITTEL_26

Lovdata.no*: Lov om barnehager (barnehageloven)*. Lastet ned 27.06.24: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64

Lovdata.no: *Lov om grunnskolen og den videregående opplæringen (opplæringsloven).* Lastet ned 27.06.24: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61

Lovdata.no: *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerettighetsloven)*. Lastet ned 27.06.24: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63

NOU 2023:4: *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Lastet ned 23.07.24: NOU 2023: 4 (regjeringen.no)

Regjeringen.no*: Meld.St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg. Lastet ned 15.07.24: Meld. St. 29 (2012–2013) - regjeringen.no*

Regjeringen.no: *Nasjonal hjernehelsestrategi (2018-2024).* Lastet ned 20.08.24: Nasjonal hjernehelsestrategi (2018–2024) (regjeringen.no)

Riksrevisjonen (2021): *Undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelser.* Lastet ned 25.06.24: https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-helse-og-omsorgstjenester-til-barn-med-funksjonsnedsettelser/

Riksrevisjonen (2024): *Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse – og omsorgstjenestene*. Lastet ned 28.06.24: https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2023-2024/rehabilitering-i-helse-og-omsorgstjenestene/

Sintef (2024): Struktur og fleksibilitet i oppfølging og koordinering. Sluttrapport i evaluering av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam. Lastet ned 23.07.24: sluttrapport-evaluering-pilot-med-bakside-part-1---signed.pdf (sintef.no)

Statistisk sentralbyrå. *Statistikkbanken, befolkning*. Lastet ned 01.07.24: https://www.ssb.no/statbank/table/07459/tableViewLayout1/

Østre Toten kommune: *Kommuneplanens samfunnsdel 2023-2035.* https://www.ototen.no/_f/p1/i0c3beac7-5d6a-4404-a60e-527b17abca4a/Kommuneplan%20%20for%20%C3%98stre%20Toten%20kommune%202023-2035%20med%20langsiktig%20arealstrategi%20-%20endelig%20versjon.pdf

Østre Toten kommune: Kulturstrategien 2018-2021. https://www.ototen.no/tjenester/kultur-idrett-og-fritid/kulturstrategien-i-ostre-toten/

Østre Toten kommune: *Møte i kommunestyret den 07.12.2022. Sak 120/22*. Lastet ned 26.07.24: Dokument 22/28572 - Styringsdokument 2023 - Handlingsprogram og økonomiplan 2023-2026 med årsbudsjett 2023, endelig behandling i formannskap og kommunestyret - Østre Toten kommune (ototen.no)

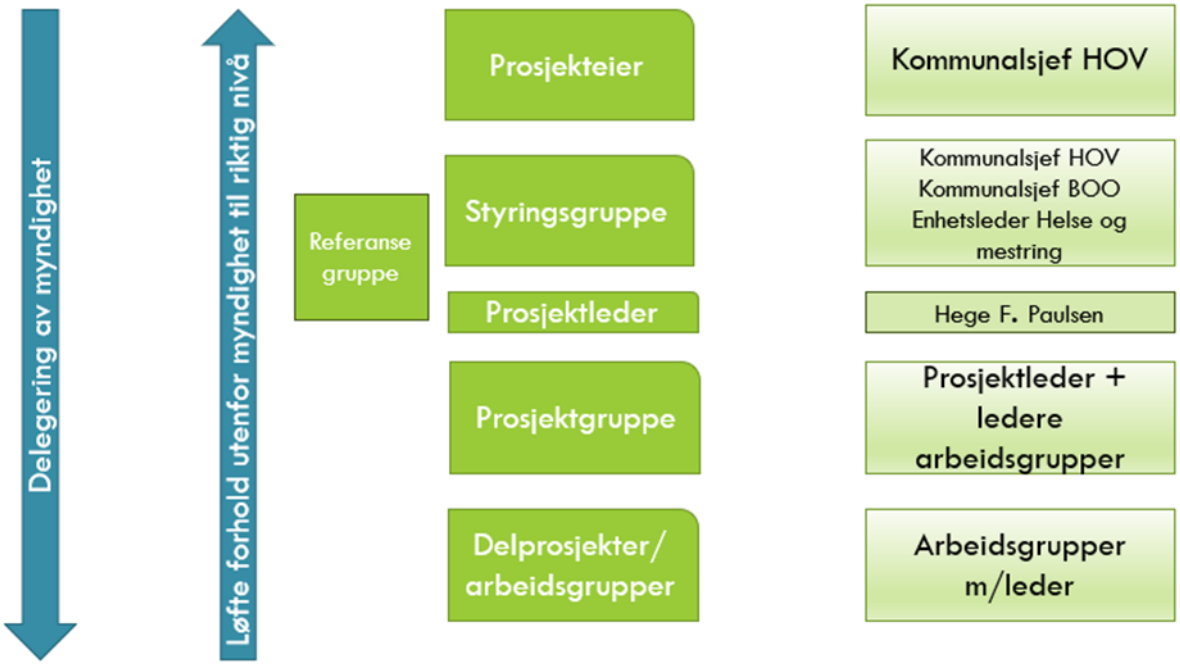
Østre Toten kommune: Ny velferd 2040. https://www.ototen.no/_f/p1/ifc818134-187e-42b4-a0e5-2b3d37eaa9a9/ny-velferd-2040.pdf

Østre Toten kommune: Oppvekst 2040. https://www.ototen.no/_f/p1/ic679db44-4136-434a-88cb-a10c19bbfc32/Ferdig%20behandlet%20-%20Oppvekst%202040%20Strategidokument%20for%20oppvekstomr%C3%A5det%20.pdf

Vedlegg

Vedlegg 1

Prosjektmodell



Vedlegg 2

Arbeidsgrupper «Plan for rehabilitering og habilitering»

Habilitering 0-18 år

Leder: Kaja Moen Lund, Fysio- og ergoterapitjenesten

Medlemmer: Guro G. Jensen, Helsestasjonstjenesten
Vitalija Livaniene, PP-tjenesten
Manijeh Aghdam, Barnehage/skole
Jo-Terje s. Høyesveen, Kultur

Habilitering 18 år→

Leder: Runa Linnerud, Tilrettelagte tjenester

Medlemmer: Thea U. Svartbekk, Fysio- og ergoterapitjenesten
Bjørn Slåttsveen, LePro
Jon Brage Lindberg, NAV
Ingebjørg Habbestad, Læringssenteret

Rehabilitering for voksne og eldre

Leder: Mari Haakonsen Alnæs, Fysio- og ergoterapitjenesten/Aktivitetstjenesten

Medlemmer: Mona Kampelien Kaasa/Madeleine Kjærstad, Avdeling 3, Labo
Martine Nielsen, Hjemmetjenesten
Ingebjørg Habbestad, Læringssenteret
Ann Kristin Bamidele Skyrud, legetjenesten
Kristiane Drogseth Gundersen, Fysio- og ergoterapitjenesten

Arbeidsrettet rehabilitering

Leder: Mari Haakonsen Alnæs, Fysio- og ergoterapitjenesten/Aktivitetstjenesten

Medlemmer: Bodil Fremstad, Nav
Ann Kristin Bamidele Skyrud, legetjenesten
Kristine Sollien Flaskerud, fysioterapeut m/driftsavtale
Jon Sæther Aas, HR-avdelingen

Koordinering, koordinerende enhet, vedtak og faglig tyngdepunkt

Leder: Anne Brandal Rognstad, Tildelingsenheten

Medlemmer: Ingrid Sandnes Williamsen, Fysio- og ergoterapitjenesten
Siri Hvamstad, Friskliv
Lars Erik Degvold/Dag Bjerke, Rådgiver HOV
Cecilie Wangen, Hjemmetjenesten

Østre Toten
kommune