



Temaplan for habiliterings- og rehabiliteringstjenester for voksne 2019-2026



Forord

Temaplan for habilitering og rehabilitering for voksne 2019-2023 ble vedtatt i bystyret 27.03.2019. Fellesnemnda for Klæbu kommune og Trondheim kommune behandlet saken i sitt møte 26.02.2019.

Bystyrets vedtak er innarbeidet i den endelige planen. Bystyrets vedtak samt uttalelsene fra Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne og Trondheim eldreråd ligger som vedlegg i plandokumentet.

Trondheim, 24.04.2019

Temaplan for habiliterings- og rehabiliteringstjenester for voksne 2019-2026

1. INNLEDNING	6
Planens virkeområde	6
Status forrige plan	6
2. VERDIGRUNNLAG OG SENTRALE FØRINGER	8
Verdigrunnlag	8
Sentrale føringer for habilitering og rehabilitering	8
Definisjon	8
Forholdet mellom habilitering og rehabilitering	8
Koordinator og individuell plan	8
Kvalitetskrav	9
Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering	10
Koordinerende enhet (KE)	10
Differensierte tilbud innen habilitering og rehabilitering	10
Hjelpemidler	11
Ledelse	11
Habiliterings- og rehabiliteringstjenestenes strategiske betydning	11
Ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste	11
3. OPPTRAPPINGSPLAN FOR HABILITERING OG REHABILITERING	13
4. ORGANISERING OG KOORDINERING	14
Helse- og velferdskontoret er kommunens koordinerende enhet	14
Koordinator og individuell plan	14
Tjenestetilbudet i kommunen	14
Habiliterings- og rehabiliteringstjenester i brukerens vante miljø	14
Tidlig innsats	14
Frisklivs- og lærings- og mestringsevne	14
Habilitering	15

Rehabilitering	15
Rehabiliteringsteam	16
Dagrehabilitering	16
Døgnrehabilitering for voksne	17
Ergoterapitjenester	17
Fysioterapitjenester	17
Vistamar	17
Spesialundervisning	18
Frihets- og velferdsteknologi	18
Tekniske hjelpemidler	18
Arbeid og meningsfull aktivitet	18
Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)	18
5. SAMHANDLING	19
Brukermedvirkning	19
Samhandling med bruker og pårørende	19
Samhandling med brukerorganisasjoner og frivillig sektor	20
Samhandling internt i helse- og omsorgstjenestene	20
Tverrsektorielt samarbeid	20
Universell utforming	20
Spesialisthelsetjenesten	21
NAV	21
6. MEDVIRKNING I PLANPROSESSEN	22
7. UTFORDRINGER	23
Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering	23
Prioritering og kapasitet	24
Tidlig innsats og vurdering av behov	25
Oversikt over behov for habilitering og rehabilitering	25
Flere personer med kronisk sykdom og (lang)varige funksjonsnedsettelse	26
Kompetanse	26
Samhandling	26
Individuell plan (IP) og bruk av koordinator	27
Frihets- og velferdsteknologi og tekniske hjelpemidler	27
Arbeid og meningsfull aktivitet	27

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)	28
Bolig	29
8. HANDLINGSPLAN	30
Satsingsområder og tiltak	30
8.1 Oversikt over behov for habilitering og rehabilitering	30
8.2 Kompetanse, tjeneste- og kvalitetsutvikling	30
8.3 Kronisk sykdom og (lang)varige funksjonsnedsettelse	31
8.4 Samhandling	32
8.5 Individuell plan (IP) og koordinator	33
9. VIKTIGE STYRINGSdokumenter	34
VEDLEGG	35
Protokoller fra politisk behandling	35

1. INNLEDNING

Temaplan for habiliterings- og rehabiliteringstjenester for voksne over 18 år viser hvordan kommunen ivaretar sitt lovpålagte ansvar for habilitering og rehabilitering for voksne. Planen beskriver også hvordan Trondheim kommune følger opp intensjonene i [Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering](#) (Helse- og omsorgsdepartementet (2017–2019), Særtrykk til Prop. 1 S).

Planen er en revidering av *Temaplan for helhetlig habiliterings- og rehabiliteringstjenester for voksne, 2015- 2018* (Arkivsak: 15/9812, pol.sak.65/15). Habiliteringstjenester for barn og unge ivaretas gjennom en egen plan som rulleres høsten 2018 - *Plan for habiliteringstjenester. Barn og unge 2015 - 2018*.

For mer informasjon om tjenesteområdet for personer med utviklingshemming og autisme, viser det til revidering av strategiplanen "*En bedre hverdag for alle*" som kommer til politisk behandling i løpet av 2019.

Planens virkeområde

Planen gjelder tjenester som ytes etter [helse- og omsorgstjenestelovens](#) § 3-2, pkt 5: *Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering*, nærmere regulert i [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#) og [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#). (Helsedirektoratet (IS-nummer: IS-2651, 06.07.2017).

Temaplan for habiliterings- og rehabiliteringstjenester for voksne ivaretar *alle* diagnosegrupper og omtaler ingen grupper spesielt. Dette må ses i sammenheng med at det finnes temaplaner hvor habilitering og rehabilitering inngår som *en del av* en helhetlig plan for bestemte målgrupper:

- *En bedre hverdag for alle- Utviklingsfremmende helse og omsorgstjenester*. Strategisk plan for utviklingshemmede 2015-2018.
- *Temaplan Psykisk helse og rus 2017 - 2020*
- *Eldreplan 2016 - 2026*.
- Klæbu kommune: - Handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2018-2020
- Omsorgsplan 2013-2035

Planperioden er satt til 2026. Planen gir retning og overordnede strategier for utvikling av tjenesteområdet. Planens handlingsdel vil evalueres fortløpende i planperioden, blant annet gjennom det årlige arbeidet med handlings- og økonomiplan. Rådmannen vurderer at det er hensiktsmessig å revidere denne planen sammen med Eldreplan 2016-2026.

Klæbu kommune har egen handlingsplan for habilitering og rehabilitering fram til 2020. Fra og med 2020 er denne planen gjeldende for nye Trondheim kommune.

Status forrige plan

I den politiske saken [Utdyping av handlingsdelen i Temaplan for habiliterings- og rehabiliteringstjenester for voksne 2015-2018](#) (pol.sak 3/18, arkivsak 17/37524) ble det tatt en gjennomgang av handlingsdelen i planen som nå rulleres (se vedlegg 1). Dette er et viktig grunnlag for arbeidet med den nye planen.

Det er igangsatt en rekke større utviklingsarbeid som videreføres i neste planperiode:

1. *Olavsgården mestringshus* er en del av oppfølgingen av opptappingsplanen og særlig utbedring av *tidlig innsats* for personer med kronisk sykdom. Arbeidet med utvikling av mestringshuset er organisert som et prosjekt.
2. Utviklingsprosjekt igangsatt ved hjelp av *Opptappingsstilskudd for habilitering og rehabilitering*. Utviklingsarbeidet ledes av Helse- og velferdskontoret (koordinerende enhet) i samarbeid med rådmannen. Det omfatter blant annet kompetanseoppbygging, koordinering og systemutvikling for kartlegging og registrering av behov.

3. *Forbedring av tilbudet til personer med kronisk sykdom.* En arbeidsgruppe bestående av representanter fra tjenestene og brukerorganisasjonene har gått gjennom dagens tilbud og pekt på forbedringsforslag som følges opp innenfor utviklingsprosjektene nevnt i pkt 1 og 2
4. *Hverdagsmestring* er igangsatt i alle bydeler, men det tar tid å bygge opp kompetanse og arbeidsmetodikk. Personer med demens er nå inkludert i målgruppen. Ytterligere utvidelse av målgruppen bør vurderes. Kapasiteten må justeres i tråd med utvidelsen.
5. *Helhetlige pasientforløp* skal sikre at behov for rehabilitering avdekkes og følges opp. Dette må ses sammen med utviklingen i Helseplattformen.
6. *Styrking av alternativ og/eller supplerende kommunikasjon (ASK) i tjenestene til personer med utviklingshemming og multifunksjonshemming* ved hjelp av *Opptrappingstilskudd for habilitering og rehabilitering.* En nettverksgruppe sammensatt på tvers av bydelene har i oppgave å sørge for at det er kompetanse om behov og tiltak for å bedre kommunikasjonsferdigheter og -muligheter ved bruk av ulike kommunikasjonshjelpemidler, eksempelvis rolltalk, Ipad, blizz m.v. Prosjektet ledes av Heimdal bo- og aktivitetstilbud.

2. VERDIGRUNNLAG OG SENTRALE FØRINGER

Verdigrunnlag

[FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne](#) (ratifisert av Norge i 2013) omhandler retten til likeverdighet og retten til deltakelse sosialt og i samfunnet. Artikkel 26 i FN-konvensjonen omhandler habilitering og rehabilitering (forkortet):

1. *Effektive og hensiktsmessige tiltak, herunder gjennom likemannsarbeid. For det formål skal partene opprette, styrke og videreutvikle tverrfaglige habiliterings- og rehabiliteringstjenester og – programmer som*
 - a) *begynner på et så tidlig stadium som mulig, og basert på en tverrfaglig vurdering av den enkeltes behov og ressurser,*
 - b) *støtter deltakelse og inkludering i lokalsamfunnet og på alle samfunnsområder,*
2. *fremmer utviklingen av grunn- og etterutdanningen av fagfolk og personell som arbeider i habiliterings- og rehabiliteringstjenestene.*
3. *fremme tilgangen til, kunnskapen om og bruken av tekniske hjelpemidler og teknologi.*

Sentrale føringer for habilitering og rehabilitering

Definisjon

Planen følger definisjon av habilitering og rehabilitering slik den framgår av [Forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3](#) (endret i 2018):

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.

Forholdet mellom habilitering og rehabilitering

Fra Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: *Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet senere i livet. Ulikheter i metodisk tilnærming kan grovt inndeles i ny-læring og re-læring.*

Koordinator og individuell plan

Fra Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator: *For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse- omsorgstjenesteloven § 7-2. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan (§ 21).*

Pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Vedkommende har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette, jf. pasient- og

brukerrettighetsloven § 3-1. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og brukeren og pårørende ønsker det (§ 16).



Kvalitetskrav

Kvalitetskrav må ses i forhold til *formålet* om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet. Tiltak og prioriteringer skal være *kunnskapsbaserte* og *virkningsfulle*.

Tjenestene skal tilbys og ytes

- 1. ut fra et pasient- og brukerperspektiv,**
- 2. i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø,**
- 3. samordnet, tverrfaglig og planmessig,**
- 4. i en meningsfylt sammenheng for pasient og bruker.**

Ad 1: Brukerperspektivet ivaretas ved at man planlegger, gjennomfører og evaluerer sammen med brukeren ut fra det som er viktig for han/henne ("Hva er viktig for deg?"). Pårørende kan ha viktige

bidrag og eget behov for støtte og må trekkes med så sant brukeren ønsker det.

Ad 2: At tjenestene skal ytes *nærmest mulig personens vante miljø* handler om behov for innsikt i utfordringene personen møter i hverdagen, både sosialt og praktisk.

Ad 3: *Tverrfaglighet* handler om bredden i kompetansebehov for å kunne bistå brukeren til å nå målene sine. Samarbeidsformen må være samordnet, systematisk og planmessig for å være virkningsfull.

Ad 4: Tjenestene settes inn i en logisk og *sammenhengende rekkefølge* for brukeren. Formålet er å sikre god ressursutnyttelse, måloppnåelse, kontinuitet og forutsigbarhet for brukeren. Individuell plan er et sentralt verktøy her.

Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering

Kommunens ansvar framgår av kapittel 3 i Forskrift om habilitering og rehabilitering, og utdypes i Helsedirektoratets [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#).

Kommunen skal

- planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet
- ha en generell *oversikt over behov* for habilitering og rehabilitering i kommunen
- *sørge for nødvendig utredning og oppfølging* ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering
- sørge for (re)habiliteringstilbud uavhengig av pasientens og brukerens boform
- sørge for nødvendig *kompetanse*
- integrere tilbudet i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud
- sørge for nødvendige hjelpemidler og ergonomiske tiltak
- organisere lærings- og mestringstilbud

Koordinerende enhet (KE)

Det skal finnes en *koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten* i kommunen.

Melding av behov for habilitering og rehabilitering skal iht. forskriftens § 7 gis til koordinerende enhet. Enheten har overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. KE skal ha oversikt over behov og bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhets rolle reguleres av forskriften.

I Trondheim kommune er Helse- og velferdskontorene koordinerende enhet for personer over 18 år, og Barne- og familietjenesten er koordinerende enhet for barn og unge.

Differensierte tilbud innen habilitering og rehabilitering

Veilederen deler inn kommunens helhetlige tilbud om habilitering og rehabilitering overfor tre ulike målgrupper. Beskrivelsene tar utgangspunkt i omfanget av brukernes behov og vektlegger kjennetegn og innhold i tilbudene fremfor organisering:

1. Pasienter og brukere med mindre omfattende behov
Kjennetegn: mindre funksjonsnedsettelse og/eller begynnende funksjonssvikt. Målrettede tiltak, ofte av kortere varighet.
2. Pasienter og brukere med middels omfattende behov
Kjennetegn: noe mer omfattende bistandsbehov over lengre varighet, behov for tjenester fra

flere sektorer, funksjonsnedsettelse på flere områder. Behov for tverrfaglig tilnærming.

3. Pasienter og brukere med omfattende behov
Kjennetegn: høyt bistandsbehov og kompleksitet, vedvarende funksjonssvikt på flere områder, tett oppfølging fra tjenester i kommunen. Stort behov for tverrfaglig tilnærming.

Hjelpemidler

Kommunen skal sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte pasient og bruker (forskriftens §9). I Trondheim kommune er Enhet for ergoterapitjenester tillagt hovedansvaret for oppfølging av avtaleverket for tekniske hjelpemidler og Enhet for service og internkontroll har ansvar for kommunens tjenester innenfor velferdsteknologiske løsninger.

Ledelse

[Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#) ble utgitt av Helsedirektoratet i 2017. Veilederen retter seg mot ledere på alle nivåer i virksomheter som yter tjenester til personer med store og sammensatte behov og er ett av tiltakene i oppfølgingen av primærhelsemeldingen, [Meld.St. nr. 26 "Fremtidens primærhelsetjeneste"](#). Veilederen kommer med følgende sentrale ledergrep:

- Øverste leder skal sikre systematisk kvalitetsforbedring i tjenestene
- Pasienter og brukeres medvirkning må styrkes
- Organisering av tjenestene må ta utgangspunkt i pasienter og brukeres behov
- Kommunene må sikre systematikk og god praksis for tverrfaglig utredning av behov
- Observasjonskompetansen i tjenestene bør styrkes
- Legge til rette for bruk av kompetanse på tvers av organisatoriske enheter
- Kommunene og spesialisthelsetjenesten må samarbeide om et helhetlig og koordinert tjenestetilbud slik at det ikke oppstår brudd i forløp
- Kommunene må legge til rette for at pasienter får nødvendige fastlegetjenester
- Sterkere lederforankring av koordinering og teamarbeid
- Kommunene bør ta i bruk velferdsteknologi

Habiliterings- og rehabiliteringstjenestenes strategiske betydning

Spørsmålet "Hva er viktig for deg?" er utgangspunktet for kartlegging av muligheter og planlegging av tiltak uansett målgruppe. På den måten blir habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten et verktøy for å få riktig tjeneste til riktig tid også for helse- og omsorgstjenestene generelt. Samtidig har virksomheten som formål å oppnå best mulig mestringsevne og selvstendighet. Forskningen viser stor gevinst i form av *reduisert behov for pleie- og omsorg*.

Ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

Ansvarsfordelingen vurderes ut fra tre faktorer;

- a) behov for spisskompetanse/spesialistkompetanse,
- b) kompleksitet og
- c) behov for intensitet.

Helsedirektoratet utdyper dette nærmere i rapporten [Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet](#) (IS-1947 utgitt 12/2011).

Modell for fordeling av ansvar på rehabiliteringsområdet

<u>Kommune</u> Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø? Behov for langvarig og koordinerte tjenester? Behov for tverrsektoriell samhandling?	 Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.	<u>Spesialisthelsetjeneste</u> Behov for spesialisert kompetanse? Behov for kompleksitet? Behov for intensitet?
---	--	--

Helsedirektoratet , 12/2011: IS-1947. Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet

Ansvars- og oppgavedeling er beskrevet nærmere i [Prosjektrapport Rehabilitering i Midt-Norge \(2014\)](#) utarbeidet i samarbeid mellom KS og Helse Midt-Norge.

3. OPPTRAPPINGSPLAN FOR HABILITERING OG REHABILITERING

[Opptreppingsplan for habilitering og rehabilitering](#) retter seg i hovedsak mot mennesker med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom uavhengig av alder, diagnose og bosted. Planen fastlegger kortsiktige og langsiktige strategier for rehabiliteringsvirksomheten.

Regjeringen har lagt inn 100 mill i tilskudd og 100 mill i rammeoverføringer til kommunene. Rammeoverføringene skal brukes til økt kapasitet og kompetanse.

Opptreppingsplanen har fokus på pasientforløp, tidlig innsats, hverdagsrehabilitering, frisklivstilbud og lærings- og mestringstilbud, inkludert pasient- og pårørendeopplæring.

Kommunene skal overta en større del av ansvaret for rehabilitering, og da særlig rehabilitering for kronisk syke personer. Rehabiliteringsbehov skal vurderes før kompenserte tiltak settes inn.

“Befolkningen vokser i antall, og det blir flere eldre. Flere overlever alvorlig sykdom, og flere får kroniske, livsstilsrelaterte sykdommer. Mange lever derfor lenge med sykdom og redusert funksjonsnivå eller sansetap av ulik grad. En stor andel av disse har flere sykdommer og funksjonsnedsettelse samtidig.” (Opptreppingsplanen, side 18)



Opptreppingsplanen peker på noen aktuelle utfordringer som også gjelder Trondheim:

- *“Svikt i brukermedvirkning: Tjenesteapparatet lykkes ikke med å bistå brukeren i å få fram hva som er brukerens mål eller tilbyr ikke tjenester tilstrekkelig tilpasset brukerens behov.*
- *Svikt i samhandling og koordinering enten internt eller mellom nivåene.*
- *Svikt i kapasitet.*
- *Svikt i faglig kvalitet, arbeidsform og/eller organisering: Tjenestene er ikke i tråd med brukerens forventninger eller faglige standarder”.*

4. ORGANISERING OG KOORDINERING

Helse- og velferdskontoret er kommunens koordinerende enhet

Behov for habilitering og rehabilitering skal meldes til koordinerende enhet som er Helse- og velferdskontoret hvis personen er over 18 år og til Barne- og familietjenesten for de under 18 år. [Kommunen har en egen nettside med informasjon om habilitering og rehabilitering samt om koordinerende enhets rolle og funksjon.](#)

Koordinator og individuell plan

Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester har krav på oppnevning av koordinator og rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). Det er koordinerende enhet som har ansvar for oppnevning av koordinator samt initiere arbeidet med IP. Det er koordinerende enhet som er koordinator for personer som ikke har behov for faste tjenester. Ansatte i hjemmetjeneste, helse- og velferdssenter og bo- og aktivitetstilbud er koordinatorene for personer som har slike tjenester.

Tjenestetilbudet i kommunen

For å kunne ivareta alle diagnosegrupper og aldersgrupper må kommunen ha et mangfold av fleksible tjenester som kan tilpasses individuelle behov. Mennesker med behov for habilitering skal ha tilgang på samme fagkompetanse og individuelt tilpassede tjenester som benevnes som "rehabiliteringstjenester".

Habiliterings- og rehabiliteringstjenester i brukerens vante miljø

Den største andelen habiliterings- og rehabiliteringstjenester foregår utenfor institusjoner, enten i brukers hjem eller på annen egnet arena. Flere tjenester samarbeider for at personen skal nå sine mål; fastlege, ergoterapitjeneste, fysioterapitjeneste, hjemmetjenester, logopediske tjenester, ressurscenter for hørsel og syn, psykisk helse- og rustjenester og bo- og aktivitetstilbud.

Tidlig innsats

Tidlig innsats og mestring er sentrale strategier i Trondheim kommune og nasjonalt. Behov for habilitering og rehabilitering skal alltid vurderes før kompensierende tiltak settes inn. Dette er viktig både ved *brått funksjonstap* etter skade eller sykdom, ved medfødt eller tidlig ervervet sykdom og ved *langsom utvikling av funksjonsnedsettelse* ved kronisk sykdom.

Avdekking av behov for habilitering og rehabilitering er særlig utfordrende når behov utvikler seg langsomt. Fastlegen, fysioterapeuten og ergoterapeuten er vanligvis de første som møter personen og det kan være vanskelig å se behovet for tverrfaglighet og helhetlig koordinering på et tidlig stadium. Dette har hatt fokus i arbeidsmodellen *Tidlig innsats* i satsingsområdet Hverdagsmestring. Arbeidsmodellen bør videreutvikles i tråd med anbefalingene fra rapporten *Helhetlig pasientforløp i tidlig fase ved kronisk sykdom* (Trondheim kommune, nov. 2017).

Frisklivs- og lærings- og mestringsvirksomhet

Frisklivs- og lærings- og mestringsvirksomhet er viktige deler av den tidlige innsatsen. Dette er supplerende tjenester for den som ønsker å styrke sin helse, endre levevaner eller lære å leve med helseutfordringer. Tjenestene koordineres av avdelingen *Friskliv og mestring* i Enhet for fysioterapitjenester. De skal også ha oversikt over lærings- og mestringstilbud i andre enheter og det er etablert et *nettverk for læring og mestring*. *Mestringshuset* ved Olavsgården skal ha et sterkt innslag av lærings- og mestringsvirksomhet i tillegg til dagrehabilitering. Det bør vurderes om disse tjenestene bør samorganiseres.



Habilitering

Mennesker med funksjonsnedsettelse som skyldes medfødte eller tidlig ervervede tilstander vil ha gjentatt behov for habilitering gjennom hele eller store deler av livsløpet. Tverrfaglig samhandling er avgjørende for å ivareta brukerens behov på ulike livsområder (hjem, skole/utdanning, arbeidsliv). Medisinsk og fysikalsk behandling relatert til somatisk eller psykisk sykdom, er ofte elementer i habiliteringsprosessen.

Tjenester til personer med utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser er et særlig satsingsområde. Bo- og aktivitetstilbudene skal ha et *utviklingsfremmende fokus* i sin tilnærming til brukerne som fremmer mestring og mest mulig selvstendighet. Kommunen har en egen strategiplan på dette området. Planen er under revisjon og det ble høsten 2018 gjennomført en workshop med brukerorganisasjoner og ansatte for innspill til planen.

Rehabilitering

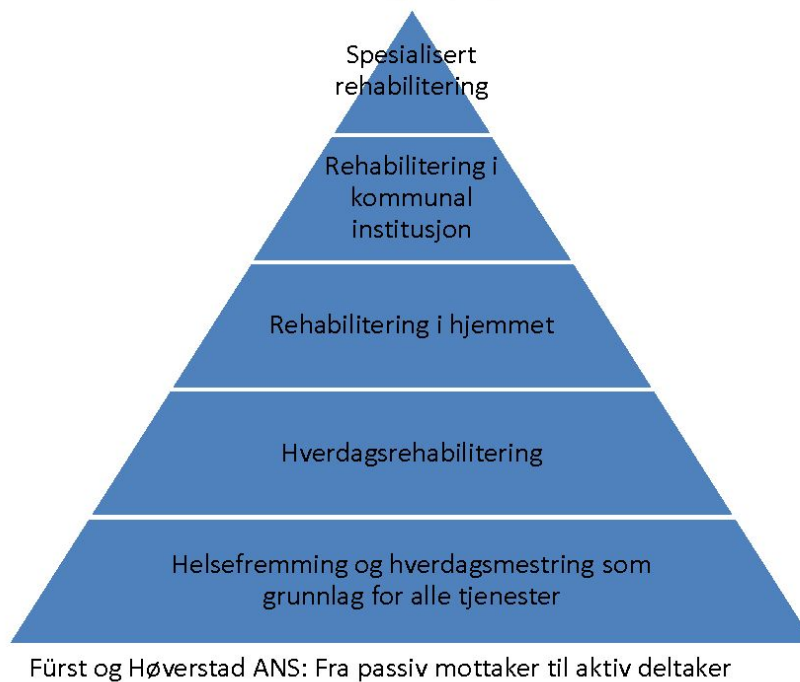
Hverdagsmestring består av to arbeidsformer: *tidlig innsats* og *hverdagsrehabilitering*.

Arbeidsformene er implementert i alle bydeler, men målgruppen er fortsatt avgrenset. Fra 2018 inkluderes personer med demens. Målet er at denne arbeidsformen skal bli en integrert del av alle tjenestene og at målgruppen etter hvert kan utvides.

Tidlig innsats settes inn før behov for hjemmetjenester oppstår. Fysioterapitjenesten, ergoterapitjenesten og helse- og velferdskontoret samarbeider om tilbudet. Målgruppen er eldre med begynnende bevegelsesproblemer, eldre med synsproblematikk, mistanke om kognitiv svikt og personer som nylig har fått en demensdiagnose.

Hverdagsrehabilitering er aktuelt når det er behov for hjemmetjenester. Tiltakene utføres av ansatte i hjemmetjenesten i samarbeid med bruker, fysioterapeut og ergoterapeut, evt. flere. Målgruppen er personer som på grunn av et funksjonstap opplever at de har økende utfordringer med å utføre eller har sluttet å utføre enkelte daglige aktiviteter de nylig har mestret.

Rehabiliteringspyramiden



[Informasjon om rehabiliteringstilbudet finnes på kommunens nettsider.](#)

Rehabiliteringsteam

Kommunen har tre tverrfaglige ambulante *rehabiliteringsteam* (tidligere kalt innsatsteam) som kan settes inn på få dagers varsel, for eksempel ved utskrivning fra sykehus eller helsehus.

Dagrehabilitering

Kommunens tilbud om dagrehabilitering er per tiden lokalisert i sokkelen ved Bakklandet menighets omsorgssenter og flytter inn i Olavsgården mestringshus når bygget står ferdig i 2019. Bemanningen er tverrfaglig og kapasiteten ligger på 30-35 pasienter pr uke, avhengig av den enkeltes tjenestebehov.

Dagrehabilitering er en rasjonell driftsform både fordi det er lett å samordne tjenestene, utveksle kompetanse og evaluere resultat, men også fordi man sparer tid og ressurser ved at pasienten oppsøker tjenesten istedenfor at hver enkelt tjenesteyter oppsøker pasienten. Forutsetningen er at overføringsverdien til pasientens egne arenaer sikres.



Døgnrehabilitering for voksne

Målgruppen for døgnrehabilitering i helsehusene er voksne og eldre. Bemanningen er tverrfaglig og det er innført en egen bemanningsnorm. Det har vært vurdert å tilrettelegge et eget tilbud for yngre voksne ved ett av helsehusene, men presset på korttidsplassene har ikke gjort det mulig. Døgnrehabilitering for yngre voksne ivaretas i dag hovedsakelig av spesialisthelsetjenesten, inkludert private rehabiliteringsinstitusjoner. Det kommunale tilbudet om døgnrehabilitering til yngre voksne vil bedres i et nytt rehabiliteringssenter.

Per desember 2018 har Trondheim kommune 72 plasser for døgnrehabilitering fordelt mellom Nidarvoll helsehus (50 plasser) og Sjøbustad helsehus (22 plasser). Kapasiteten vurderes kontinuerlig opp mot behov for andre korttidsplasser. Arbeidet med realisering av et nytt senter for døgnrehabilitering på Nidarvoll er i gang, bygget forventes ferdigstilt i 2022. Per dags dato er det uavklart hvor mange plasser det nye bygget skal ha, men det er ønskelig med en økning i antall plasser.

Ergoterapitjenester

[Enhet for ergoterapitjenester](#) bistår innbyggerne med å finne løsninger når det oppstår gap mellom den enkeltes funksjon og hverdagens krav, blant annet gjennom trening i hverdagslivets aktiviteter og tilrettelegging av omgivelsene.

Fysioterapitjenester

Fysioterapeuter jobber med funksjon og bevegelse for å redusere kroppslige plager og fremme helse. [Fysioterapitjenesten i Trondheim kommune](#) består av både fast ansatte fysioterapeuter og fysioterapeuter med kommunal driftsavtale. Fysioterapitjenester ytes både på fysikalske institutt, i Enhet for fysioterapitjenester sine lokaler eller i innbyggenes hjem.

Vistamar

Trondheim kommune tilbyr et individuelt tilrettelagt *helsefremmende* opphold på Vistamar rehabiliteringssenter i Villajoyosa ved Alicante. Målgruppen er personer over 18 år med begynnende funksjonssvikt eller etablert funksjonssvikt der målrettet aktivitet er nødvendig for å:

- forebygge ytterligere funksjonssvikt
- mestre tapte funksjon
- bedre funksjonsnivået

Det er gjennomført endringer i rutine for søknad om opphold, for å sikre at målsettingen for oppholdet har relevans og følges opp etter hjemreise.

Spesialundervisning

[Trondheim voksenopplæringscenter \(TROVO\)](#) gir spesialundervisning til mennesker med ulike typer funksjonshemninger. Tilbudet omfatter blant annet undervisning i språk og alternativ kommunikasjon, utredning og oppfølging ved syns- og hørselsutfordringer. Avdeling for logopedi ved TROVO har tilbud til mennesker med medfødte eller ervervede språk-, tale-, lese- og/eller skrivevansker.

Frihets- og velferdsteknologi

[Frihets- og velferdsteknologisatsingen](#) i Trondheim kommune er en del av Enhet for service og internkontroll. Vi ønsker at våre innbyggere skal føle seg trygge og oppleve mestring enten de er hjemme i egen bolig eller andre steder, derfor er vår visjon: «Trygg der du er!»

Trondheim kommune har gått til anskaffelse av i overkant av 4000 *digitale trygghetsalarmer* i 2018, som primært skal kobles opp via mobilt nettverk. Innføringen påbegynnes i starten av 2019. Kommunen har også tilbud om *lokaliseringstjeneste ved bruk av GPS* for personer over 18 år med orienteringsvansker som bor i eget hjem. Målet med tjenesten er at personen og deres pårørende skal oppleve trygghet, frihet, mestring og selvstendighet. Lokaliseringsteknologi kan bidra til å opprettholde en aktiv hverdag å unngå leteaksjoner. I tillegg kan behovet for tjenester utsettes og personen bo lengre hjemme. *Avstandsoppfølging* er en digital tjeneste for oppfølging av personer med kronisk sykdom. Dette er en forebyggende helsetjeneste med mål om at brukeren skal bli bedre til å mestre sin hverdag med kronisk sykdom. Trondheim kommune tilbyr per i dag tjenesten til personer med diagnosen KOLS og/eller hjertesvikt.

Tekniske hjelpemidler

Enhet for ergoterapitjenester har hovedansvaret for oppfølging av avtaleverket for tekniske hjelpemidler i Trondheim kommune i samarbeid med NAV Hjelpemiddelsentral. I tillegg har kommunen avtale med Norservice om kortvarig utlån av hjelpemidler.

Arbeid og meningsfull aktivitet

Lønnet arbeid er ikke et realistisk mål for alle, men alle har rett til deltakelse i meningsfull aktivitet. Aktivitet er en forutsetning for utvikling og vedlikehold av personlige ressurser. Trondheim kommune har et bredt aktivitets- og kulturtilbud, inkludert tilbud om spesiell tilrettelegging (tilrettelagt fritid) og Den kulturelle spaserstokken. I bo- og aktivitetstilbudene er det en satsning på gradvis arbeidstilvenning gjennom prosjektet «Aktiv i bedrift» og «Helt med», i tillegg til et bredt tilbud innen opplevelser og sansestimulering. [Samarbeidet med stiftelsen Livsglede for eldre](#) bidrar til å integrere meningsfull aktivitet i tilbudet til eldre, både hjemmeboende og beboere på institusjon.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Personer under 67 år med langvarig og stort behov for personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b har rett til å få slike tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse. BPA er en egen form for organisering av praktisk bistand av tjenester. I en rapport fra 2017 konkluderer Trondheim kommunerevisjon med at *kommunen har en fleksibel tilnærming ved at de også gir BPA til brukere som ikke faller inn under rettighetsfestingen, det vil si brukere med behov på under 25 timer i uka og brukere over 67 år. Kommunen har en systematisk metodikk for å kartlegge brukernes behov, fatte og evaluere vedtak.*

5. SAMHANDLING

Brukermedvirkning

Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-10 pålegger kommunene å *etablere systemer* for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Dette er i dag ivaretatt på ulike måter gjennom formelle utvalg, brukerråd og gjennom brukerrepresentasjon i prosjekt- og arbeidsgrupper.

Vi kan si at brukermedvirkning skal skje på tre ulike nivå;

- individnivå: samhandling mellom bruker, pårørende og ansatte
- enhetsnivå: samhandling med bruker og pårørende i enhetenes brukerråd
- systemnivå: samhandling med brukerorganisasjoner gjennom formelle utvalg (Trondheim elderråd, Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne), brukermedvirkning i planprosesser, prosjekter og utviklingsarbeid



Samhandling med bruker og pårørende

Brukerperspektivet skal legges til grunn for all habilitering og rehabilitering. Tiltak og tjenester tar utgangspunkt i personens opplevde behov og mål, kunnskap og ressurser ("Hva er viktig for deg?"). Personen skal få hjelp til å klare seg mest mulig selv, og nødvendig hjelp til det de ikke klarer. Man skal få rask oppfølging ved akutt sykdom eller ved forverring av helsetilstanden. God koordinering er viktig og individuell plan er egnet som verktøy for å sikre at alle jobber sammen mot personens mål.

Pårørendes kunnskap og ressurser er viktig. Innhenting av slik informasjon krever systematikk og kultur for pårørendesamarbeid i tjenestene. Kommunens ansatte skal etterspørre pårørendes behov og ressurser og avklare forventninger og muligheter. Personer med særlig tyngende omsorgsarbeid

skal få nødvendig støtte, blant annet i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad. Enhetene skal ha systemer og rutiner som legger til rette for informasjon og dialog med pårørende. [Veileder for pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#) skal være kjent og tatt i bruk på alle enheter.

Samhandling med brukerorganisasjoner og frivillig sektor

Samarbeid med *brukerorganisasjoner* er viktig både i tjenesteutvikling og i likepersonsarbeid. Helse- og omsorgstjenesten skal også legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og med frivillige organisasjoner *som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten*.

Innen lærings- og mestringsvirksomheten er det utviklet en nasjonal samarbeidsmodell for identifisering av behov, planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak ("*standard metode*") som Trondheim har tatt i bruk.

Frivilligsentraler fungerer som møteplasser og brobyggere mellom mennesker som ønsker å yte eller utføre frivillige tjenester. Frivilligsentralene formidler aktivitet og kontakt mellom mennesker i lokalmiljøet. Kommunen og frivilligsentralene samarbeider om utvikling av tilbudet om fysisk aktivitet. [I Trondheim er det i dag 11 frivillighetsentraler](#).

I 2014 inngikk Trondheim kommune samarbeid med *Selvhjelp Norge* om etablering av koordineringskontor for selvhjelpsgrupper (LINK Trondheim). Driften av Link Trondheim er lagt til Røde kors.

Samhandling internt i helse- og omsorgstjenestene

Gode habiliterings- og rehabiliteringsforløp setter krav til god samhandling og dialog mellom våre tjenester, inkludert fastlegene. Det er etablert ulike møtearenaer for å sikre dette, blant annet lokalt samarbeidsutvalg med fastlegene, samarbeidsutvalg med fysioterapeuter med driftsavtale, nettverk for læring og mestring og ukentlige tverrfaglige møter mellom hjemmetjenestene, Enhet for ergoterapitjenester og Enhet for fysioterapitjenester. I 2018 er det etablert et nettverk i rehabilitering bestående av representanter fra koordinerende enhet, døgnrehabilitering og rådmannen. Nettverket skal utvides med flere tjenester.

Tverrsektorielt samarbeid

Samhandlingen kan inkludere flere kommunale sektorer i tillegg til helse- og omsorgstjenestene, for eksempel utdannings- og kultursektoren, dersom brukerens mål tilsier det.

Universell utforming

Den grunnleggende ideen bak universell utforming er å utforme samfunnet slik at så mange som mulig kan delta aktivt uavhengig av funksjonsevne.

Byutvikling blir ikke involvert i individuelle habiliterings- og rehabiliteringstjenester, men kan ha stor innvirkning på måloppnåelse og tjenestebehov for den enkelte gjennom tilrettelegging av lokalsamfunnet. Vi må sikre god dialog med Byutvikling *slik at alles behov, uavhengig av funksjon, blir ivare tatt* ved store investeringer i ny infrastruktur i kommunen. Dårlig planlegging kan få store konsekvenser både for innbyggernes selvstendighet og for kommunens utgifter til helse- og velferdstjenester.

Spesialisthelsetjenesten

Kommunen kan få veiledning fra spesialisthelsetjenesten ved problemstillinger som kommunen ikke kan forventes å ha god nok kompetanse på selv. Tilsvarende har kommunen en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten som skal sikre faglig forsvarlighet i overgangene mellom nivåene.

Det foreligger samarbeidsavtaler, rutiner og faglige samarbeidsutvalg (fagråd) for kommunene og St. Olavs hospital HF for de fleste fagområder, inkludert habilitering og rehabilitering. Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) er det overordnede samarbeidsutvalget.

NAV

Det er inngått samarbeidsavtale med NAV med hjemmel i Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, og med NAV Hjelpemiddelsentral. Avtalen med Hjelpemiddelsentralen omfatter hjelpemiddelformidling, opplæring, informasjon, opprettelse av lokalt oppsamlingssted for hjelpemidler, intern transport, teknisk service og vedlikehold, samt tolketjeneste for døve og døvblinde.

6. MEDVIRKNING I PLANPROSESSEN

Det ble informert om rulling av planen i Trondheim eldreråd og Kommunalt råd for mennesker med funksjonsnedsettelse (KFU) 30.1.2019, og senere i KFUs fellesmøte 4.4.2018. Det ble invitert til å sende inn skriftlige innspill. Medarbeiderne ble invitert til å sende innspill gjennom ledernetverket for helseenhetene, hjemmetjenestene og helsehus 17.1.2018. Vi har i forkant av den politiske behandlingen mottatt skriftlige innspill fra Trondheim seniorråd og Autismeforeningen samt muntlige innspill fra KFU.

Planen ble sendt på innspillsrunde til aktuelle enheter i organisasjonen og til arbeidstakerorganisasjonene i august 2018, med høringsfrist 14.9.2018. Rådmannen har holdt Klæbu kommune orientert om arbeidet med rulling av planen og de har kommet med innspill til nytt plandokument.

Etter behandling i KFU 23.10.18 ble planen sendt på høring til brukerorganisasjoner, St. Olavs hospital ved Samhandlingsavdelingen, Klæbu kommune og til interne enheter 29.10.2018 med høringsfrist 19.11.18. Innspillene er innarbeidet i endelig plan.



7. UTFORDRINGER

”Kommunen vil i større grad enn tidligere bidra til at innbyggerne, både individuelt og kollektivt, blir i stand til å ta ansvar selv, gjøre egne valg og gjøre bruk av sine samlede ressurser.”

Kommuneplanens samfunnsdel 2009-2020 (s.5)



Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering

Tidlig innsats og rehabilitering vil få stor betydning for helsesektorens bærekraft i årene som kommer. *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering* bekrefter de tidligere signalene fra nasjonale myndigheter om at kommunene vil få et utvidet ansvar, og at dette særlig vil gjelde de store diagnosegruppene. Planen baserer seg på Helsedirektoratets anbefalinger om ansvarsfordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten:

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.: <ul style="list-style-type: none">– muskel- og skjelettsykdommer– livsstilssykdommer– lettere psykiske lidelser– diabetes	Rehabilitering av særlig kompleks art, i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå, f.eks. til pasienter med: <ul style="list-style-type: none">– progredierende nevrologiske tilstander– ved betydelige endringer og i akutte faser– nevrologiske tilstander som CP, hjerneslag med komplekse utfall, spinalskade, traumatisk

<ul style="list-style-type: none"> – kols og lungesykdommer – kreft – rehabilitering i senere fase innen hjerte- og karsykdommer, herunder hjerneslag – rehabilitering ved mindre omfattende behov etter ortopedisk behandling. 	<ul style="list-style-type: none"> 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 2015

Faglig sett er det et stort potensial til å utvide kommunens ansvar på dette området fordi habilitering og rehabilitering handler om å mestre hverdagen der man bor, og det er kommunene som kan realisere gevinsten av rehabiliteringsvirksomheten.

En viktig forutsetning for at denne overføringen av oppgaver skal lykkes er at tilbud i spesialisthelsetjenesten ikke trappes ned før det er bygget opp i kommunene.

Trondheim kommune erfarer imidlertid at det foregår en nedtrapping i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av kommunens kapasitet. En [rapport publisert av Helsedirektoratet](#) nylig viser en gradvis reduksjon i antall pasienter som har mottatt rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Tall fra SSB viser at antall mottakere av rehabilitering i institusjon i kommunene har vært tilnærmet stabilt siste år, mens mottakere av rehabilitering utenfor institusjon har gått ned, etter tidligere å ha økt.

Helsedirektoratet har skjerpet inn kriteriene for *behov for nødvendig spesialisthelsetjenester*. Dette reguleres blant annet gjennom refusjonssystemet i spesialisthelsetjenesten og helseforetakets anbudssystem for de private rehabiliteringsinstitusjonene. Noen tilbud legges ned med henvisning til at de kommer inn under det kommunale ansvaret. I tillegg påvirkes ansvarsfordelingen av daglig praksis og spesialisthelsetjenestene rett til å avgrense eget ansvar å definere når en pasient er utskrivningsklar.

Det følger statlige stimuleringsmidler med opptrappingsplanen, men midlene samsvarer ikke med det økende ansvaret. Trondheim kommune har mottatt i underkant av 3 mill. kroner i økte rammeoverføringer og henholdsvis 3,55 og 4,25 mill kroner i tilskudd i 2017 og 2018. Tilskuddsmidlene er begrenset til tre år (2017-2019). Dette bidrar til kompetanse- og tjenesteutvikling, men ikke til kapasitetsøkning og drift over tid. *Det er derfor en reell fare for at befolkningens samlede tilgang på habiliterings- og rehabiliteringstjenester svekkes i årene som kommer.*

Prioritering og kapasitet

Helsedirektoratets rapport om avklaring av oppgavefordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten sier at *det må utarbeides kriterier for prioritering innen rehabiliteringsfeltet, videre at prioritering av hvem som skal få hvilken rehabilitering i kommunen må underlegges klare tverrfaglige retningslinjer. Systematikken skal følge et lignende mønster som prioriteringene som gjøres av henvisninger til spesialisthelsetjeneste (IS- 1947).*

Prioritering blir en stor utfordring i årene som kommer. Hovedutfordringen for kommunene er at kommunen må frigjøre ressurser fra andre pressede områder for å styrke rehabiliteringsvirksomheten. Tidligere utskrivning fra sykehus, endringer i tjenester fra Klinik for servicefunksjoner ved St. Olavs hospital og redusert tilbud ved private rehabiliteringssenter får direkte konsekvenser for de kommunale helsetjenestene. Ventetiden er for lang for noen tjenester, særlig for personer med kronisk sykdom med behov for ergoterapi. Hos fysioterapeuter med

driftsavtale er ventetiden lang for personer med kronisk sykdom og svært lang for psykomotorisk fysioterapi på grunn av mangel på tilsvarende kompetanse i spesialisthelsetjenesten.

Trondheim kommune har regulert rammene for (re)habiliteringstjenester i tråd med befolkningsutviklingen. Kapasiteten er økt noe ut over dette innen hverdagsmestring og frisklivs- og mestringstilbud. Vi har også arbeidet for å få mer ut av tilgjengelige ressurser gjennom kompetanseoppbygging, bedre kapasitetsutnyttelse og utvikling av nye arbeidsformer.

Tidlig innsats og vurdering av behov

Forebygging og tidlig innsats er avgjørende for å unngå tap av selvstendighet og behov for helse- og omsorgstjenester. Behov for habilitering og rehabilitering skal vurderes straks det avdekkes sammensatte behov. Befolkningen skal oppleve at tilbudet er tilgjengelig. Kommunens tilbud er fortsatt for dårlig kjent blant brukere og samarbeidspartnere, og tjenestene kan oppleves som vilkårlige og fragmenterte.

Helse- og velferdskontorenes rolle som *koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering* må videreutvikles og synliggjøres bedre for innbyggerne.

Andelen personer i Trondheims befolkning som har fått tilbud om habilitering og rehabilitering har gått litt ned i foregående periode, kanskje med unntak av enkelttjenester som ergoterapi og fysioterapi. Dette indikerer at behov ikke avdekkes godt nok.

En del mennesker mottar over mange år en serie enkelttiltak eller tjenester uten at tjenestene samordnes. Mange er fullt i stand til å koordinere tjenestene selv, mens andre har behov for koordinator og målrettet bistand for å unngå ytterligere tap av funksjon. Strategien *hverdagsmestring* tar tak i disse utfordringene og systematiserer kartlegging og samarbeid. Implementering av tidlig innsats og hverdagsrehabilitering krever nytenkning, kompetanseutvikling og innarbeiding av nye arbeidsmåter og samarbeidsformer. Dette må videreutvikles og målgruppen bør utvides. Dette må komme etter hvert som tjenestene behersker arbeidsformen og økt kapasitet kan finansieres. Det er også behov for å evaluere arbeidet underveis og skaffe seg mer kunnskap om hvem som nyttiggjør seg tilbudet best. Samarbeid med forskningsmiljø blir derfor viktig.

Oversikt over behov for habilitering og rehabilitering

I de siste tiårene er tallet på brukere under 67 år som mottar omsorgstjenester nesten tredoblet og utgjør snart 40 prosent av alle. Det er færre av de yngste eldre mellom 67 og 79 år som bruker tjenestene, mens antallet brukere som er 80 år eller eldre har holdt seg stabilt, til tross for at eldre utgjør en stadig større andel av befolkningen (Opptappingsplanen, side 18).

Majoriteten av brukere av Trondheim kommunes rehabiliteringstjenester er i dag *over 67 år* og rehabilitering er et sentralt satsingsområde i [Eldreplan 2016 - 2026](#).

Riktig dimensjonering av habiliterings- og rehabiliteringstjenester betinger tverrfaglig vurderingskompetanse, systematisk behovsregistrering og IKT-verktøy. Vurderingskompetansen handler om å vite hvordan man kan påvirke funksjon og selvstendighet gjennom ulike tiltak. Jo bredere tverrfaglighet, jo flere løsningsmuligheter. Det handler også om å kunne avgjøre *tidspunktet* for intervensjon, f.eks. når det er *nødvendig* med tverrfaglig innsats.

Det er iverksatt et arbeid for å kvalitetssikre og systematisere behovsvurdering og koordinering. Kartlegging av rehabiliteringsbehov vil gi grunnlag for å utarbeide retningslinjer for prioritering. Dagens digitale fagsystemer er dårlig egnet til å registrere behov for tidlig innsats og rehabilitering. Beslutningsgrunnlag for dimensjonering av tjenester blir derfor dårlig. Utbedring av denne situasjonen betinger samarbeid mellom kommuner og statlige myndigheter. Det er særlig viktig å

utvikle styringsdata som viser oppgaveforskyvning mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste.

Flere personer med kronisk sykdom og (lang)varige funksjonsnedsettelse

Tilbudet til personer med kronisk sykdom og langvarig funksjonsnedsettelse må utbedres. Dette er en mangfoldig målgruppe som har det til felles at de har tiltakende utfordringer med å mestre hverdagen på grunn av medfødte eller senere ervervede skader eller kronisk sykdom.

Tjenestebehovet varierer mye over tid. Det svakeste leddet er i dag tidlig innsats. En arbeidsgruppe har utarbeidet forslag til utbedringer, se rapporten [Helhetlig pasientforløp i tidlig fase ved kronisk sykdom](#) (nov. 2017). Denne rapporten må følges opp i kommende planperiode.

Råd, veiledning og opplæring er viktig for å ivareta mestringsevne og egen helse. Frisklivs- og lærings- og mestringsvirksomheten er viktig i denne sammenheng. *Olavsgården mestringshus* blir et viktig tilbud overfor disse målgruppene. En samlokalisering av flere tjenester og tilbud gir bedre forutsetninger for kompetanseutvikling, nye arbeidsmodeller, kapasitetsutnyttelse og utvidet samarbeid med brukerorganisasjonene. Tverrfagligheten bør utvides for å ivareta flere målgrupper og tverrfaglige team må settes sammen etter behov. Mange av de som mister tilbud i spesialisthelsetjenesten vil kunne fanges opp gjennom dette tilbudet.

Kompetanse

Vurdering av behov krever tverrfaglighet og kompetanse. Vi jobber med videreutvikling av kartleggingsverktøy og (re)habiliteringsforløp i koordinerende enhet og rehabiliteringstjenestene. De ansattes observasjons- og vurderingskompetanse må styrkes slik at vi enda bedre sikrer at nytt eller endret behov avdekkes så tidlig som mulig. En andel av personalet i våre rehabiliteringstilbud bør ha etter- og videreutdanning innen rehabilitering og vi må sikre at vi jobber kunnskapsbasert og at tiltakene våre er virkningsfulle. Vi er i ferd med å prøve ut en egen undersøkelse for å måle brukernes opplevelse av kvalitet i døgnrehabilitering. Resultatet vil benyttes til kvalitetsforbedring.

I bo- og aktivitetstilbudene er det fokus på habilitering gjennom strategien utviklingsfremmende tjenester. Også her er kartlegging, analyse, tiltak og evaluering sentrale kompetanser.

Samhandling

Samhandling med bruker og pårørende er helt avgjørende for å lykkes i en habiliterings- og rehabiliteringsprosess. Dette er noe vi har stort fokus på, men allikevel ser vi at samhandlingen svikter av og til. Vi må sikre innbyggerne informasjon om hvor de skal henvende ved behov for habilitering og rehabilitering (koordinerende enhet). Den nye *Pårørendeveilederen* beskriver krav til hvordan vi skal møte pårørende, og dette er noe vi jobber med.

“Godt samarbeid på tvers av tjenestenivåer er en forutsetning for et godt rehabiliteringstilbud. Spesielt sårbar er overgangen fra opphold i spesialisthelsetjenesten til egen kommune, hvor behov for videre rehabilitering må fanges opp og ivaretas.” Fra opptrappingsplanen, side 5.

Gode pasientforløp kjennetegnes av sammenheng, gode overganger mellom ulike nivå i helsetjenesten og at riktig tjeneste settes inn til rett tid. Dette forutsetter at tjenestene har god observasjons- og vurderingskompetanse og at de ulike aktørene samhandler på en hensiktsmessig måte til det beste for brukeren. Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov tydeliggjør at ledelsen har et særlig ansvar for å sikre dette. Trondheim kommune har gjennom *fagverktøyet helhetlig pasientforløp* gode systemer som skal sikre overganger. Allikevel ser vi at det svikter i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten og internt i kommunen, for eksempel når rutiner ikke følges eller ved mangel på kompetanseoverføring. Det er påstartet et arbeid med revisjon av avtaleverket som regulerer samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og

spesialisthelsetjenesten. Dette arbeidet må ta inn over seg dagens utfordringsbilde og sørge for at avtaleverket blir enda mer presist slik at den praktiske samhandlingen blir enda bedre.

Forbedringspotensialet er stort for utvikling av nye samarbeidsformer med brukerorganisasjoner og frivillig sektor innen tjenesteutvikling. Utfordringen er å ivareta alle på en likeverdig måte og nå fram med informasjon. Informasjon om rehabilitering på kommunens nettsider er nylig utbedret.

Det er et stort mangfold av aktiviteter og tilbud i regi av brukerorganisasjoner og frivillige lag og organisasjoner. Kommunen bør støtte opp under dette arbeidet. Nye former for dialog og samarbeid bør utvikles.

Individuell plan (IP) og bruk av koordinator

Mennesker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan og kommunen skal tilby koordinator. Kommunalt råd for mennesker med funksjonsnedsettelse melder i sitt innspill til planen at bruk av ulike begrep forvirrer: koordinator, primærkontakt og kontaktperson. I denne temaplanen handler begrepet koordinator om en rettighet regulert i *Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator*.

En IP er brukerens plan og et verktøy for brukermedvirkning. Bruken av IP og koordinator er fortsatt lav og signaler fra brukere og medarbeidere tyder på at terskelen er høy for å utløse disse rettighetene. Kvaliteten på IP kan også være dårlig. Kompetansen på og formålet med bruk av koordinator og IP bør derfor styrkes.

Det bør vurderes om helseplattformen og helhetlig pasientforløp (HPH) kan utvikles slik at IP blir en naturlig del av planleggingen og samhandlingen med brukeren. Fokus for kommende planperiode må bli å sikre reell brukermedvirkning i alle forløp og at alle som ønsker det får en koordinator og/eller individuell plan i tråd med rettighetene.

Frihets- og velferdsteknologi og tekniske hjelpemidler

Frihets- og velferdsteknologi vil få stor betydning for personer med behov for habilitering og rehabilitering. Det er viktig at kommunen prioriterer utvikling av teknologi som støtter opp under brukernes selvstendighet og mestring og som kan øke mulighetene for sosial deltakelse og samhandling.

Kommunens ansvar for tekniske hjelpemidler er en del av kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering. Behov for spesialhjelpemidler påvirkes av den universelle utformingen av produkter i markedet, ikke minst innen IKT.

Det vurderes å overføre mer eller hele ansvaret for *hjelpemiddelformidlingen* til kommunen. Det er et stort potensial for forenkling og digitalisering i forvaltning av hjelpemidler. Et utvidet kommunalt ansvar vil også by på store organisatoriske, administrative og økonomiske utfordringer. Se mer om dette i [arkivsak 17/7231, pol. sak 103/17](#).

Arbeid og meningsfull aktivitet

“Arbeid er et viktig bidrag til hverdagsmestring og livskvalitet for personer som har store ressurser, men som ikke får utnyttet sitt potensiale. Det er et tragisk paradoks at de personene som behøver minst tilrettelegging, ofte er mest misforstått og får minst hjelp for å komme i en ordinær jobb. Resultatet er at mange ender opp med alvorlige tilleggs lidelser, isolasjon, og uføretrygd.”

(utdrag fra Autismeforeningens innspill til planen)

Habilitering og rehabilitering skal bidra til *tilhørighet og deltakelse sosialt og i samfunnet*. Sosial isolasjon øker risikoen for tiltakende funksjonsnedsettelse. Man må derfor være særlig oppmerksom

dersom funksjonsnedsettelsen er av en slik karakter at sosial deltakelse blir utfordrende. Dette gjelder både personer i yrkesaktiv alder og eldre. Kartlegging av *behov knyttet til arbeid, aktivitet og sosial deltakelse* skal derfor vektlegges i behovskartleggingen. Her blir samarbeid mellom helsesektor og andre sektorer viktig.

Som studieby opplever Trondheim kommune utfordringer knyttet til ivaretagelse av studenter med behov for helse- og omsorgstjenester. Studentene får beskjed om studieplass sent og kommer flyttende til byen like før studiestart. Flere av studentene har behov for omfattende tjenester som krever samhandling mellom kommunen, studiested og NAV. Mange av studentene ønsker BPA.

Personer i yrkesaktiv alder har ofte et mål knyttet til arbeid, og det er en stor utfordring å bidra til at flest mulig personer med kronisk sykdom og varige funksjonsnedsettelse fortsetter eller inkluderes i arbeidslivet. Inntektsgivende arbeid er primært NAVs ansvar, men kommunehelsetjenesten må ta sin del av ansvaret og samarbeider med NAV og arbeidsgivere i de tilfeller tjenestemottakere har en målsetting om å fortsette eller komme ut i arbeid. Andelen personer med funksjonsnedsettelse (20-64 år) i inntektsgivende arbeid i Norge er lav sammenlignet med andre europeiske land, og utviklingen går feil vei. I 2014 var 52,3% av personer med funksjonsnedsettelse i inntektsgivende arbeid i Norge, mot 56,6% i Sverige, 59,7 % i Tyskland og 70,4% i Sveits. (forskning.no 15.12.2017)



Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

I en brukerundersøkelse om BPA våren 2017 kom det fram noen områder brukerne er mindre fornøyd med:

- de har ikke fått god nok informasjon fra saksbehandlerne om BPA
- de synes ikke at saksbehandler har god nok kunnskap om BPA
- brukernes påvirkningsmulighet under saksbehandlingsprosessen
- trygghet på at saksbehandler koordinerer tjenestene på en god måte

Det er i ettertid vært jobbet med utbedring av [informasjon om ordningen på kommunens nettsider](#) og rutinen for saksbehandling er endret i tråd med fylkesmannen merknad i et tilsyn i 2015. Helse- og

velferdskontorene må sikre at ansatte er kjent med rutiner og har tilstrekkelig kunnskap om ordningen.

Bolig

For unge personer med funksjonsnedsettelse kan det være en utfordring å finne en egnet bolig og flytte for seg selv. I dagens private boligmarked er det imidlertid blitt flere boliger med livsløpsstandard/universell utforming og heis i bygget. Husbanken har gode ordninger for startlån og tilskudd til kjøp av bolig, bostøtte og tilskudd for utbedring av bolig. Enhet for ergoterapitjenester bistår med funksjonsvurdering, og anbefalinger for tilrettelegging.

Personer som på grunn av økonomiske, helsemessige eller sosiale forhold ikke er i stand til å skaffe seg bolig selv, eller med hjelp fra andre, kan søke om leie av kommunal bolig. Kommunen har både ordinære utleieboliger og boliger med tilgjengelige omsorgstjenester. Personer som leier kommunal bolig og som har behov for spesiell tilrettelegging/ombygging av boligen kan få bistand fra kommunen til dette.

8. HANDLINGSPLAN

Satsingsområder og tiltak vil evalueres fortløpende i planperioden, blant annet gjennom det årlige arbeidet med handlings- og økonomiplan. Planens handlingsdel må sees i sammenheng med periodemål og resultatindikatorer i handlings- og økonomiplan.

Strategiske hovedgrep fra kommuneplanens samfunnsdel legges til grunn: *mestring, samhandling, samarbeid og samordning, medvirkning, kommunikasjon, ressursstyring og kompetanseutvikling.*

Det bør legges til grunn at innbyggernes behov for tjenester kan påvirkes gjennom tidlig identifisering av behov og målrettet og strukturert innsats.

Satsingsområder og tiltak

Satsingsområdene tar utgangspunkt i utfordringene som er beskrevet i planen:

8.1 Oversikt over behov for habilitering og rehabilitering

- Prosjektet *Opptrapping og utvikling av habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i Trondheim kommune* videreføres. Det inkluderer kompetanse- og kvalitetsutvikling, registrering og rapportering av styringsdata.
 - Ansvar: rådmannen i samarbeid med prosjektledelse i Helse- og velferdskontor
- Kartlegging av behov skal inkludere arbeid, aktivitet og sosial deltakelse.
 - Ansvar: Alle som kartlegger rehabiliteringsbehov og utarbeider pasientforløp
- Styringsdata om habilitering og rehabilitering analyseres kvartalsvis.
 - Ansvar: rådmannen, Enhet for service og internkontroll og Helse- og velferdskontor/koordinerende enhet
- Trondheim kommune samarbeider med statlige myndigheter for å oppnå bedre kvalitet på eksisterende styringsdata i nasjonale register.
 - Ansvar: rådmannen
- Ledelse: Tverrfaglig teamarbeid og helhetlig tilnærming innebærer at tjenester fra ulike enheter virker sammen til det beste for bruker. Det må stilles krav til tydelig og god ledelse på alle nivå.

Eventuelle kostnader: Innenfor enhetenes rammer og eventuelt tildelte tilskudds-/prosjektmidler.

8.2 Kompetanse, tjeneste- og kvalitetsutvikling

- Brukererfaringer skal vektlegges i kvalitetsarbeidet. Det er tatt i bruk en egen brukerundersøkelse for evaluering av døgnrehabilitering.
 - Ansvar: rådmannen, Enhet for service og internkontroll og utøvende enheter
- Kompetanse- og tjenesteutvikling i rehabiliteringstjenestene gjennom bruk av verktøyet helhetlig pasientforløp (HPF) og rehabiliteringsnettverket.
 - Ansvar: rådmannen og aktuelle enheter
- Utvikling av rutiner som sikrer at rehabiliteringsbehov kartlegges før vedtak om kompensierende tiltak vedtas.
 - Ansvar: Helse- og velferdskontor/koordinerende enhet og øvrige enheter

- Opptrapping av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet vurderes årlig i budsjettssammenheng med utgangspunkt i utviklingstendenser og styringsinformasjon.
 - Ansvar: rådmannen i samarbeid med enhetene
- Olavsgården mestringshus utvikles som senter for dagrehabilitering, lærings- og mestringsvirksomhet og samhandling med brukerorganisasjonene.
 - Ansvar: Arbeidet er organisert som et prosjekt med styringsgruppe og ledes av enhetsleder ved mestringshuset.
- Målgruppene for tidlig innsats og hverdagsrehabilitering utvides gradvis.
 - Ansvar og samarbeid: styringsgruppe og lokale prosjektgrupper
- Satsning på arbeid for brukere i bo- og aktivitetstilbudene: Bredding av prosjektet "Aktiv i bedrift" som er satt i stand gjennom samarbeid mellom Byåsen bo- og aktivitetstilbud og blant andre Sverresborg folkemuseum. I tillegg deltakelse i et nasjonalt prosjekt "Helt med" som skal skape arbeidsplasser i McDonalds og Scandic-kjeden.
 - Ansvar: bo- og aktivitetstilbudene i samarbeid med rådmannen
- Kompetanseheving blant ansatte i Alternativ supplerende kommunikasjon (ASK). Kommunikasjonsverktøy for personer med liten eller ingen tale. Byomfattende prosjekt ledet av Heimdal bo- og aktivitetstilbud.
 - Ansvar: involverte enheter i samarbeid med rådmannen
- Kompetansepakken "Boa-skolen" for alle ansatte i bo- og aktivitetstilbudene. Styrken med kurset er at det er egne ansatte som lærer bort sine ferdigheter.
 - Ansvar: bo- og aktivitetstilbudene i samarbeid med rådmannen
- Kompetanseutvikling i bruk av velferdsteknologi i bo- og aktivitetstilbudene i samarbeid med NTNU. Målet er at brukerne skal få et mer selvstendig liv.
 - Ansvar: bo- og aktivitetstilbudene i samarbeid med rådmannen
- Fagmiljøene i Trondheim og Klæbu integreres i kompetanse- og tjenesteutvikling.
 - Ansvar: enhetslederne
- Økt kompetanse når det gjelder observasjon og kartlegging er en forutsetning for ønsket kvalitetsutvikling.
 - Ansvar: enhetsledelse
- I etterutdanning skal relasjons- og samhandlingskompetanse vektlegges.
 - Ansvar: enhetsledelse

Eventuelle kostnader: Innenfor enhetenes rammer og eventuelt tildelte tilskudds-/prosjektmidler.

8.3 Kronisk sykdom og (lang)varige funksjonsnedsettelse

- Oppfølging av anbefalingene i rapporten [Helhetlig pasientforløp i tidlig fase ved kronisk sykdom](#) (nov. 2017) integreres i *Prosjekt Opptrapping og utvikling av habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i Trondheim kommune*.
 - Ansvar: rådmannen sammen med prosjektgruppe og styringsgruppe

Eventuelle kostnader: Innenfor enhetenes rammer og eventuelt tildelte tilskudds-/prosjektmidler.

8.4 Samhandling

- Helse og velferd skal utvikle dialogen med brukerorganisasjonene gjennom å prøve ut åpne møter/workshops om tema som er av felles interesse. Aktuelle tema kan være brukermedvirkning, opplæring og forventninger til brukerrepresentanter, habilitering/rehabilitering, individuell plan.
 - Ansvar: rådmannen i samarbeid med brukerorganisasjonene
- Brukerundersøkelser benyttes til å vurdere om vi lykkes i samhandlingen med bruker og pårørende.
 - Ansvar: rådmannen, Enhet for service og internkontroll og enhetene
- Prosjektet "Brukerstemmen" i samarbeid mellom bo- og aktivitetstilbudene og NTNU/vernepleierutdanningen som blant annet handler om å få fram brukernes reelle opplevelser av tjenestene gjennom brukerundersøkelser.
 - Ansvar: rådmannen og bo- og aktivitetstilbudene
- Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten gjennomgås i alle brukerråd.
 - Ansvar: rådmannen og enhetene
- Alle enheter skal ha rutiner som sikrer at barn som pårørende blir ivaretatt.
 - Ansvar: rådmannen, Enhet for service og internkontroll og enhetene
- Samarbeid med pårørende er satt i system på alle tjenesteområder.
 - Ansvar: rådmannen, Enhet for service og internkontroll og enhetene
- Det utvikles et lærings- og mestringstilbud for pårørende til personer med store og sammensatte behov.
 - Ansvar: Olavsgården mestringshus
- Olavsgården mestringshus utvikles som arena for samhandling med brukerorganisasjoner. Det legges til rette for utlån av lokaler og mulighet for lån av kontorplasser.
 - Ansvar: Olavsgården mestringshus
- Faste møtefora innen tidlig innsats og hverdagsrehabilitering, rehabiliteringsnettverk og lærings- og mestringnettverk styrker samhandlingen mellom enheter internt i kommunen.
 - Ansvar: rådmannen og enhetene
- Utvikle en tydeligere avklaring av oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste gjennom etablerte samarbeidsorgan, samarbeidsplaner og -avtaler.
 - Ansvar: rådmannen

Eventuelle kostnader: Innenfor enhetenes rammer og eventuelt tildelte tilskudds-/prosjektmidler.

8.5 Individuell plan (IP) og koordinator

- Andelen brukere med IP og koordinator skal økes blant annet gjennom arbeidet med kompetanseutvikling i koordinerende enhet.
 - Ansvar og samarbeid: rådmannen i samarbeid med koordinerende enhet og tjenesteapparatet.
- IP og koordinator tas i bruk for nye målgrupper med behov for samordning og forutsigbarhet i tjenestetilbudet.
 - Ansvar og samarbeid: rådmannen i samarbeid med koordinerende enhet og øvrige enheter.
- Trondheim kommune bidrar til å utvikle digitale verktøy som forenkler og styrker samhandling med brukeren, herunder digitalt verktøy for bruk av individuell plan og ivaretagelse av koordinatorrollen.
 - Ansvar: rådmannen

Eventuelle kostnader: Innenfor enhetenes rammer og eventuelt tildelte tilskudds-/prosjektmidler. Styrking av helse- og velferdskontorene/koordinerende enhet må vurderes da de tillegges et utvidet ansvar for koordinatorrollen i forbindelse med nye brukergrupper.

9. VIKTIGE STYRINGSdokumenter

1. [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#) (2011)
2. [Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator](#). (2011)
3. [Veileder for habilitering, rehabilitering individuell plan og koordinator](#). HelseDirektoratet 2018.
4. [Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering](#). Særtrykk til Prop. 1 S (2016–2017)
5. [Lov om endringer i helselovgivningen](#). Prop.71 L (2016-2017).
6. [Lov om likestilling og forbud mot diskriminering](#). (2017)
7. [Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#). HelseDirektoratet 2018.
8. [Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#). HelseDirektoratet 2018.
9. [Forskrift om fastlegeordning i kommunene](#) (2012, sist endret i 2018)
10. [Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunaldriftsavtale](#) (2017)
11. [Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten](#). HelseDirektoratet 2018.
12. [Utvikling av kvalitetsindikatorer for kommunal døgnrehabilitering](#). HelseDirektoratet 2018.
13. [Helhetlig pasientforløp i tidlig fase ved kronisk sykdom](#). Rapport, Trondheim kommune 2017
14. [Eldreplan 2016-2026](#), Trondheim kommune.
15. [Temaplan Psykisk helse og rus 2017-2020](#), Trondheim kommune.
16. [En bedre hverdag for alle. Utviklingsfremmende helse- og omsorgstjenester 2015-2018](#), Trondheim kommune.
17. [Plan for habiliteringstjenester barn og unge 2015-2018](#), Trondheim kommune.
18. [Strategi 2030](#) Helse Midt-Norge RHF
19. [Regional utviklingsplan 2019-2022](#) Helse Midt-Norge RHF 2018
20. [Utviklingsplan 2019-2035](#) St. Olavs hospital 2018
21. [Rehabilitering i Midt-Norge](#) Prosjektrapport utarbeidet i samarbeid mellom KS og Helse Midt-Norge 2014.
22. [Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted –til rett tid](#). St.meld. nr. 47 (2008-2009)
23. [Morgendagens omsorg](#). Meld. St. 29 (2012–2013)
24. [Prioriteringsveileder - habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten](#) 2015
25. [Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet](#). HelseDirektoratet 2012.
26. [Nasjonal hjernehelsestrategi \(2018–2024\)](#). Helse- og omsorgsdepartementet 2017.
27. [Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag](#). HelseDirektoratet 2017.
28. [Nasjonale faglige retningslinjer for diagnostikk, attack og sykdomsmodifiserende behandling av multippel sklerose](#). HelseDirektoratet 2017.
29. [Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten](#) Dokument 3:11 (2011-2012)
30. [Undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø](#) IS-0365, HelseDirektoratet 2012.
31. [Effekt av rehabilitering på deltaking sosialt og i samfunnet](#). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2009.

VEDLEGG

Protokoller fra politisk behandling

Trondheim kommune

Saksprotokoll

Utvalg: Bystyret
Møtedato: 27.03.2019
Sak: 31/19

Tittel: Saksprotokoll - Temaplan for habiliterings- og rehabiliteringstjenester for voksne 2019 - 2026

Resultat: Behandlet
Arkivsak: 18/1284

Vedtak:

1. Bystyret vedtar Temaplan for habilitering og rehabilitering for voksne for perioden 2019-2026, inkludert handlingsplan med satsingsområder, med følgende tillegg til handlingsplanen:
 1. Tillegg etter siste setning i handlingsplanens innledning:
Det bør legges til grunn at innbyggernes behov for tjenester kan påvirkes gjennom tidlig identifisering av behov og målrettet og strukturert innsats
 2. Nytt punkt under 8.1 - Ledelse:
Tverrfaglig teamarbeid og helhetlig tilnærming innebærer at tjenester fra ulike enheter virker sammen til beste for bruker. Det må stilles klare krav til tydelig og god ledelse på alle nivå.
 3. Nytt punkt under 8.3 Kompetanse, tjeneste og kvalitetsutvikling:
Økt kompetanse når det gjelder observasjon og kartlegging er en forutsetning for ønsket kvalitetsutvikling
 4. Nytt punkt under 8.3 Kompetanse, tjeneste og kvalitetsutvikling:
I etterutdanning skal relasjons- og samhandlingskompetanse vektlegges
2. Rådmannen bes sørge for at familier som venter barn med behov for langvarige og koordinerte tjenester får oppnevnt en koordinator allerede under svangerskapet
3. Bystyret ber rådmannen vurdere om økt satsning på prehabilitering før planlagte operasjoner kan redusere behovet for rehabilitering i etterkant. Dette arbeidet må gjøres i samarbeid med både St. Olavs hospital og fastlegene.
4. Bystyret ber rådmannen sørge for at personer med ervervet skade/funksjonsnedsettelse som oppstår etter medisinsk myndighetsalder får en koordinator fra Helse- og velferdskontoret.
5. Bystyret mener at oppgaveoverføringer fra spesialisthelsetjenesten til kommunen må fullfinansieres, og at kommunen må delta i den endelige avgjørelsen knyttet til overføring av oppgavene. Bystyret ber rådmannen være tydelig på kommunens ståsted i disse spørsmålene i dialog og forhandlinger med St. Olavs hospital, helseforetaket og departementet.
6. Bystyret ber om at tilrettelagte tilbud som gies ved Trondheim voksenopplæringscenter (TROVO), og som er viktig med tanke på rehabilitering, innarbeides og synliggjøres i det

Trondheim kommune

videre arbeidet med temaplanen. Dette medfører at det må være sammenheng i tjenestene som ytes av TROVO og andre kommunale tjenester på disse områdene.

Behandling:

Aage Borrmann (Ap) forslag :

Bystyret ber om at tilrettelagte tilbud som gies ved Trondheim voksenopplæringscenter (TROVO) innarbeides og synliggjøres i det videre arbeidet med temaplanen. Dette medfører at det må være sammenheng i tjenestene som ytes av TROVO og andre kommunale tjenester på disse områdene.

Marte Løvik (Sp) tilleggsforslag til Aage Borrmanns forslag - skal inn etter (TROVO):
og som er viktig med tanke på rehabilitering,

Votering:

Innstillingen ble enstemmig vedtatt.

Borrmanns forslag ble enstemmig vedtatt.

Løviks forslag ble enstemmig vedtatt.

Elektronisk dokumentert godkjenning uten underskrift

Saksprotokoll

Utvalg: Trondheim seniorråd
Møtedato: 13.11.2018
Sak: 40/18

Tittel: Saksprotokoll - Til uttalelse: Temaplan for habiliterings- og rehabiliteringstjenester for voksne 2019 - 2026

Resultat:
Arkivsak: 18/1284

Vedtak:

1. Seniorrådet viser til uttalelse i møte 06.03.2018 om nedtrapping av spesialisthelsetjenester og de økte kostnadene dette påfører Trondheim kommune: *I flere sammenhenger har vi opplevd at Staten overfører oppgaver og ansvar til kommunene uten at en redelig og reell finansiering følger med. Men i oppdragsdokumentet sies det at omstilling av spesialisthelsetjenesten som berører kommunene, ikke skal gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Her ber vi om at administrasjonen er spesielt oppmerksom på utsagnet og varsler politisk nivå dersom det motsatte er i ferd med å skje.*
2. Tilbudet til mennesker med kroniske, uhelbredelige lidelser krever særskilt oppmerksomhet. Kommunen må snarest forsterke arbeidet med individuelle planer til mennesker som har behov for dette. Koordinatorfunksjonen må styrkes.
3. Rådet må trekkes inn i plan- og utbyggingprosessen i prosjekter.

Behandling:

Randi Wiggen forslag:

1. Seniorrådet viser til uttalelse i møte 06.03.2018 om nedtrapping av spesialisthelsetjenester og de økte kostnadene dette påfører Trondheim kommune: *I flere sammenhenger har vi opplevd at Staten overfører oppgaver og ansvar til kommunene uten at en redelig og reell finansiering følger med. Men i oppdragsdokumentet sies det at omstilling av spesialisthelsetjenesten som berører kommunene, ikke skal gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Her ber vi om at administrasjonen er spesielt oppmerksom på utsagnet og varsler politisk nivå dersom det motsatte er i ferd med å skje.*
2. Tilbudet til mennesker med kroniske, uhelbredelige lidelser krever særskilt oppmerksomhet. Kommunen må snarest forsterke arbeidet med individuelle planer til mennesker som har behov for dette. Koordinatorfunksjonen må styrkes.
3. Rådet må trekkes inn i plan- og utbyggingprosessen i prosjekter.

Votering:

Wiggens forslag ble enstemmig vedtatt.

Saksprotokoll

Utvalg: Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
Møtedato: 29.01.2019
Sak: 1/19

Tittel: **Saksprotokoll - Til uttalelse: Temaplan for habiliterings- og rehabiliteringstjenester for voksne 2019 - 2026**

Resultat:
Arkivsak: 18/1284

Vedtak:

Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne ser viktigheten av å løfte opp og frem habiliteringsfeltet i planen.

Planen er begrenset til å være gjeldende fra og med 18 års alder, det til tross for at den helsemessige myndighetsalder etter loven er fra 16 år. Overgangen fra ung til voksen starter før denne alderen og habiliteringstiltak i barne og ungdomsårene må videreføres uansett alder.

For rådet er det viktig å adressere enkeltindividets behov for tjenester ut i fra hvilken livsfase innbyggeren er i. Dette spesielt for kommunens tiltak for yngre funksjonshemmede med livslangt behov for habilitering/rehabilitering som trenger tjenester som er aldersadekvate.

Rådet er positiv til styrking av brukermedvirkning som må styrkes både på individnivå og bedring av vilkår for brukerorganisasjoner.

Trondheims befolkning er mangfoldig og en robust kommune bør i større grad erverve kompetanse på spesielle tilstander og behov. Dette betyr tettere samarbeid med regionale og nasjonale fagmiljø og ressurscenter.

Behandling:

Rådet utarbeidet i fellesskap følgende forslag:

Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne ser viktigheten av å løfte opp og frem habiliteringsfeltet i planen.

Planen er begrenset til å være gjeldende fra og med 18 års alder, det til tross for at den helsemessige myndighetsalder etter loven er fra 16 år. Overgangen fra ung til voksen starter før denne alderen og habiliteringstiltak i barne og ungdomsårene må videreføres uansett alder.

Trondheim kommune

For rådet er det viktig å adressere enkeltindividets behov for tjenester ut i fra hvilken livsfase innbyggeren er i. Dette spesielt for kommunens tiltak for yngre funksjonshemmede med livslangt behov for habilitering/rehabilitering som trenger tjenester som er aldersadekvate.

Rådet er positiv til styrking av brukermedvirkning som må styrkes både på individnivå og bedring av vilkår for brukerorganisasjoner.

Trondheims befolkning er mangfoldig og en robust kommune bør i større grad erverve kompetanse på spesielle tilstander og behov. Dette betyr tettere samarbeid med regionale og nasjonale fagmiljø og ressurscenter.

Votering:

Rådets felles forslag ble enstemmig vedtatt

Elektronisk dokumentert godkjenning uten underskrift