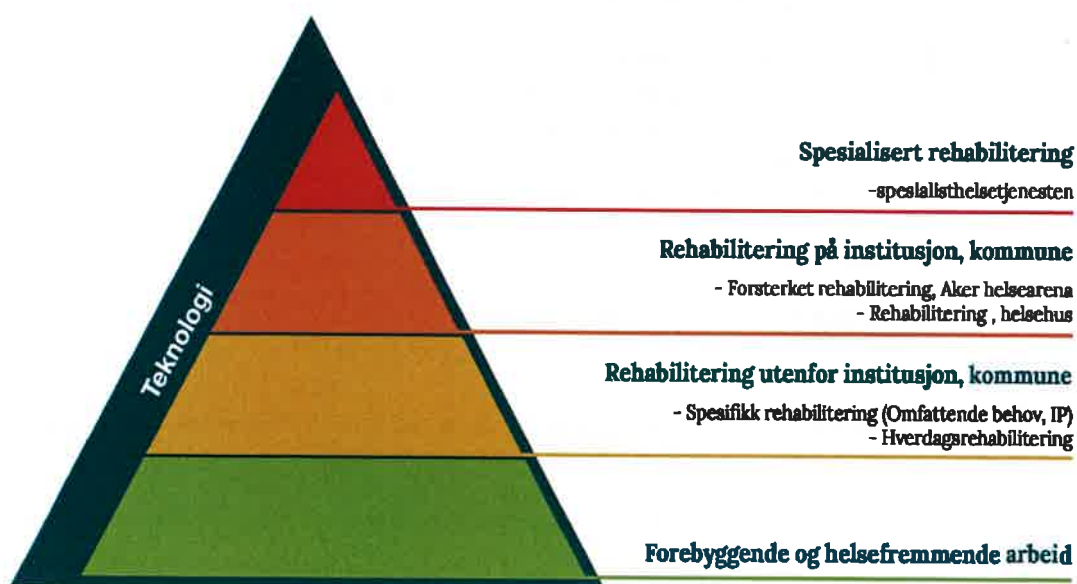


REHABILITERING

Diakonhjemmet Sykehus

Lokalsykehusfunksjonen

Hvordan sikre en fremtidsrettet
rehabilitering i tråd med
overordnede føringer?



Innhold

- 1. Bakgrunn for rapporten**
- 2. Kort historikk om rehabilitering i sykehuset**
- 3. Endret definisjon på rehabilitering fra 2018**
- 4. Nye rehabiliteringsbehov fremover**
 - 4.1 Rehabilitering av kreftpasienter
 - 4.2 Rehabilitering etter gjennomgått Covid-19
- 5. Arbeidsgruppens oppdrag**
- 6. Sammensetning av arbeidsgruppen**
- 7. Overordnede føringer**
 - 7.1 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023
 - 7.2 Rehabiliteringsmeldingen - Stortingsmeld. nr.21 Ansvar og meistring
 - 7.3 Forskrift om habilitering, rehabilitering, koordinerende enhet og individuell plan
 - 7.4 Regional utviklingsplan for Helse Sør Øst (HSØ) 2035
- 8. Hva gjøres av rehabilitering ved sykehuset i dag?**
- 9. Våre samarbeidspartnere**
 - 9.1 Oslo kommune – bydeler – etater – fastleger
 - 9.2 Annen spesialisthelsetjeneste
- 10. Utfordringer i samarbeidet**
 - 10.1 Tilbud styres av kapasitet – mer enn av behov
 - 10.2 Uforutsigbarhet – fordi søknadsprosedyrer, ventetid og prioritering varierer
- 11. Anbefalt organisering av rehabilitering på lokalsykehusnivå**
 - 11.1 Ledergruppe – rehabilitering
 - 11.2 Faggruppe – rehabilitering
- 12. Aktuelle fokusområder**
 - 12.1 Formalisert samarbeid med andre aktører
 - 12.2 Kontinuitet i pasientforløp
 - 12.3 Brukerperspektiv i rehabiliteringen
 - 12.4 Bruk av teknologi og nye arbeidsformer
- 13. Kompetanse**
- 14. Avslutning**
- 15. Vedlegg**
 - Vedlegg 1 *‘Hva gjør vi i dag?’ - Skjematisk oversikt over rehabiliteringen*
 - Vedlegg 2 *Uttalelser fra pasienter og pårørende*
 - Vedlegg 3 *Ambulant rehabiliteringsteam (ART) ved UNN*
 - Vedlegg 4 *Fremtidens rehabilitering i Oslo*

1. Bakgrunn for rapporten

Avdeling for fag og kvalitet (AFK) har de siste 8 – 10 årene hatt systemansvar for rehabilitering i Diakonhjemmet Sykehus når det gjelder lokalsykehusfunksjonen. Avdelingen har iverksatt flere tiltak for å få oversikt over, organisere og systematisere denne virksomheten.

Våren 2019 ble det tatt et nytt initiativ for å få satt rehabiliteringen på sykehuset i system. Det ble avholdt et møte med ledere og ansatte som arbeider med rehabilitering i sykehuset. Man ble enige om at det i første omgang skulle settes ned en arbeidsgruppe med representanter for de somatiske klinikkene som skulle legge frem et forslag til organisering av rehabiliteringsvirksomheten i sykehuset.

Dette ble formulert slik:

Det etableres en gruppe som skal utarbeide forslag til hvordan ansvaret for rehabilitering i sykehuset skal rigges, i denne omgang avgrenset til somatikk.

2. Kort historikk om rehabilitering i sykehuset

Diakonhjemmet Sykehus har lang tradisjon for å drive med kompleks rehabilitering. På 1980-tallet drev sykehuset rehabiliteringsenheter i lokaler i Akersbakken. Da nybygget stod ferdig på Steinerud i 1985, flyttet både revmatologisk avdeling og rehabiliteringsenhetene inn her. Først i 2002 ble rehabiliteringsenheten, som var del av medisinsk avdeling, lagt ned. Sykehuset har i perioder hatt øremerkede senger til slagrehabilitering og også ambulante team. Videre har sykehuset bred tverrfaglig kompetanse, med ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer, kliniske ernæringsfysiologer og logopeders ansatt ved avdeling for klinisk aktivitet (KLA).

I 1999 fikk sykehuset ansvar for å opprette Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR), og i 2000 åpnet Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering (NBRR), begge tilknyttet revmatologisk avdeling. Da både NKRR og NBRR har nasjonale funksjoner regner vi ikke disse tjenestene som del av lokalsykehusfunksjonen.

3. Endret definisjon på rehabilitering fra 2018

Fra 01.05.18 ble definisjonen for rehabilitering endret fra å være ‘...tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål...’ til ikke lenger å være tidsavgrenset. Dagens definisjon lyder som følger:

‘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.’

https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_2

Dette betyr at flere brukergrupper defineres inn som 'rehabiliteringskandidater', f. eks opptrening etter hoftebrudd og slag og pasienter med akutt og subakutt funksjonssvikt. Dermed er en større del av aktivitetene på lokalsykehus definert som rehabilitering. Ved Diakonhjemmet Sykehus har man til nå ikke lyktes med å organisere dette på en optimal måte – verken innen somatikk eller psykisk helse/rus.

4. Nye rehabiliteringsbehov

Det rehabiliteringsfaglige utgangspunktet er at rehabilitering starter samtidig som behandlingen starter. Mange pasienter i vårt sykehus har behov for rehabilitering i tidlig fase, som pasienter med slag, hjertesykdom, lungesykdom, mage/tarmsykdommer, ortopediske pasienter, kreftpasienter, geriatriske pasienter og pasienter med akutt/subakutt funksjonssvikt. Mange av disse pasientene/pasientgruppene får allerede tilbud om rehabilitering i tidlig fase ved sykehuset, men disse tilbudene kan sannsynligvis systemiseres og koordineres bedre internt. (Se pkt. 8 og vedlegg 1).

4.1 Rehabilitering av kreftpasienter

Sykehuset har i mange år behandlet en del pasienter med kreft. I 2020 ble Senter for kreftbehandling etablert i sykehuset. Det innebærer at pasienter som tidligere ble behandlet på Oslo Universitetssykehus (OUS) nå skal få medikamentell kreftbehandling på Diakonhjemmet Sykehus. OUS har gjennom mange år bygget opp ulike rehabiliteringstilbud til denne pasientgruppen. Det vil være naturlig å se nærmere på hvordan kreftsenteret skal samarbeide med OUS også på dette feltet, og om det er behov for et spesielt fokus på rehabilitering av kreftpasienter internt i vårt sykehus.

Det pågår for tiden et prosjekt initiert av OUS knyttet til rehabilitering av kreftpasienter. Prosjektets mål er å «Utvikle rutiner/modeller for bedre samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten for kreftpasienter med komplekse rehabiliteringsbehov». Diakonhjemmet Sykehus og bydelene Bjerke og Frogner er involvert i dette prosjektet.

4.2 Rehabilitering etter gjennomgått Covid-19

I forbindelse med koronapandemien har det blitt en økende oppmerksomhet på rehabiliteringsbehov etter gjennomgått covid-19, spesielt etter behandling i sykehus. Regionalt fagråd i HSØ har utarbeidet en veileder for rehabilitering av denne pasientgruppen. Rehabilitering av disse pasientene er krevende, og har hittil ikke vært fokus hos oss. Dersom sykehuset ikke skal tilby rehabilitering til denne pasientgruppen, må man i et rehabiliteringsperspektiv henvise til de instanser som har dette tilbudet.

5. Arbeidsgruppens oppdrag

Arbeidsgruppen har ikke fått et formelt mandat, men er bedt om å ta stilling til følgende spørsmål:

- Hva skal rehabilitering på Diakonhjemmet Sykehus omfatte?
- Hvordan skal vi organisere arbeidet med rehabilitering på sykehuset?
- Har vi nødvendig kompetanse?
- Hvordan skal vi samarbeide med aktører innen rehabilitering på andre sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner og kommune/bydeler?
- Hvem skal representere sykehuset i HSØ-initiert regionalt fagråd rehabilitering og hvordan skal vi bruke fagrådet?

6. Sammensetning av arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen har bestått av representanter fra de somatiske klinikkene og brukerutvalget. Avdeling for Fag og kvalitet har ledet gruppen.

- Asbjørn Hægeland, Klinikk for anestesi og kirurgi
- Jofrid Græsvold, Klinikk for medisin
- Ingvild Kjekken og Nina Østerås, Klinikk for revmatologi, poliklinikk og forskning
- Ellen Gjertsen Clark, Avdeling for klinisk aktivitet
- Liv Hopen, Brukerutvalget
- Torunn Nasset, Avdeling Fag og kvalitet

7. Overordnede føringer

7.1 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

Denne planen gir retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten i planperioden. Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Spørsmålet 'Hva er viktig for deg?' skal være førende både i møtet mellom pasient og helsepersonell og i utviklingen av helse- og omsorgstjenesten.

Myndighetene peker videre på at vi må skape utadvendte sykehus. Disse skal yte mer helsehjelp hjemme hos pasienten, samarbeide mer, både fysisk og virtuelt, med kommunale helse- og omsorgstjenester og jobbe tettere med andre sykehus. Oppgaver må løses i team og på tvers av fag og institusjoner.

Pasienter med langvarige helseutfordringer og behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten skal få bedre og mer tilrettelagt opplæring til å mestre egen helse.

Pasienter og pårørende skal oppleve en helhetlig og sammenhengende helse og omsorgstjeneste der pasienten kan være en aktiv deltaker i egen behandling. Det skal etableres god samhandlingskultur, felles forståelse av hva helseforetak og samarbeidende kommuner skal

samhandle om og hvordan de skal gjøre det. Helseforetak og samarbeidende kommuner møtes som likeverdige partnere i 'helsefellesskap'.

7.2 Rehabiliteringsmeldingen – Stortingsmeld. nr.21 Ansvar og meistring

Denne meldingen peker på at rehabilitering forutsetter samarbeid mellom ulike faggrupper, etater og forvaltningsnivå: 'Med utgangspunkt i eit brukarperspektiv, legg regjeringa til grunn prinsippet om *felles* og ikkje delt ansvar mellom lokale instansar, og i forholdet mellom helsetenesta i kommunane og fylkeskommunane'.

7.3 Forskrift om habilitering, rehabilitering, koordinerende enhet og individuell plan fra Helsedirektoratet

Forskrift og veileder til denne (2018), peker på at rehabilitering er tverrfaglig samarbeid, dvs. systematisk og målrettet arbeid hvor en utnytter merverdien av interaksjon og utveksling av kunnskap mellom fagene. Samhandlingen må omfatte både dialogen mellom tjenesteyterne og pasient og bruker samt pårørende, og tjenesteyterne imellom. Forskriften gjelder for alle sykehus og alle kommuner

7.4 Regional utviklingsplan for Helse Sør Øst (HSØ) 2035

I den regionale utviklingsplanen stilles det krav knyttet til rehabilitering på lokalsykehusnivå. Alle helseforetak skal ha:

- Et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt
- Tilbud om døgnrehabilitering i tidlig fase
- Ambulant rehabiliteringsaktivitet
- Formalisert samarbeid med kommunene.

Det vektlegges at hvert helseforetak skal ha tilstrekkelig kapasitet innen døgn- og dagtilbud for spesialisert og tverrfaglig rehabilitering, samt ressurser til samhandling med kommunene.

I utviklingsplanen peker HSØ også på at bedre bruk av teknologi og nye arbeidsformer, og mer brukerstyring, er et satsingsområde.

8. Hva gjøres av rehabilitering ved sykehuset i dag?

For å få en samlet oversikt over hva som i dag gjør på sykehuset innen rehabiliteringsfeltet har arbeidsgruppen samlet innspill fra alle de somatiske klinikkene. Informasjonen er lagt inn i en skjematisk oversikt som viser intern rehabiliteringsaktivitet, intern og ekstern samarbeidsstruktur og eksterne rehabiliteringstilbud som sykehuset henviser pasienter til. (Vedlegg 1)

Dette har vært en nyttig øvelse som synliggjør mangfoldet i rehabilitering i lokalsykehusfunksjonen. Her kommer det blant annet frem hvor stor rehabiliteringsaktivitet som foregår poliklinisk og i regi av Lærings- og meistringssenteret (LMS).

9. Våre samarbeidspartnere

9.1 Oslo kommune – bydeler – etater - fastleger

Vår hovedsamarbeidspartner er Oslo kommune. Det er en utfordring å ha oversikt over kommunens rehabiliteringstilbud da kommunen tilbyr rehabilitering både på bydel- og etatsnivå.

Noen eksempler:

- Sykehjemetaten (SYE) tilbyr rehabilitering i helsehus
- Helseetaten (HEL) tilbyr rehabilitering på «Forsterket rehabilitering på Aker» (FRA)
- Velferdsetaten (VEL) tilbyr rehabilitering innen psykisk helsevern og rus i egne institusjoner
- Bydelene tilbyr hjemmerehabilitering, dagrehabilitering på dagsenter og frisklivssentraler, og disse tilbudene organiseres ulikt i hver bydel

Fastleger henviser pasienter til LMS og til rehabiliteringsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten.

9.2 Annen spesialisthelsetjeneste

Vi samarbeider også med annen spesialisthelsetjeneste. Noen eksempler er

- Rehabilitering på AKER/OUS – i hovedsak slagpasienter og amputasjonspasienter
- Sunnaas sykehus – kompleks rehabilitering
- Rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med HSØ

10. utfordringer i samarbeidet

10.1 Tilbud styres av kapasitet – mer enn av behov

Rehabiliteringstilbudene utenfor vårt sykehus har til dels overlappende funksjoner. Samme pasient kan vurderes til å være kandidat for både spesialistrehabilitering på OUS- Aker, Sunnaas Sykehus, privat rehabiliteringsinstitusjon eller kommunal rehabilitering på FRA. Det kan være vanskelig å vite hvilket tilbud som er best egnet for den enkelte pasient. Kapasiteten i de ulike tilbudene er også ulik. Derfor søkes ofte en pasient til flere tilbud parallelt.

Dette skaper usikkerhet for pasient og pårørende og er lite rasjonelt. Dette gjøres likevel for å unngå at sykehuset skal vente på svar fra en instans før man evt. søker en annen institusjon, noe som vil medføre at liggetiden i sykehuset bli svært lang.

Det er ofte kapasitet og ikke pasientens rehabiliteringsbehov som avgjør hvor pasienten får plass. Et eksempel:

En pasient er kandidat for rehabilitering på Forsterket rehabilitering på Aker (FRA), men der er det ikke plass. Pasienten får i stedet plass på helsehus med et rehabiliteringstilbud som er vesentlig dårligere tilbud enn FRA.

10.2 Uforutsigbarhet – fordi søknadsprosedyrer, ventetid og prioritering varierer

Søknadsprosedyrene ved de ulike tilbudene er svært varierende. Ulike søknadsprosedyrer, varierende ventetid og prioritering av pasienter i eget opptaksområde fører til usikkerhet og uforutsigbarhet både for pasienter, pårørende og behandlere. Nedenfor følger noen eksempler:

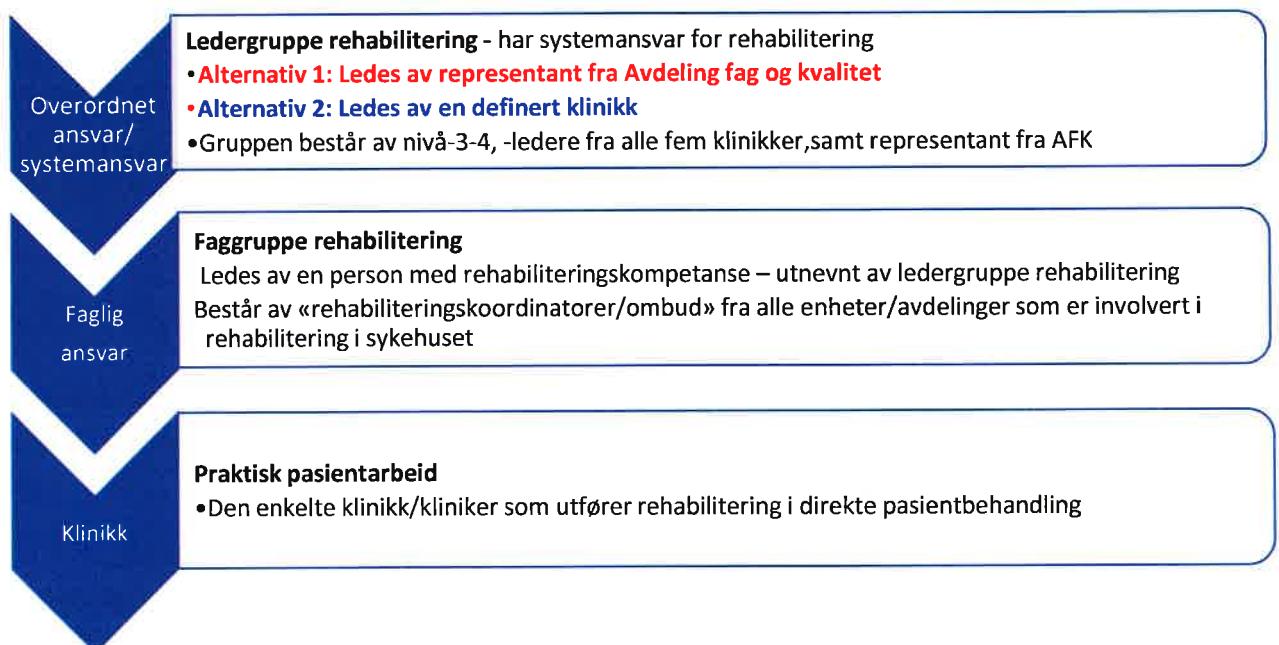
- FRA tar imot søknader pr mail, fax og telefon og har vanligvis inntaksmøter tre ganger pr uke
- Rehabilitering på helsehus eller hjemme krever ingen spesiell søknad. 'Melding om utskrivningsklar pasient» og informasjon i 'Helseopplysninger' i PLO regnes som søknad.
- OUS-Aker tar kun imot søknader pr post og for en svært begrenset pasientgruppe. (i hovedsak pasienter med slag og amputasjoner) Dette gjør at søknadsprosessen blir unødvendig lang og det hender at søknader blir borte i prosessen.
- Sunnaas Sykehus tar imot søknader pr mail og har ukentlige inntaksmøter, noe som kan forsinke avklaring av plass. Det er som regel lang ventetid for pasienter som får innvilget plass på Sunnaas Sykehus.
- Private rehabiliteringsinstitusjoner tar imot søknader på mail. Behandlingstiden er kort, men det er ofte ventetid på plass. Plassene er dermed primært forbeholdt pasienter som har søkt i forkant av planlagt behandling.

Det anbefales å se nærmere på om søknadsprosessene til rehabiliteringstilbudene kan koordineres og forbedres, for eksempel ved å opprette et samordnet opptak med felles henvisningsprosedyrer.

11. Anbefalt organisering av rehabilitering på lokalsykehusnivå

Arbeidsgruppen har diskutert hvordan sykehuset kan organisere arbeidet knyttet til rehabilitering, og foreslår at det etableres

- en funksjon på overordnet nivå: Ledergruppe rehabilitering, og
- en funksjon på faglig/operativt nivå: Faggruppe rehabilitering.



11.1 Ledergruppe - rehabilitering

Den overordnede funksjonen bør bestå av ledere på nivå 3 eller 4 fra alle klinikker, samt en representant fra AFK. Det må utarbeides et *mandat* for denne gruppen, hvor fokus bør være strategi og koordinering. Gruppen må ha beslutningsmyndighet.

Ledelse av gruppen kan legges til en stabsfunksjon, eller en klinikk kan få et definert ansvar for å lede gruppen på vegne av sykehuset.

Dette er et prinsipielt spørsmål som gruppen ikke har tatt stilling til.

11.2 Faggruppe - rehabilitering

Faggruppen skal jobbe på oppdrag fra ledergruppen og bør bestå av rehabiliteringskoordinatorer fra alle enheter/avdelinger som arbeider med rehabilitering.

Det må utarbeides *mandat* for faggruppen. Videre bør det lages en beskrivelse av innholdet i funksjonen som rehabiliteringskoordinator.

12. Aktuelle fokusområder

12.1 Formalisert samarbeid med andre aktører

Samhandlingsreformen stiller krav til avtalefestet samarbeid med primærhelsetjenesten. Kravene til samarbeid, inkludert felles planlegging og utvikling av helse og omsorgstjenester, vil bli skjerpet ved etablering av Helsefellesskap og ved en mulig lovendring i helselovgivningen i 2021.

Sykehuset må sikre en intern organisering som legger til rette for best mulig samarbeid med kommunen, annen spesialisthelsetjeneste, andre rehabiliteringsinstitusjoner og brukere.

Pr i dag er det etablert gode samhandlingsrelasjoner mellom sykehuset og bydelene i sektor, men det er fortsatt et stort potensial for å planlegge, utvikle og samordne rehabiliteringstjenester på en bedre måte enn det som gjøres i dag.

Annen spesialisthelsetjeneste er også viktige samarbeidspartnere i rehabiliteringsarbeidet (se pkt. 12.2). Dette samarbeidet kan videreutvikles.

12.2 Kontinuitet i pasientforløp

Sykehusets organisering av rehabilitering bør bidra til å sikre kontinuitet i pasientforløpene.

Pasienter og pårørende skal oppleve en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. Flere brukerundersøkelser, tilsynssaker, samhandlingsavvik og uttalelser fra pasienter og pårørende viser at det mest kritiske punktet i et pasientforløp er overgangene mellom behandlingstiltakene (se vedlegg 2).

Grenseoppgangene mot kommunale tilbud i Oslo kan være uklare i forhold til når sykehuset skal slippe pasientene og når kommunen skal overta. I det videre arbeidet bør det fokuseres mindre på oppgavedeling, og mer på *felles oppgaver*. Det er viktig å legge til grunn prinsippet om felles og ikke delt ansvar mellom de ulike bydelene og etatene.

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) har etablert et *ambulant rehabiliteringsteam*, ART, der de samarbeider tett med kommuner, pårørende og sosialt nettverk (vedlegg 3).

I prosjektet '*Fremtidens rehabiliteringstjenester i Oslo*', som ble gjennomført i 2019 (vedlegg 4), ble det forsøksvis etablert et tverrfaglig ambulant team i de østlige bydelene. Teamet fungerte godt i prosjektperioden og er fortsatt i funksjon i noen av prosjektbydelene.

Arbeidsgruppen anser ikke at etablering av ambulante *team* i lokalsykehuset er løsningen, men det kan være funksjonelt å etablere ambulante *funksjoner* i samarbeid med kommunen for å sikre god utskrivelse fra sykehuset. En slik funksjon bør være bredt tverrfaglig sammensatt.

12.3 Brukerperspektiv i rehabiliteringen

Organiseringen av sykehusets rehabilitering bør bidra til å holde fokus på brukerperspektivet. Det er helt vesentlig for en pasient med langvarig helseutfordring å være aktiv deltaker i egen behandling. Det handler bl.a. om å ta i bruk 'Samvalg' som metode i kommunikasjonen med pasienten, der spørsmålet 'Hva er viktig for deg?' er førende i møtet mellom pasient og helsepersonell.

Videre er det nødvendig å sikre tilgjengelig, forståelig og oppdatert informasjon til pasienter og pårørende for eksempel på sykehusets nettside

12.4 Bruk av teknologi og nye arbeidsformer

Organiseringen må ta høyde for at bedre bruk av teknologi og nye arbeidsformer, er et nødvendig satsingsområde. Muligheter i digitale løsninger og ny teknologi må benyttes og videreutvikles.

13. Kompetanse

Sykehuset har mye kompetanse innen organisasjon og ledelse. Det er også mye kompetanse innen rehabilitering – både rehabilitering som er aktuell på lokalsykehusnivå og på kompleks rehabilitering. Det vil sannsynligvis være mulig å etablere en god *struktur* på rehabiliteringsarbeidet uten å tilføre nye ressurser. Som nevnt (se vedlegg 1) eksisterer det allerede mange gode kliniske rehabiliteringstilbud til pasienter i de somatiske klinikkene - i tett samarbeid med fagpersoner i Avdeling for klinisk aktivitet og LMS. Dette bør videreføres.

En bør imidlertid vurdere om en mer utadvendt og ambulant virksomhet med tettere samarbeid med kommunen vil innebære et økt behov for kliniske ressurser, for eksempel i form av delte stillinger.

14. Avslutning

Det utføres mye god rehabilitering ved sykehuset, både i sengepost og poliklinikk. Det er viktig å bygge videre på det arbeidet som allerede er etablert.

For å svare ut HSØs krav til rehabilitering på lokalsykehusnivå mener vi det er nødvendig med en bedre struktur i arbeidet med rehabilitering på tvers av klinikkene og spesielt sammen med våre samarbeidspartnere. Det mener arbeidsgruppen vil føre til bedre

- utnyttelse av eksisterende kompetanse og ressurser,
- pasientforløp og tryggere overganger
- samhandling internt i sykehuset
- samarbeid med eksterne aktører
- kvalitet og forutsigbarhet for pasienter og pårørende
- opplevelse av helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjenester der pasienten kan være en aktiv deltaker i egen behandling

I tillegg vil det styrke sykehusets omdømme som et utadvendt og samhandlende sykehus.

Gruppens arbeid er avgrenset til somatisk rehabilitering på lokalsykehusnivå. Det vil i det videre arbeidet være viktig å også involvere Klinik for psykisk helsevern og rus.

Gruppen har ikke tatt stilling til representasjon i regionalt fagråd i HSØ da dette bør avgjøres i ledergruppe rehabilitering.

15. Vedlegg

- | | |
|------------------|---|
| <i>Vedlegg 1</i> | <i>'Hva gjør vi i dag?' - Skjematisk oversikt over rehabiliteringen</i> |
| <i>Vedlegg 2</i> | <i>Uttalelser fra pasienter og pårørende</i> |
| <i>Vedlegg 3</i> | <i>Ambulant rehabiliteringsteam (ART) ved UNN</i> |
| <i>Vedlegg 4</i> | <i>Fremtidens rehabilitering i Oslo</i> |

Vedlegg 1: REHABILITERING - Diakonhjemmet Sykehus

Pasient/problem	Aktivitet	Internt samarbeid om rehabiliteringstilbud	Utadvendt samarbeidsstruktur	Eksterne rehabiliteringstilbud
<p>Hjerneslag</p> <p>Pasienter >75 år med akutt funksjonssvikt</p>	<p>Daglig trening på sengepost og oppfølging med faggruppene i Avd. for Klinisk Aktivitet (AKA).</p> <p>De gir sykepleierne god veiledning i hvordan følge opp pasienter med ulike utfall og dokumenterer i DIPS.</p> <p>Sykepl. viderefører rehabiliteringstiltakene.</p> <p>Kurs for pasienter og pårørende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>hierneslag</u> <p>Kurs for pårørende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>demens</u> 	<p>Tett tverrfaglig teamsamarbeid: Lege, sykepleier (Med.A.), Logoped/fys.ter./ergoter./klin.ernæringsfysiolog/sosionom - <u>Avdeling for Klinisk Aktivitet (AKA)</u>.</p> <p>Previsitt: Ergoterapeut, fysioterapeut er ofte til stede for å få oversikt over nye pas som skal vurderes, spesielt slagpasienter.</p> <p>Tverrfaglig møte x 2 pr uke: For felles forståelse for oppfølging av slagpasientene; mål, tiltak, sosial planlegging av videre rehabilitering etter utskrivning</p> <p>Lærings- og mestringscenteret (LMS).</p> <p><u>Geriatrisk poliklinikk</u> gjennomfører slagkontroller og oppfølging av geriatriske pasienter.</p>	<p>Nettverksmøte og <i>pårørendemøte</i> ved behov, med pasient, pårørende, tverrfaglig team og representant fra bydel.</p> <p>Minipilot? Sykehusteam fra Bydel Vestre Aker (BVA) deltar i tverrfaglige møter akuttgeriatri/slag. (Planlagt).</p> <p>Både Sunnaas, Fram og Aker OUS har bidratt med undervisning på slagskolen, for at sykepleierne skal få mer kunnskap om deres rehabiliteringstilbud til slagpasienter.</p> <p>Individuell plan (IP).</p> <p>Mindre fokus på IP under sykehusoppholdet, antakelig fordi flere slagpasienter har kortere liggetid enn tidligere</p>	<p>Bydelene har rehabiliteringstilbud i hjemmene med hverdagsmestring, spesielt rettet mot slagrammede og eldre med funksjonssvikt.</p> <p>Helsehus – Oslo kommune – sykehjemsetaten, noe opptrening.</p> <p>Forsterket <i>rehabilitering Aker - FRA</i>: Oslo kommune – helseetaten, rehabiliteringsplasser</p> <p>Aker OUS: Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Vanskelig søknadsprosess.</p> <p>Sunnaas sykehus: Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Ofte lang ventetid for å få plass.</p> <p>Private <i>helseinstitusjoner</i>: Fram, Bakke m.fl.</p> <p>Flest plasser til pas som klarer seg selv. Tar ikke pasienter med store kognitive vansker.</p>

Pasient/problem	Aktivitet	Internt samarbeid om rehabiliteringstilbud	Utadvendt samarbeidsstruktur	Eksterne rehabiliteringstilbud
Lunge KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom)	Lungefysioterapi. Kurs for pasienter og pårørende: - <u>KOLS</u>	Leger, sykepleiere - <u>Med A.</u> Fys.ter./ergoter./klin.ernæringsfysiolog/sosionom - Avdeling for Klinisk Aktivitet (AKA). <u>Lungepoliklinikk.</u>		LHL-sykehuset Gardermoen evt. andre rehabiliteringssentre for rehabiliteringsopphold. <i>Friskisentralene</i>
Hjerte	Hjerteinformasjonsmøte 1 x uke for inneliggende og nylig innlagte pasienter og pårørende. Kom i gang-trening fase 2, gruppetrening i sal 2 x uke. Kurs for pasienter og pårørende: - <u>kransåre,</u> - <u>atrieflimmer,</u> - <u>hertesvikt.</u> Hjertetrin i gymsal fase 3, 1 x uke	Leger, sykepleiere <u>Med A.</u> Fys.ter./ergoter./klin.ernæringsfysiolog/sosionom - Avdeling for Klinisk Aktivitet (AKA). Farmasøyt. <u>Hjertesviktpoliklinikk, atrieflimmerpoliklinikk.</u> Lærings- og mestringssenteret (LMS). Sykehusets rehabiliteringstilbud for hjertepasienter finnes i en oversikt på LHL sin side som sykehuset jevnlig oppdaterer: https://www.lhl.no/ressurssenter-for-hjerterehabilitering/rehabiliteringstilbud-i-hso/diakonhjemmet-sykehus/		<i>Friskisentralene eller bydelsfysioterapeut</i> <i>LHL-sykehuset Gardermoen</i> evt. andre rehabiliteringssentre for rehabiliteringsopphold. (Godthaab m. fl.). <i>Nimi Ullevål</i>
Diabetes	Ad-hoc møter (Med.A.) holdes med aktuelle faggrupper for oppfølging av pasienter. Kurs for pasienter og pårørende: - <u>Diabetes 2.</u>	Tett tverrfaglig teamsamarbeid: Lege, sykepleier (<u>Med.B Nord.</u>), Logoped/fys.ter./ergoter./klin.ernæringsfysiolog/sosionom - Avdeling for Klinisk Aktivitet (AKA). <u>Diabetespoliklinikk.</u> Lærings- og mestringssenteret (LMS).	Samarbeider til en viss grad med andre diabetespoliklinikker og fastlege, hjemmesykepleie eller bolig.	<u>Fastlegen</u> overtar videre oppfølging av type 2 diabetes uten komplikasjoner. Type 1 diabetes og type 2 med komplikasjoner har rett på oppfølging av spesialisthelse-tjenesten.

Pasient/problem	Aktivitet	Internt samarbeid om rehabiliteringstilbud	Utadvendt samarbeidsstruktur	Eksterne rehabiliteringstilbud
Hematologi Infeksjon Mage/tarm	<p>Stort fokus på mobilisering hos alle innliggende pasienter.</p> <p>Rehabilitering/opptrening/mobilisering er kortvarig etter akutt sykdom.</p> <p>Gruppebehandling for pasienter med <u>sykkelig overvekt</u>:</p> <p>Kurs for pasienter med <u>irritabel tarm (IBS)</u>.</p>	<p>Tverrfaglige møter ved behov, lege/sykepleier (Med. B)/fysioterapeut/ergoterapeut/logoped/klinisk ernæringsfysiolog/sosionom.</p> <p><u>Mage/tarm poliklinikk</u>.</p> <p>Lærings- og mestringscenteret (LMS).</p>	<p>Det er dialog i forkant av utskrivelse med ulike rehabiliteringsplasser- men får lite tilbakemelding i etterkant.</p>	<p>Henvises til ekstern rehabilitering etter utskrivelse. Lang ventetid på noen rehabiliteringssentra.</p> <p><u>Helsehus</u> er ofte aktuelt. Vår erfaring er at Helsehus, som Ullertunet, har økt fokus på rehabilitering/opptrening mer enn tidligere.</p>
Onkologi (kreft)	<p>Råd, veiledning om bl.a. fysisk aktivitet og trening, kosthold, fordeling av krefter.</p> <p>Trening ved eventuelle svelgvansker og stemmevansker</p> <p>Informasjon om rettigheter og velferdstjenester.</p> <p>Råd om tilpasning av bolig og aktuelle hjelpemidler.</p>	<p>Tverrfaglig team med sykepleier/lege/klinisk ernæringsfysiolog/fysioterapeut/ergoterapeut/logoped/sosionom/helsepsykolog/prest.</p> <p>Lærings- og mestringscenteret (LMS).</p>	<p><u>Pusterommet</u>.</p> <p>'Aktiv mot kreft' etablerer Pusterom på sykehuset, et treningsrom hvor kreftpasienter kan trene under og etter kreftbehandling. (Lavtersketilbud under veiledning).</p>	<p><u>Vardesenter</u> for kreftpasienter og pårørende.</p> <p>Hverdagsrehabilitering i bydel.</p> <p>Frisklivssentraler i bydel.</p> <p>Kreftkoordinator.</p> <p>Montebellosenteret (rehabiliteringsopphold)</p>

Pasient/problem	Aktivitet	Internt samarbeid om rehabiliteringstilbud	Utadvendt samarbeidsstruktur	Eksterne rehabiliteringstilbud
Hoftebrudd >65 år.	Postoperativ mobilisering fra 1. postoperative dag. Tverrfaglige møter 2/uke. Kurs over to dager 2-6 mnd etter operasjon.	Fysioterapeut og sykepleier/helsefag (Orto A). Fysioterapeut, ergoterapeut, farmasøyt, klinisk ernæringsfysiolog. Lærings- og mestringssenteret (LMS). Geriatrisk poliklinikk for etter-brudd kontroll.		Forsterket rehabilitering Aker (FRA). SYE (Helsehus og sykehjem). Bydeler (Hjemmetjenester og Mestringsteam).
Kirurgi overarm akutt eller elektivt (planlagt)	Postoperativ mobilisering av operert ledd fra 1. postoperative dag. Tilpassing av ortoser, o.l.	SPL (Orto A), Fysioterapeut, ergoterapeut Ergoterapeut		Spesialisthelsetjenesterehabilitering (Godthaab, Sunnaas, o.l.) SYE (Helsehus og sykehjem) Bydeler (Hjemmetjenester og Mestringsteam).
Hofte- og kneopererte	Hofte-/kneskole ca 14. dg før operasjon (obligatorisk) Mobilisering og opptrening fra 1. postoperative dag. Formål: rehabiliteres til å kunne skrives ut til eget hjem.	Fysioterapeut og sykepleier (Orto B) Fysioterapeut og sykepleier		
Kirurgi	Mobilisering fra 1. postoperative dag. Formål å kunne skrives ut til eget hjem.	Sykepleier (Orto B) og fysioterapeut.		

Pasient/problem	Aktivitet	Internt samarbeid om rehabiliteringstilbud	Utadvendt samarbeidsstruktur	Eksterne rehabiliteringstilbud
Ben-amputasjon	Klargjøre for protesetilpasning og fokus på å håndtere ny situasjon.	Sykepleier (<u>Orto B</u>) og fysioterapeut.		
Mageopererte	Mobilisering operasjonsdag og videre postoperative dager.	Sykepleier (<u>Kir Sengepost</u>) og delvis/tidvis fysioterapeut		GodtHaab, Jeløya
Generell kirurgi	Stomitrening Tilpassing brokkbelter Ernæringsoppfølging, kostregistrering	Sykepleier (+stomisykepleier) Sykepleier Sykepleier og klinisk ernæringsfysiolog Klinisk ernæringsfysiolog, «internt» poliklinisk etter utskrivelse.		Helsehus, sykehjem (KAD (i liten grad)) Hjemmesykepleie, mestrings-team Bandasjister; Mediq, Boots
Postoperative langliggere. Medisinsk overvåking. Intensiv	Så tidlig og mye mobilisering som mulig etter pasientenes evne inkl. respiratorpasienter. Trening i seng, ReTurn, ståseng, intensivstol m.m.	Fysioterapeut, ergoterapeut, klinisk ernæringsfysiolog, logoped.		Ingen kontakt eksternt med unntak av Sunnaas ved noen pasientcase og OUS for pasienter med behov for hjemmerespirator etter utskrivelse DHS.
Hallux valgus / fotopererte	Bandasjesko Krykketrening	Sykepleier på <u>Dagkirurgen</u>		
Skulder-pasienter	Fatle + informasjon om «fare» med fatle	Sykepleier på <u>Dagkirurgen</u>		
CMC-hånd opererte	Ortose	Ergoterapeut		

Pasient/problem	Aktivitet	Internt samarbeid om rehabiliteringsstilbud	Utadvendt samarbeidsstruktur	Eksterne rehabiliteringsstilbud
Alle med kronisk revmatisk sykdom (inkl. artrose)	Oppfølging og rehabilitering	Senter for revmatologi og ortopedi (SOR) Tverrfaglig team		Bydel/kommuner (hjemmesykepleie, ergoterapeut, kommunal eller privat fysioterapeut, NAV, helsehus, forsterket rehabilitering), andre rehabiliteringsinstitusjoner.
Nyoppstått revmatisk sykdom	Tiltak rettet mot mestring av revmatisk sykdom (f. eks. fatigue, smerter, aktivitets- og arbeidslivsutfordringer, økonomi, fysisk aktivitet og trening, samvalg og egenmestring)	Senter for revmatologi og ortopedi (SOR) Sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionom, revmatolog, psykolog, prest, ernæringsfysiolog, farmasøyt, radiologi og lab. Ortoped er ikke aktuell ved nyoppstått revmatisk sykdom, men er aktuell fagperson hvis pasienten har fått varig skade som må opereres.	Her følger vi nasjonale og internasjonale prosedyrer og retningslinjer for pasientforløp ved f. eks. RA	Bydel/kommuner (hjemmesykepleie, ergoterapeut, kommunal eller privat fysioterapeut, NAV, helsehus, forsterket rehabilitering), andre rehabiliteringsinstitusjoner.
Alle med revmatisk sykdom	Revmaskole. Artrosekurs. Livsstyrketrening. Håndtrening-gruppe. Kronisk smerte. Revmakurs med tolk.	<u>Senter for revmatologi og ortopedi (SOR)</u> Revma pasientråd (brukerrepresentanter). Lærings- og mestringssenteret (LMS).		NRF - Norsk Revmatikerforbund (likepersoner) LMS-kurs på OUS og andre sykehus. Pasienter som også følges opp på andre sykehus pga. av komplikasjoner, andre sykdommer og/eller følgesykdommer (f. eks. gastro- og hudproblemer).
Pasienter med revmatisk sykdom som planlegger å få barn	Systematisk oppfølging (REVNATUS-prosjektet)	<u>Senter for revmatologi og ortopedi (SOR)</u> Revmatolog, sykepleiere, fysioterapeut, ergoterapeut		Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer (St. Olavs Hospital)

Pasient/problem	Aktivitet	Internt samarbeid om rehabiliteringstilbud	Utadvendt samarbeidsstruktur	Eksterne rehabiliteringstilbud
Fra barn til voksen med revmatisk sykdom	Systematisk oppfølging i eget forløp	<u>Senter for revmatologi og ortopedi (SOR)</u> Rvematolog, sykepleiere, psykolog, brukerrepresentanter, tverrfaglig gruppe.		OUS Rikshospitalet, NRFs Barne – og Ungdomsgruppe - BURG
Smertepasienter	Psykomotorisk fysioterapi	<u>Senter for revmatologi og ortopedi (SOR)</u> Fysioterapeut med psykomotorisk spesialitet, sykepleiere, revmatolog, psykolog.		
Pasienter med utmattelse	Fatigue-samtale med sykepleier (poliklinikk) eller ergoterapeut (sengepost). Oppfølging diskuteres videre i fatiguegruppe ved behov	<u>Senter for revmatologi og ortopedi (SOR)</u> Tverrfaglig fatiguegruppe av revmatolog, sykepleier, psykolog, revmatolog, ergoterapeut og fysioterapeut og sosionom		
Ortopediske pasienter på SOR	Pre- og postoperativ informasjon og oppfølging	<u>Senter for revmatologi og ortopedi (SOR)</u> Sykepleiere, ergoterapeut, fysioterapeut, ortoped, anestesi, radiologi, lab.		Andre sykehus. Bydel/kommuner (hjemmesykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut (kommunal/privat)), helsehus, forsterket rehabilitering. , andre rehabiliteringsinstitusjoner. Ortopediingeniør.

BRUKERES utsagn om utfordringer

Utrygghet ved utskrivning:

Ingen på sykehuset kunne love meg sikkert hvilken hjelp jeg ville få når jeg kom hjem, for det ville bydelen vurdere selv.

Hva kommer til å skje med meg? Hvem skal fortelle meg hva? Når?

Er det ingen klare føringer for hvem som skal hvor? Hvor skulle jeg havne?

Jeg oppfattet ikke informasjonen:

Jeg følte meg ekstremt utrygg da jeg skulle utskrives fra sykehuset! Jeg oppfattet nesten ikke hva noen sa til meg.

Dere fagpersoner har lett for å bruke faguttrykk som jeg ikke oppfatter. Jeg blir utrygg av det. Dere skriver så mye i rapportene deres. Hvorfor kan dere ikke sette dere ned ved siden av meg og snakke med meg, og bruke et språk som jeg forstår?

Alle var så snille og greie på sykehuset, men jeg fikk ikke vite noen ting.

Jeg savnet en rolig liten samtale, sammen med pårørende, om hva som skal skje.

Jeg savnet et lite skriv med en vennlig beskjed om hva som skal skje...

De første dagene hjemme etter sykehusoppholdet var spesielt vanskelige:

Jeg var ikke forberedt på hvor vanskelig det skulle bli da jeg kom hjem etter hjerneslaget. Jeg klarte ikke å forstå det mens jeg var på sykehuset.

Da jeg ble utskrevet fra sykehuset var jeg helt utslått. Alt var bare kaos! Jeg hadde behov for hjelp med absolutt alt..., bestille time hos lege, handle mat, alt. Jeg trengte noen som kunne bli kjent med meg, fange meg opp og gjøre noe. Skulle vært hos fysioterapeut også.... Jeg greide ikke ta kontakt selv!

Jeg savnet en kontaktperson i de vanskelige overgangene.

Det tok for lang tid før bydelen tok kontakt med meg.

Pasientopplæring savnes:

Jeg fikk for lite informasjon om hvordan jeg skulle forholde meg til egen helse da jeg skulle utskrives. Det var så mye jeg burde ha spurt om, men jeg kom ikke på det før jeg var hjemme.

Jeg ønsket jeg visste mer om hvordan jeg skulle forholde meg til sykdommen i hverdagen.

Det er nyttig å høre hvordan andre brukere i samme situasjon gjør det for å klare hverdagen.

PÅRØRENDES utsagn om utfordringer

Viktig å trekke inn pårørende rutinemessig:

Det burde vært faste rutiner for å snakke med oss pårørende minst noen dager før utskrivning.

Min svigermor sier til personalet på sykehuset at hun har så god hjelp hjemme, og at hun klarer seg helt fint. - Hvorfor snakker de ikke med oss i familien før de går til det skrittet å skrive henne ut, så de kan få vite hvor dårlig hun egentlig klarer seg? Hun faller jo hele tiden, og glemmer å slå av platene.

Mamma hadde fått diagnosen Kols. Jeg vet ikke hva de hadde fortalt henne, men hun hadde ikke forstått at hun ikke var blitt helt bra. Hun ble veldig redd da hun ganske snart etter utskrivning ble dårlig igjen.

De burde ikke gi viktig informasjon til min søster uten at noen av oss pårørende er til stede. Hun oppfatter så lite. Det sier hun jo selv også. Hun vil gjerne at vi skal være der.

Kommunikasjon og informasjon som går direkte til mor er det tilfeldig om vi som pårørende får vite noe om.

Det er en utfordring å få oversikt når vi pårørende ikke er direkte involvert i kommunikasjonen/informasjonsflyten. Det ville løst mye for oss å være involvert.

Pasient- og pårørendeopplæring blir ikke tilbudt:

Mor hadde trengt å lære mer om sykdommen, å få møte andre og høre hvordan de takler hverdagen med sykdommen. Men kursene går på dagtid. Det er umulig for meg å få fri fra jobben for å følge henne.

Vi har behov for pårørendeopplæring, men vi har ikke blitt spurt om vi vil ha det. Opplæring i hele rollen som pårørende og om hvordan vi skal forholde oss til mor er aktuelt.

Min kone blir ofte engstelig for sykdommen og alt som skjer. Skulle ønske jeg visste mer om sykdommen hennes. Er det mulig å gjøre noe?

Vet ikke hvilke muligheter som finnes:

Som pårørende vet jeg ingenting om hvilke muligheter min mor har.

Sykehuset bestemte at mor skulle på avlastning. Hva skjer der? Jeg vet ikke hvordan hun vil klare det.

Ikke alle pasienter passer inn i de tjenestene helsevesenet kan tilby. Tjenesten burde skreddersys mere til pasientenes behov.

Vet ikke hva som skjer, eller hvem jeg skal henvende meg til:

Far blir skrøpeligere og mer hjelpeløs for hver dag. Jeg hjelper ham så godt jeg kan, men nå klarer jeg ikke lenger. Men jeg aner ikke hvem jeg kan henvende meg til!

En ressursperson som kunne koordinere hele mors engasjement i systemet hadde vært ekstremt lettende.

Det er utfordrende å få oversikt over de ulike instansene når vi som pårørende ikke er direkte involvert i kommunikasjonen/informasjonsflyten. Mor klarer ikke gjøre rede for hvem som gjør hva med henne. Det fører til at vi ikke klarer å se noen helhet i dette og forstå hva som foregår. Alt burde samles i en webløsning/nettside/portal gjennom bankID med koordinert oversikt over hvilke aktiviteter som ligger der og hvilken sammenheng de har med hverandre, både fra bydelen, Diakonhjemmet og Ullevål. (Mor sier at hun ikke har noen hjelp, mens det kunne vært logget når helsepersonell har vært på stedet.)

Viktig informasjon vil være: Oppfølgingsplaner, informasjon om møtepunkter med helsepersonell og hva og når det skal være, hvilke tilbud om oppfølging hun får, dvs. all informasjon som omhandler hennes tilknytning til bydelen og helseetaten/tjenestene, for hun klarer ikke å håndtere dette alene.

21.11.2020.

Liv H.

Vedlegg 3

AMBULANT rehabiliteringsteam (ART somatikk), UNN Tromsø

Som en del av Fysikalsk- og Rehabiliteringsmedisinsk seksjon Tromsø skal *Ambulant rehabiliteringsteam (ART somatikk)* bidra til et sammenhengende rehabiliteringsforløp mellom sykehus og kommune. De bidrar til tverrfaglig samarbeid og samhandling på tvers av profesjoner, etater og sektorer. De samarbeider også med andre spesialisthelsetjenester, pårørende og sosialt nettverk, og hjelpere i kommunen der pasienten bor (Midt-Troms og Nord-Troms). De gir oppfølging til pasienter i yrkesaktiv alder som har langvarige og sammensatte rehabiliteringsbehov, som følge av ervervet skade eller sykdom. De gir tilbud der pasienten oppholder seg; på sykehus, hjemme, arbeid, skole, fritidsarenaer, eller andre institusjoner.

Ambulant rehabiliteringsteam kan kontaktes direkte for å spørre om råd eller diskutere rehabiliteringsforløp. For å følge opp enkeltsaker trenger de formell henvisning fra en lege.

Sammen med Enhet for fysikalsk medisinsk poliklinikk UNN holder Ambulant rehabiliteringsteam kurs ved Lærings- og mestringssenteret; for hjerneskadde med usynlige vansker og deres pårørende. Da Koronaen kom i mars 2020 flyttet de kursene fra fysiske samlinger over til videokonferanser.

Liv H.
21.11.2020

Vedlegg 4

Helseetatens Rehabiliteringsrapport – Oslo kommune 2019

'Fremtidens rehabiliteringstjenester i Oslo'

Erfaringer og anbefalinger fra et samarbeidsprosjekt mellom etater, fire bydeler (Alna, Grorud, Stovner og Ullern) og brukerorganisasjoner 2018-2019.

Koordinering er en vesentlig del av et rehabiliteringsforløp. Prosjektet har utarbeidet og utprøvd *koordinatoropplæring*, og anbefaler at opplæringen videreføres i regi av Helse-etaten. Koordinerende enhet bør være synlig og tydelig, og brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester må tilbys individuell plan og koordinator.

Prosjektet skisserer følgende forløp:

- *Kontaktperson* tildeles bruker, pårørende og samarbeidspartnere.
- *Tverrfaglig kartlegging* gjennomføres med bruk av reliable og valide kartleggings-verktøy.
- Et *team* skreddersys ut fra brukerens behov og mål, på bakgrunn av kartleggingen, teamet kan etableres på tvers av organisatoriske skillelinjer.
- *Evaluering* av rehabiliteringsprosessen gjøres systematisk.

Prosjektet vektlegger at forløpet må videreutvikle samarbeidet mellom bydeler, Helsehus og Forsterket Rehabilitering Aker (FRA). Forløpet bør også utvikles til å inkludere nøkkel-personer som fastleger, avtalefysioterapeuter og lavterskeltilbud, samt NAV.

Videreutvikling av forløpet bør skje i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Tverrfaglige ambulant team (ART) bør vurderes etablert i alle sykehussektorer. Bydelene Alna, Grorud, Stovners og Solvang Helsehus' ART har i løpet av kort tid etablert et godt tverrfaglig tilbud til brukere, pårørende og samarbeidspartnere. Teamet jobber systematisk med brukermedvirkning.

For å sikre *måling av effekt på brukernivå* har prosjektet utviklet en applikasjon for å registrere endringer i brukernes funksjon og livskvalitet.

En *innovativ app* ble prøvd ut i prosjektperioden for å registrere endringer på brukernivå. Denne anbefales tatt i bruk og videreutviklet.

Prosjektet anbefaler å utvikle *kompetanseprogram* i rehabilitering, og at det utarbeides en *overordnet plan* for rehabilitering.

Bedre tilrettelagt informasjon bør prioriteres høyt. Dette ble spesielt fremhevet av bruker- og pårørenderepresentanter og medarbeidere. - Prosjektet anbefaler at det etableres en oversikt over bydelenes ulike rehabiliteringstilbud, som gjøres tilgjengelig på Oslo kommunes internettsider.

