

ReHabuka 2009

God habilitering og rehabilitering er samhandling i praksis



Nytt navn gir nye, viktige signaler. Ingebrigt Steen Jensen kunne dele ut så vel verbale som håndfaste godbiter til Anja Strømsnes, Hilde Wangen, Ellen Foss Lolland, Elin Solvang og Vigdis Fenes fra Fram rehabsenter som tidligere het Sjømennenes helseheim. (Foto: Matthias Reckert)

Spill hverandre gode

Ingebrigt Steen Jensen og helseministeren har en ting felles – de reiser landet rundt og snakker om samhandling – hver på sin måte. En høstdag i september møttes et utvalg rehab-folk fra hele landet og fikk forklart hvor viktig det er at vi spiller hverandre gode.

Se side 21

- side 2** ReHabuka åpnes i Trondheim
- side 4** Den nye helsereformen må gi bedre koordinering
- side 7** Kunnskap i kommunen
- side 8** Videokonferanser
- side 11** De gode eksemplene
- side 12** Når hverdagslivet er utfordringen må folk trenes opp hjemme
- side 14** Fysisk aktivitet er vidundermiddelet
 - trakk seg fra operasjonskø etter trim
 - side 15** – Gi fotfolket mer makt
- side 17** Rusbehandling: Forskjellene en utfordring
- side 19** Veien videre for de private institusjonene
- side 23** Ny fase i arbeidet med individuell plan



ReHabuka åpnes i Trondheim

Når ReHab-uka åpnes i Trondheim

mandag 19. oktober, kan mye skje.

Møteleder er nabo av Nils Arne Eggen,

Lerkendals store sønn og fotballtrener.

Gisle Meyer nøler ikke med å vise til

nettopp Rosenborg-treneren når utfordrin-

gene vi står overfor på ReHab-feltet skal

møtes. – Samhandlingsreformen er det

viktigste vi arbeider med, sier sjefen på

St. Olavs klinikk for fysikalsk medisin og

rehabilitering. Det er som Nils Arne Eggen

sier: «Vi må spille hverandre gode.»



Gisle Meyer skal styre åpningen av ReHab-uka.

I år ønsker ReHabiliteringsuka spesielt å nå beslutningstakere og tjenesteytere for å vise potensialet som ligger i habilitering og rehabilitering. ReHabiliteringsuka favner tiltak, tjenester og brukere både innenfor somatikk, psykisk helse, rus, tjenester for utviklingshemmede og personer med sammensatte tilstander i alle aldersgrupper, innen ulike sektorer og tjenestenivåer.

Det er tredje gang ReHabiliteringsuka arrangeres over hele landet. Årets uke finner sted fra mandag 19. oktober til fredag 23. oktober.

Regjeringen la i sommer fram Samhandlingsreformen, hvor målet er mer og bedre samhandling i helsetjenestene. Når helseministeren kommer til Trondheim,

vil samhandling bli et selvfølgelig tema. Det samme blir de viktige verktøyene individuell plan og koordinerende enheter.

Uka er et stort dugnadsprosjekt. Mye dreier seg om å trekke fram de gode eksemplene.

Under ReHabiliteringsuka samarbeider helse- og omsorgstjenestene nasjonalt, regionalt og lokalt. I tillegg er bruker-organisasjoner og andre samarbeidspartnere med.

Tekst: Bård Amundsen

PROGRAM

En oppdatert oversikt over arrangementene under ReHabiliteringsuka 2009 finner du på www.helsedir.no

SIDE

2

«... e du med?»

Nord-Norge sto under ReHabiliteringsuka i 2008 for 27 av til sammen 60 arrangementer over hele landet. Fokus ble satt på at rehabilitering nytter. Flere steder i Nord-Norge ble de gode brukerhistoriene fortalt for interesserte tilhørere. I år står det også en rekke arrangementer på programmet i de tre nordligste fylkene. Fylkesmannen i Finnmark arrangerer konferansen «... e du med?» i Alta

med fokus på rus, koordinerende enhet, individuell plan og fastlegens rolle. I Troms vil det blant annet dreie seg om fagutvikling innen habilitering og rehabilitering, mens Nordlandssykehuset i Lofoten planlegger temadag på koordinatorrollen. Mer om aktivitetene under ReHabuka 2009 finner du på

www.helse-nord.no/rehabiliteringsuka

Lungesykdom

På Østlandet står blant andre Ringsaker kommune, Gjøvik kommune, Lovisenberg sykehus i Oslo og Godthaab Helse og Rehabiliteingssenter i Bærum for egne

arrangementer under uka. Ringsaker kommune har egen fagdag med tema «Rehabilitering og lungesykdom».

«1-2-3 Samhandling»

På Vestlandet kan du under ReHabuka 2009 blant annet høre mer om samhandling mellom nivåene i helsetjenesten – til beste for brukere med sjeldne og lite kjente funksjonsnedsettelse. Arrangementet «1-2-3 Samhandling» finner sted ved

Haukeland Universitetssjukehus. Et annet arrangement under uka er på Voss sjukehus og har temaet «Samhandlingsreforma, korleis skal me få det til?»



Den nye helsereformen må gi bedre koordinering

Mange brukere er fornøyd med behandlingen de får hos enkeltaktørene i helsevesenet.

Men de er ikke fornøyd med helheten. – Vi må tette sprekkeene, slår Dagfinn Sundsbø fast.

Stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen ble lagt fram i sommer. Reformen skal bøte på noen av de største utfordringene i Helse-Norge.

– Når jeg møter brukere med erfaring fra habilitering og rehabilitering, er de stort sett ikke misfornøyd med behandlingen de får. Det de er misfornøyd med, er sprekkeene de opplever mellom de ulike tilbudene. Min konklusjon er derfor at god habilitering og rehabilitering i høy grad dreier seg om samhandling, sier Dagfinn Sundsbø. Senterparti-statssekretæren i Helse og omsorgsdepartementet (HOD) har vært sentral i arbeidet med Samhandlingsreformen.

– For å fjerne sprekkeene vil dere ha «et helhetlig pasientforløp»?

– Ja. Koordineringen mellom de ulike ansvarsleddene er en av helsetjenestens største utfordringer. Dette gjelder ikke bare mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Det kan like ofte være mellom ulike ledd innenfor spesialisthelsetjenesten.

– Og «Individuell plan» skal rette på dette?

– Individuell plan skal bedre koordineringen mellom leddene i helsetjenesten, og samtidig gi brukerne en mulighet til å påvirke sin egen situasjon. Men vi har slitt med å etablere individuell plan som et aktivt brukt virkemiddel i helsevesenet.



Statssekretær Dagfinn Sundsbø har stått sentralt i arbeidet med Samhandlingsreformen.

– Derfor innfører dere nå «personlige koordinatorene».

– Riktig. Individuell plan og personlig koordinator er to sider av samme sak. Hele helsevesenet har behov for å se over sektorgrensene. Men ingen annen pasientgruppe opplever den samme bristen i samhandling som pasienter som er under habilitering eller rehabilitering.

Tekst og foto: Bård Amundsen

Fortsetter neste side



Samhandlingsreformen skal gi hver bruker som trenger det, rett til en personlig koordinator. Personlig koordinator vil gjerne være en ansatt i kommunehelsetjenesten, en person som skal slåss sammen med pasienten for å få til et behandlingsforløp som blir helt og avsluttet. Sånn skal vi gi brukerne en mer sammenhengende helsetjeneste.

– Noen mener at habilitering og rehabilitering har fått for liten plass i Samhandlingsreformen.

– Habilitering og rehabilitering er bare ett av områdene i Samhandlingsreformen. Også på andre områder sliter vi med å samarbeide om pasientene. Reformen dreier seg kanskje først og fremst om problemene knyttet til samhandlingen mellom kommunene og deres pleie- og omsorgstjenester på den ene siden, og spesialisthelsetjenesten på den andre siden.

– Hvor går det galt i dag?

– For ofte stopper behandlingen opp etter en avansert sykehusbehandling, og pasienten overlates til seg selv. Dette gjelder ikke bare etter somatiske behandlinger, men kanskje enda oftere etter behandling innenfor rus og psykiatri. Etter hvert har vi både fått nok kunnskap og nok penger til å sette inn store ressurser på avansert pasientbehandling, men vi må bli bedre på å følge opp etterpå. Vi må hjelpe flere med å komme tilbake i arbeidslivet eller mestre en ny og helt endret livssituasjon. Her glipper det for ofte.

– Det virker ikke som det er særlig uenighet om hva som er feil i dag?

– Det er stort sett bred enighet om hva som er problemene. Spørsmålet er hvordan de skal løses.

– Hva er det med helsevesenet som gjør det så vanskelig å samarbeide på tvers av sektorer?

– Det er ikke bare helsevesenet som sliter med dette. Du finner det samme på en rekke områder i samfunnet. Jeg tror mye bunner i at vi alle er blitt spesialister på hvert vårt felt. Vi vil gjerne begrense ansvarsområdet vårt til det vi vet at vi kan godt. Resten ser vi helst at noen andre tar ansvaret for.

– Hva kan gjøres?

– Jeg tror ikke vi løser problemene ved ganske enkelt å overlate alt ansvaret til en aktør, enten ved å la staten ta seg av alt, eller gjøre som i Finland, der de overlater alt ansvar til kommunen. Vi vil likevel få en fragmentering av ansvarsforhold, slik vi i dag for eksempel ser også innenfor en enkelt sektor som spesialisthelsetjenesten. Løsningen ligger heller i koordinering. Men det må incentiver til for å lykkes med denne koordineringen. I dag lykkes vi noen ganger, på tross av dagens system. Det vi må skape, er et system som gjør det til regelen å lykkes. Klarere lovmessige ansvarbeskrivelser og tydeligere ansvarsfordeling mellom sektorene er to viktige virkemidler for å få til dette.

– Er lover og forskrifter gode nok?

– Dagens lovverk er tydelig på pasientfokus. Men regelverket vi har i dag oppmuntrer samtidig kommunene til å få pasienten fortrest mulig inn på sykehus, samtidig som det oppmuntrer sykehusene til å bli kvitt pasienten så fort som mulig. Derfor opplever pasienter for ofte at de blir kasteballer mellom ulike aktører i helsevesenet. Dagens lovverk er ikke tydelig nok på hvordan aktørene sammen har ansvaret for pasienten.

Fortsetter neste side



– *Må det også en kulturendring til i helsesektoren?*

– Ja. Et mer helhetlig pasientforløp krever en kulturendring. Vi må bli bedre til å se pasienten hele veien, fra han dukker opp hos allmennlegen med en diffus lidelse, til han blir gjenstand for en svært avansert behandling på et spesialistsykehus, og videre til han gjennom rehabilitering igjen kan komme tilbake i arbeidslivet eller kanskje må mestre en helt annen livssituasjon som uføretrygdet.

– *Skjer det noe positivt i helsevesenet?*

– Det gjør det! Ta for eksempel de distriktsmedisinske sentraene og mye av det gode samarbeidet som faktisk foregår mellom helseforetak og kommuner. Vi lykkes med en rekke ting, på tross av at vi mangler en incentivstruktur som bygger opp under de beste løsningene. Søbstad helsehus i

Trondheim og Valdres distriktsmedisinske senter er to eksempler på hvordan kommuner og sykehus i dag samarbeider om gode løsninger de ikke hadde fått til alene.

– *Blir det for mye elendighetsbeskrivelse?*

– Vi har et godt helsevesen i Norge. Mange brukere er imponert over den gode helsehjelpen de får hos den enkelte institusjon, men alt for mange blir skuffet over mangelen på helhetlig ansvar gjennom pasientforløpet.

– *Må vi også stille større krav til brukerne selv?*

– Vi krever nok for ofte at dagens bruker underlegger seg helsevesenets fagkompetanse, og sånn passiviserer vi ham eller henne. Det er derfor vi vil ha individuell plan og gjøre brukeren til en mer aktiv deltager i behandlingsforløpet.

NY HANDLINGSPLAN FOR HABILITERING AV BARN OG UNGE



Nå må det gjøres en bedre rehabiliteringsinnsats overfor barn og unge, mener helsemyndighetene. I en ny handlingsplan foreslår Helsedirektoratet 24 konkrete tiltak.

– Flere rapporter har konkludert med at vi ikke har et likeverdig rehabiliteringstilbud til barn og unge. Vi trenger et styrket tilbud både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten sier seniorrådgiver Bjørg Halvorsen.

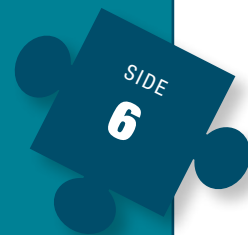
Helsedirektoratet sender nå ut «Handlingsplan for rehabilitering av barn og unge».

Viktige stikkord her er riktig tjeneste til rett tid og av rett instans.

Det blir også lagt vekt på at vi må få bedre sammenheng mellom tjenestene som omhandler barn, ungdom og unge voksne som har nedsatt funksjonsevne på grunn av medfødt eller ervervet skade, eller på grunn av kronisk sykdom (somatisk eller psykisk).

– Vi har forsøkt å gjøre opp status og beskrive hva som er situasjon i dag. På bakgrunn av dette foreslår vi de 24 ulike tiltakene, forteller Halvorsen.

I forbindelse med utsendingen av handlingsplanen har Helsedirektoratet utlyst tilskuddsmidler til prosjekter som kan bidra til å få gjennomført noen av tiltakene. På denne nettadressen finner du både handlingsplanen og mer om tilskuddsmidlene: www.helsedirektoratet.no/habilitering_rehabilitering



Aha-opplevelse i kommunen

Flere ansatte i Rælingen kommune fikk en aha-opplevelse da kommunen arrangerte halvdagsseminar om individuell plan. Selv erfarte Wenche Warud hvor viktig det er å forankre dette arbeidet hos kommuneledelsen.

Tekst: Bård Amundsen

– Det var mens vi holdt på med arbeidet med å revidere prosedyrene våre for individuelle planer og ansvarsgrupper, at vi så at noe burde gjøres, forteller lederen av Rælingens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

Det slo henne at for mange i kommunen manglet kunnskap om individuell plan og det ansvaret alle har for å drive tverrfaglig samhandling.

– Individuell plan er noe vi må stå sammen om. Ikke minst for å få alle enheter til å stille med personlige koordinatore. Her så vi at vi hadde en jobb å gjøre.

Halvdagsseminar

Løsningen ble et halvdagsseminar. Her fikk Warud og en arbeidsgruppe med seg ledere og aktuelle saksbehandlere som deltagere. Disse kom fra enheter innen helse- og sosialsektoren, skolene, barnehagene, barnevernet og NAV.

Seminaret ble arrangert i samarbeid med rådmannsgruppa i kommunen, som også stilte som deltagere på seminaret. Individuell plan ble satt på dagsorden, med spesiell fokus på koordineringsansvaret.



Wenche Warud fikk mange i Rælingen kommune med på seminar om individuell plan. Hun gjorde flere nyttige erfaringer.

Som innledere hadde de hyret inn foredragsholdere fra Avdeling for samhandling på Ahus (Universitetssykehuset i Akershus) som redegjorde for hva individuell plan er, lovgrunnlag, koordineringsansvar og samhandling.

– Jeg tror deltagerne fikk flere aha-opplevelser i forhold til dette med samhandling om brukerne. Vi fikk også luftet ut en del uklarheter og misforståelser om hva individuell plan er for noe, hva koordinatorrollen innebærer og hvem som kan være koordinatore. Aller viktigst var det kanskje at vi fikk bevisstgjort deltagerne om at individuell plan er noe vi må stå sammen om i kommunen.

Helt nødvendig

Wenche Warud har blant annet erfart at det er helt nødvendig å få med ledelsen i kommunen: – Det er viktig å sørge for å forankre arbeidet med individuelle planer på øverste hold. Da har vi et godt utgangspunkt for å lykkes, sier hun og legger til:

– Folk skiftes ut. Derfor bør vi med jevne mellomrom ha møteplasser som dette.



«Kjempemulighet for bedre samhandling»



Gjennom videokonferanser kan bruker og sykehus ha møter med det lokale hjelpeapparatet.

– Videokonferanser skaper en kjempemulighet for bedre samhandling, slår Hilde Sørli fast. Spesialfysioterapeuten ved Sunnaas sykehus opplever nå at stadig flere brukere samhandler via det som kalles telemedisin. Og det fungerer!

Sunnaas sykehus har pasienter fra hele landet. En stor utfordring for bruker og sykehus er å få hjelpeapparatet i hjemkommunen på plass før pasienten blir sendt hjem. Her kan det dreie seg om pasienter med komplekse funksjonstap etter sykdom, eller skade som trenger hjelp fra flere faggrupper. Ganske ofte er pasienten et ungt menneske med alvorlige trafikkskader.

Skole, jobb...

Skole, jobb, bolig, utdanning... Mye rehabiliterings- og tilretteleggingsarbeid

må utføres lokalt, og erfaring viser at jo forttere man kommer i gang, jo bedre blir resultatet for brukeren.

– Får man alle aktørene i rehabiliteringsprosessen involvert så tidlig som mulig, så blir resultatet stort sett alltid bedre. Da kan det vente brukeren et tilrettelagt tilbud allerede når han kommer hjem, sier Sørli.

Alle får tilbud

Alle pasienter ved Sunnaas sykehus får nå tilbud om å kunne bruke videokonferanseutstyr for å kom-

Tekst: Bård Amundsen **Foto:** Sunnaas sykehus

Fortsetter neste side



me i kontakt med hjemkommunen og det lokale hjelpeapparatet. Statistikk ved sykehuset viser en sterk økning i antallet pasienter som vil bruke utstyret, og ved enkelte avdelinger har nesten en av tre pasienter nå deltatt i videokonferanser med hjelpeapparatet andre steder i landet.

– Vi er ubeskjedne nok til å mene at dette kan bli et gjennombrudd for bruk av telemedisin i Norge, sier Sørli. Som synes det er artig at et slik teknisk gjennombrudd kan komme innenfor habilitering og rehabilitering, et felt man ellers ikke forbinder med teknisk avansert høystatusutstyr.

Kompetanse

Videokonferanseutstyret kan også brukes på andre områder innenfor habilitering og

rehabilitering, har pionerene ved Sunnaas erfart.

Ett eksempel er når kommunene etter spør kompetanseutveksling, men vet at det blir både tidkrevende og dyrt å sende folk på kurs og konferanser. Da kan løsningen være så enkel som at kommuneansatte og andre sitter lokalt med videokonferanseutstyr og deltar i et kurs som foregår på Sunnaas eller et annet sted. I fjor høst var 600 personer fra 17 kommuner og fire helseforetak deltagere under et 12 timers «Grunnkurs i ervervet hjerneskade». Alt foregikk via lokale tv-skjermer og videokonferanseutstyr. Framover tilbyr sykehuset flere lignende kurs. I tillegg publiseres foredrag på internett og som e-læringskurs.

Mer om videokonferanser side 10

VIDEOKONFERANSER

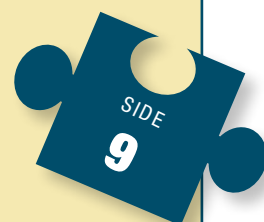
Et videokonferansemøte foregår som et hvilket som helst annet møte. Her kan hvem som helst delta, pasienter, pårørende, sykehusansatte, NAV-ansatte eller ansatte i det lokale hjelpeapparatet. Forskjellen er ganske enkelt at deltagerne sitter på ulike geografiske steder og kommuniserer toveis via kamera og skjerm.

Videokonferanser er miljøvennlig og kostnadsbesparende. Viktigst er likevel at det skaper nye og bedre muligheter for brukerne av hjelpeapparatet.

Den store utfordringen innenfor denne grenen av det som kalles telemedisin, er å få på plass det riktige utstyret. Denne utfordringen er myndighetene nå på god vei til å løse – gjennom NAV. I NAV er nemlig målsettingen at 80 prosent av alle kontorer skal ha videokonferanseutstyr på plass i løpet av neste år (2010). Det er inngått et pilot-

samarbeide mellom Sunnaas og NAV om at om at habiliterings- og rehabiliteringssektoren kan få låne utstyr på NAV-kontorer. Foreløpig gjelder dette i Helse Sør-Øst sitt område. Slik øker tilgjengeligheten til utstyret, samtidig som man oppnår en viktig bieffekt: Sektoren kan få trukket NAV tettere inn i samarbeidet om brukerne.

Initiativtagerne ved Sunnaas innrømmer at det gjenstår noen tekniske utfordringer før alt fungerer som det bør. For å få fart på dette arbeidet har sykehuset ansatt to teknikere på fulltid. Det hører også med at entusiastene ved Sunnaas har nytt godt av et nært samarbeid med Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin i Tromsø. Senteret er tilknyttet Universitetssykehuset i Nord-Norge.



Lærer å svelge

Mange pasienter ved Sunnaas sykehus må trene opp dagligdagse funksjoner etter ulykker eller sykdom. Noe så enkelt som å svelge kan være et kjempeproblem. Pårørende og hjelpeapparat vil gjerne hjelpe til, samtidig vet de involverte at det å svelge feil kan være fatalt og føre til lungekomplikasjoner. Det lokale hjelpeapparat mangler i stor grad spesialkompetanse på dette området og kan derfor vanskelig sette i gang trening på egenhånd.

Den fortvilte pasienten ønsker å mestre svelging. Samtidig er det et mål at pasienten får bo hjemme. Løsningen kan være at pasienten først vurderes på sykehuset, og

deretter sammen med det lokale hjelpeapparatet har jevnlige møter med logoped på Sunnaas via videokonferanseutstyr i pasientens eget hjem. Gjennom kamera og skjerm veileder logopeden pasienten og det lokale teamet i øvelser og ulike tiltak. Slik slipper deltagerne lange reiser og de kan føle seg trygge på at det de gjør er riktig.

Pasienten kan lære å mestre svelging, og kan etter hvert sitte sammen med andre rundt et bord og dele matopplevelser. En aktivitet som er selvfølgelig for de fleste, men som betyr enormt mye for den det gjelder.



Mye kan legges til rette lokalt før brukeren vender hjem. Med videokonferanse-utstyr kan mye bli enklere.

De gode eksemplene

Mange fine ord og for lite om praktisk arbeid. Slik opplever nok en del informasjonen de får om arbeid med habilitering og rehabilitering. Derfor kommer Helsedirektoratet nå med et nytt hefte med gode eksempler.

Tekst: Bård Amundsen

– Vi i helsedirektoratet vil være med å spre kunnskapen om de gode erfaringene som blir gjort på rehabiliteringsfeltet, sier seniorrådgiver Sigrunn Gjønnes.

Habilitering og rehabilitering er et felt hvor konkrete eksempler kan spille en viktig rolle. Slik synliggjør man hvordan forskrifter og målsettinger kan omsettes i praksis.

– Vi opplever ofte at de ansvarlige i kommuner og helseforetak er på jakt etter løsninger. Dette kan være løsninger som vi vet at allerede finnes! Gjennom å trekke fram noe av det positive som faktisk skjer, kan vi også bidra til å gi et mer riktig bilde av tjenestene enn de negative beskrivelsene som litt for ofte får lov til å dominere.

Koordinerende enhet

Rådgiver Tone Killingmo har arbeidet sammen med Gjønnes om det nye heftet. Hun forteller at det har vært stor etterspørsel etter de to forrige heftene med eksempler og tips om godt arbeid.

Denne gangen handler eksemplene om koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i ulike kommuner og helseforetak. I heftet kan du finne eksempler på noen som er kommet langt med dette

arbeidet, mens andre er på god vei. Gode tekster og bra bilder skal friste til å bruke heftet.

Lese om andre

– Mange vil gjerne bli bedre på dette feltet. Det er nyttig å kunne lese om andre som allerede er godt i gang med de gode prosessene i koordinerende enheter, sier Killingmo og legger til at direktoratet også synes det er artig å kunne trekke fram noen enkeltmennesker og enkeltkommuner som jobber bra.

Den sentrale personen i et hefte som dette er brukeren. Derfor kommer flere brukere til orde for å fortelle om sine erfaringer.

Målgruppene for tips- og eksempelheftene fra Helsedirektoratet er primært medarbeidere og ledere i kommuner og helseforetak som er i gang med å etablere koordinerende enheter. Men heftet retter seg også til medlemmer i brukerorganisasjoner og enkeltbrukere.



Når hverdagslivet er utfordringen må folk trenes opp hjemme

– Trening i dagliglivets gjøremål blir i dag ikke prioritert på grunn av kapasitetsmangel. Mangel på ergoterapitjenester vanskeliggjør dessuten samhandlingen mellom sykehus og kommuner.



– Riktig behandling, på rett sted med rett intensitet, sier Mette Kolsrud.

Tekst og foto: Knut I. Tønsberg

Fortsetter neste side



Mette Kolsrud er forbundsleder i Norsk Ergoterapeutforbund. Sammen med sine kollegaer i Sykepleierforbundet, Fysioterapiforbundet og UNIO har hun sagt fra at det må satses på forebyggende, rehabiliterende og helsefremmende kompetanse i kommunene. De har også ropt et varsko i forbindelse med samhandlingsreformen: Pasientenes rettigheter vil stå på spill hvis det blir et spill om penger og ansvar mellom kommuner og sykehus.

– Samhandlingsreformen er et positivt grep. Men hvis flere skal behandles i kommunehelsetjenesten må myndighetene stille klare krav til kvalitet, kompetanse og kapasitet i kommunene, gjerne i form av nasjonale retningslinjer. I dag virker det som om den kommunale selvbestemmelsen er viktigere enn brukernes krav på likeverdige tjenester uavhengig av bosted, sier Kolsrud.

Hun peker også på at trening og tilrettelegging der folk bor og skal leve er, et riktig prinsipp for helsetjenestene utenfor sykehus. Mye av rehabiliteringen må derfor foregå i kommunehelsetjenesten.

– Men jeg er redd for at arbeidet med å styrke brukernes egen mestring, rehabiliteringen faller mellom flere stoler, sykehjem, pleie- og omsorg eller institusjonene, sier hun.

Ergoterapeutenes kompetanse er ofte sentral når det gjelder tilrettelegging, trening og oppfølging i hjemmet for å muliggjøre utskriving av pasienter fra sykehus. Men samtidig er det et faktum at det er liten kapasitet på ergoterapitjenester i de fleste kommuner, og noen kommuner har ikke denne tjenesten i det hele tatt.

– Ergoterapi er en viktig kompetanse for at kommunen skal kunne ta seg av stadig flere oppgaver som mer satsning på reha-

bilitering, flere som ønsker å bo hjemme så lenge som mulig i alderdommen, behandling av rusavhengige og psykisk syke i kommunene, trening for barn med funksjonshemninger og å motta pasienter raskere fra sykehusene, sier Kolsrud.

Hun beklager også at de ergoterapeutene som i dag er i kommunehelsetjenesten i for stor grad bare må ta seg av formidling av tekniske hjelpemidler. Ergoterapeutene bør benyttes i større grad til trening og det som er mest vesentlig for at mennesker skal kunne mestre sitt dagligliv, være mest mulig selvstendig etter en sykdom eller skade med varige funksjonsnedsettelse og for å kunne redusere behovet for personhjelp eller reinnleggelse på sykehus.

– Det er mest effektivt og best for brukeren om personer som kjenner dem fra kommunehelsetjenesten kan videreføre arbeidet med å tilrettelegge arbeids-situasjonen og se helheten med resten av hverdagen, sier hun.

I den sammenheng har Ergoterapeutforbundet pekt på at ulikt lovverk noen ganger kommer i veien for samhandlingen, blant annet fordi individuell plan ikke er forankret i skolelovgivningen. Videre at arbeidet med individuell plan må styrkes og være styrende for prosessen på tvers av etater. Brukere må få rett til tiltak og ikke bare en plan. Et annet vesentlig element er at de koordinerende enhetene må bli mer synlige.

Fysisk aktivitet er vidundermiddelet – trakk seg fra operasjonskø etter trim

Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad fikk 61 godt voksne personer over 70 år med på trim to ganger i uka over et halvt år. På vitenskapelig vis ble de testet før og etter. Deltakerne hadde høysignifikant bedring i fysisk funksjon målt i muskelstyrke, hurtighet og utholdenhet etter seks månederes treningsperiode.

Tekst: Knut I. Tønsberg. **Foto:** Bård Amundsen



– Fysisk aktivitet med veiledning ga gode resultater, forteller Karin Thorell

Det hører med til historien at to av brukerne sto i operasjonskø. En av dem skulle få ny hofte, enn skulle fikse noe i kneet. Nå er de ute av køen, uten å ha blitt skåret i. Trimmen de hadde fått gjorde at de syntes de kunne klare seg uten operasjon.

– Fysisk aktivitet gir økt livskvalitet, koster lite og sparer samfunnet for mye penger, sier Synne Chadwick, assisterende direktør ved Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad i Tromsø. Hennes kollega Karin Thorell som er fysioterapeut og BO-NUS prosjekt koordinator forteller at flere av deltakerne tidligere hadde vært forhold-

svis aktive, men brukt kroppen på feil måte. Med riktigere øvelser ble de kvitt ubehag og smerter samtidig som de kom seg ikke bare fysisk. – Fysisk aktivitet er ikke bare godt for den fysiske helsen, men også den psykiske. Det gir livsglede, sier hun.

Kurbadet fikk omstillingsmidler fra Helse- direktoratet i 2008, men i 2009 ble det avslag. Deltakerne tok imidlertid ikke et nei for et nei. De var så fornøyd at de betaler nå av egen lomme for fortsette. – Men dessverre faller de ut som ikke har råd til at betale selv, sier Thorell.

Rusmisbrukerne tror på fotfolket

Jon Storaas er leder av Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO).



Jon Storaas er skuffet over at Individuell plan ikke har fungert godt nok ved rehabilitering av rusmisbrukere.

Individuell plan fantes ikke den gang Jon Storaas var rusavhengig. Men som leder av Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO) har han vært en stor forkjemper for individuell plan.

– Jeg ser at til tross for alle gode intensjoner, så fungerer ikke individuell plan. Dette skulle være et genialt verktøy for å løse alle de samhandlingsproblemene som

rusfeltet sliter med. Men sånn har det dessverre ikke fungert.

Koordinator i eget liv

RIO-lederen har selv et langt liv bak seg som rusmisbruker. Men er beviset på at det kan gå svært bra, til tross for at man har en tøff oppvekst og et liv i rus. Han har utdannet seg til sosionom og senere sosialpedagog. Noen måneder etter at han var ferdig i behandling fikk

Tekst: Siw Ellen Jakobsen. **Foto:** Privat

Fortsetter neste side



han alene omsorgen for sine tre barn.

– Jeg hadde enormt gode tilretteleggere. Men jeg var koordinatoren i mitt eget liv. Det er det som er meningen med individuell plan, nemlig at brukeren skal gjøre det meste selv. Men ikke alle klarer det. Da trengs det gode fagfolk som løfter deg opp der du selv ikke strekker til.

Gode intensjoner

NAV-reformen, Samhandlingsreformen, Individuell plan. Alle skal trekke i retning av mer samhandling. I tillegg finnes det mange gode og kompetente hjelpere der ute i systemene. Men det er ikke nok, mener Storaas.

– Intensjonene er gode. Men så lenge systemene er så rigide at ledere på lavere nivå ikke får ta beslutninger i eget system, da blir det ikke mer samhandling.

Individuell plan skal bryte ned terskelen mellom de forskjellige fagmiljøene og skape relasjoner på tvers i systemet. Men så lenge sjefene til de fagfolkene som deltar i ansvarsgruppemøtene griner på nesa når medarbeiderne deres skal ut og samhandle med andre etater, ja da kommer vi ikke videre. De som deltar i ansvarsgruppene er umyndiggjort, mener RIO-lederen.

– Politikerne, departementene og helsevesenet må lytte aktivt til de dem som har sitt daglige virke i feltet, både som brukere og ansatte, og delegere mer makt og myndighet nedover. Det er fotfolket som sitter på kompetansen. Den finnes ikke hos politikere eller byråkrater langt fra virkeligheten. Derfor må fotfolket slippe å gå tilbake til eget system for å spørre om lov til å tilrettelegge de enkleste saker.

RIO-lederen kaster ut en brannfakkell:
– Jeg tror det største hinderet er lederne helt på toppen, som først og fremst er opptatt av sin egen fagposisjon.

Fotball og hester

Rusavhengige er som alle andre. Men i rehabiliteringsprosessen blir de behandlet annerledes, hevder Storaas. Han mener at oppskriften på god rehabilitering er å se på rusavhengige som vanlige mennesker.

– Alle mennesker kjenner til tider på angst og dårlig selvbilde. Det som skiller rusavhengige fra andre, er at angsten er sterkere og selvbildet enda dårligere. Derfor er det så viktig for oss å komme inn i gode nettverk, hvor vi kan utvikle oss og føle oss trygge.

Aktivitet er et ord Storaas bruker ofte. Dette ordet mener han er selve nøkkelen til god rehabilitering. – Vi i RIO blir ofte ledd av når vi snakker om fotball og hester. Men vi tror mer på hester og fotball og gode døgninstitusjoner, enn medisiner og samtaler med psykologer.

Vil ikke ha medlidenhet

– Medisinere har en veldig tro på samtaler og legemidler. Vi tror at de kan skade mer enn gagne. Vi som selv har vært misbrukere vet at den fysiske avhengigheten er en liten del av rusmisbruket. Skal du bli rusfri, må du få utløp for ditt behov for aktivitet. Du må få et nettverk.

– Det er sjelden du hører at tidligere rusmisbrukere trekker fram de flinke damene på NAV som årsak til at de kom ut av rusen. De fleste har klart det fordi de har fått hjelp til å bytte ut rusaktiviteten med annen aktivitet, sier Storaas. Han kommer også med en advarsel til de gode hjelperne:

– Det verste du kan gjøre med et menneske er å synes synd på det. Rusavhengige trenger noen som er tydelige og setter klare grenser for dem. Vi har ikke behov for medlidenhet.



Rusbehandling: Forskjellene en utfordring

Nyhetsbrevet til ReHabuka 2009 ba avdelingsdirektør Jens Guslund i Helsedirektoratet om å svare på hva direktoratet mener er utfordringen i forhold til å få denne gruppen til å bruke individuell plan.

– Alle er enige om at individuell plan må brukes langt mer på rusfeltet. I planarbeidet er det gjerne behov for enda større fokus på brukerens egen ressurs og å få brukt disse på en konstruktiv måte. Det er viktig at brukerne føler at det er deres plan som de tar aktivt del i selv. Individuell plan for rusmiddelmisbrukere må forholde seg til at brukerne kan havne i uforutsette kriser. Dette er en utfordring. Når brukerne havner i plutselige kriser blir måten det tradisjonelt arbeides med individuell plan på en ekstra utfordring i forhold til rusmisbrukernes behov. Vi ser at det hjelper når brukeren får koordinering og god tilretteleggelse, og at brukeren har gode fagfolk å støtte seg på. Derfor har vi en rekke tiltak som skal bidra til å styrke bruken av individuell plan for rusmisbrukere. Dette skjer i tett samarbeid med brukerorganisasjonene.

Eksempelvis har vi «koordinerende tillitspersonforsøk» i 30 kommuner. Her er det fokus nettopp på å øke bruken av individuell plan. I tillegg arbeider 19 rusrådgivere i fylkene på oppdrag fra helsedirektoratet med å arbeide for å øke bruken av IP i kommunene. Det er også opprettet en nettside www.kommunetorget.no hvor kommunene og andre finner informasjon om hva som hemmer og fremmer arbeidet med individuell plan for rusmisbrukere, og ikke minst hva som kan gjøres for å styrke arbeidet fremover. Her ligger også infor-



– Opptrappingsplanen for rusfeltet er et viktig verktøy, sier avdelingsdirektør Jens Guslund i Helsedirektoratet.

masjon om Helsedirektoratets tipshefte; Gjør det enkelt.

– Hva er de største utfordringene knyttet til rehabilitering av rusmisbrukeren i dag?

– I mange kommuner er det fremdeles et mangelfullt oppfølgings-tilbud. Denne store variasjonen i tilbud mellom kommuner og region-

Tekst: Siw Ellen Jakobsen

Fortsetter neste side



er ser vi på som en viktig utfordring. Vi vet også at det er behandlingsskøer i enkelte regioner, og at lengden på disse varierer. Eksempelvis var det på et tidspunkt 8,5 ukers ventetid i Helse Sør-Øst, mens Helse Midt-Norge hadde 12 ukers ventetid til døgnbehandling. En utfordring er også samhandlingen mellom kommune og spesialist. Dette siste er den nye Samhandlingsreformen ment å adressere.

– Er det særskilte utfordringer i rehabiliteringen av rusmisbrukere i forhold til andre pasientgrupper?

– Ja. Ofte kan man oppleve en ambivalens hos rusmiddelmisbrukerne. Motivasjonen svinger. Personer med rusmiddelproblemer har ofte sirkulære pasientforløp, preget av tilbakefall og behov for flere ulike og samtidige tjenester. Dette er en særlig utfordring.

– Hva har Helsedirektoratet gjort for å bedre rehabiliteringen av rusmisbrukere?

– Opptappingsplanen for rusfeltet er et viktig verktøy for å bedre tilbudet til personer med rusmiddelproblemer. En rekke ulike tiltak tar sikte på å heve kompetansen i tjenesteapparatet, bedre samhandlingen, styrke tjenestetilbudet, øke tilgjengeligheten og øke brukermedvirkning og tilbudet til pårørende. Ett konkret virkemiddel er tilskudd til kommunene for å styrke tilbudet. 250 millioner kroner ble i 2009 gitt i tilskudd til over 200 kommuner.

– Er dere fornøyd med kommunenes arbeid?

– Vi ser at det jobbes veldig bra i mange kommuner. Men det gjenstår mye en rekke steder.

– Hvilken rolle spiller de frivillige organisasjonene?

– De er et meget viktig supplement til det offentlige tilbudet. Tradisjonelt har disse vært blant de største leverandører av denne type tjenester. Helsedirektoratet ga i 2009 ca. 130 millioner kroner til ulike frivillige organisasjoner som tilbyr blant annet rehabilitering.

– Bolig er vel en særskilt utfordring i rehabiliteringen av rusmisbrukere?

– Når det gjelder bolig varierer situasjonen fra kommune til kommune. Her finnes det ingen entydige fasitsvar. Men til tross for store kommunale variasjoner, tror jeg vi basert på både forskning og erfaring kan si at det generelt er en utfordring for kommunene å framskaffe boliger som er spesielt egnet til personer under rehabilitering. I brukerintervjuer sier brukerne at de er godt fornøyd med tjenestetilbud og oppfølgingstjenestene i bolig, mens majoriteten er misfornøyd med selve boligene sine. De er dels misfornøyd med boligstandard og dels misfornøyd med at boligen ligger i belastede områder. Mange kommuner har etablert ulike botilbud til denne målgruppen de senere årene. Det er altså fokus på boligutfordringene, men kommunens økonomiske situasjon gjør at ikke alle planer blir realisert så raskt som ønskelig.

– Rusmisbrukere havner altså ofte i belastede områder når de får en prioritert bolig?

– Dette varierer fra kommune til kommune. De kommunale boligene er i større og større grad blitt forbeholdt de aller mest vanskeligstilte på boligmarkedet, herunder personer med rusmiddelproblematikk. Når beboersammensettingen er lite variert, fører det ofte til at en tildelt kommunal bolig ligger i et belastet bomiljø.

Veien videre for de private institusjonene

Private institusjoner spiller en helt sentral rolle i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i Norge. Flere gjennomgår en omfattende omstilling. Institusjoner som før drev ren somatisk behandling og opptrening, møter i dag mer sammensatte behov hos brukerne.



Synne Chadwick (t.v.) og Irene Øyeflaten var to av deltagerne på konferansen.

På tampen av september arrangerte Helsedirektoratet en konferanse for å rette søkelyset mot omstillingsprosessen de private institusjonene nå går gjennom. En omstillingsprosess som i stor grad dreier seg om spesialisering på ulike felt.

– Konferansen er den første vi holder etter flere år med omstilling for de private rehabiliteringsinstitusjonene. Tiden er inne for å oppsummere og å se på veien videre,

sier Helsedirektoratets Truls Grøteig som ledet konferansen på Gardermoen.

Konferansen var i tillegg en mulighet for institusjonene til å utveksle erfaringer og å vise seg fram for både brukerrepresentanter, mulige avtalepartnere og andre institusjoner. Drøyt 35 private rehabiliteringsinstitusjoner og 100 personer deltok.

Fortsetter neste side

Tekst og foto: Bård Amundsen

Rehabilitering med arbeid som mål

Rehabilitering med arbeid som mål er en fellesnevner for den nye retningen mye av virksomheten ved de private rehabiliteringsinstitusjonene har tatt de senere årene. Politiske signaler og konkrete ønsker fra de to store kjøperne av tjenestene – helseforetakene og NAV – ligger bak denne dreiningen. Erfaringene fra rehabilitering med arbeid som mål ble oppsummert slik av en deltager:

– Vi opplever at mange brukere gjerne vil arbeide, men uten å vite hvordan de skal få det til. Når vi skal hjelpe dem, kan vi ikke bruke den samme oppskriften på alle. Det er forskjell på læreren, dama på 1881 og produksjonsarbeideren på Nortura, fremholdt innlederen.

Konferansen var også en mulighet til å luften frustrasjon over vanskelige arbeidsbetingelser. Manglende forutsigbarhet, usikker økonomi og problemer med å hente blant andre leger, psykologer og psykiatriske sykepleiere til institusjoner som ofte ligger langt fra de største byene, ble trukket fram. – Å starte opp og drive en rehabiliteringsinstitusjon krever en voldsom stayerevne, konkluderte en av deltagerne.

Utsiktene framover

En viktig del av konferansen for mange av deltagerne var foredrag der helseforetak, NAV og en kommunerepresentant snakket om hva som blir morgendagens tjeneste-etterspørsel. Martha Østbye fra Helse Sør-Øst RHF representerer den aller største kjøperen av private rehabiliteringstjenester her i landet. Hun pekte ikke overraskende på den sterke økningen i antallet eldre som viktig å merke seg.

Østbye viste også statistikk som forteller om en til dels sterk skjevfordeling i bruken av private rehabiliteringsplasser. Innenfor

Helse Sør-Øst sin region er for eksempel forskjellen mellom Innlandsfylkene og Sørlandet sin bruk av institusjonsplasser nesten 3 til 1.

– Vi vet lite om årsaken til denne skjevheten. Men dette skaper blant annet utfordringer for samhandlingen innenfor regionen vår, sa Østbye.

Bjørn Skotvold fra NAV Nord-Trøndelag la i sitt innlegg vekt på at NAV for ofte kommer sent inn i bildet. – Vi blir gjerne trukket inn når økonomi blir et spørsmål, medga ham.

Helsesjef Henning Fosse fra Molde pekte på at vi nå ser en pasientstrøm fra distriktene til hovedstadsområdet og at kommunenes kompetanse må bygges opp for å møte dette. – Pasientenes behov skal være førende, sa han og åpnet for at kommunene også må kunne benytte private rehabiliteringsinstitusjoner.

Nyttig konferanse

Andreas Habberstad, rådgiver i Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) var også blant deltagerne på konferansen:

– Som brukerorganisasjon er vi selvfølgelig opptatt av det tilbudet de private institusjonene kan gi, og en konferanse som dette er svært nyttig. Virksomheten som drives av de private rehabiliteringsinstitusjonene betyr mye for våre brukergrupper.

– Det sterke fokuset vi nå ser på rehabilitering til arbeid er uttrykk for en ny retning innen sektoren, som må sees i sammenheng med økningen i antallet uføretrygdede. Samtidig vet vi at mange som kan jobbe, ikke får jobb fordi det skorter på tilrettelegging og fleksibilitet i forhold til trykdeordninger.



Spill hverandre gode

Ingebrigt Steen Jensen og helseministeren har en ting felles – de reiser landet rundt og snakker om samhandling – hver på sin måte.



Avdelingsdirektør Lisbeth Myhre i Helsedirektoratet har ofte snakket om betydningen av å være «drømmefanger» for dem som skal jobbe med ReHab og fant en trofrende i Ingebrigt Steen Jensen som ville «gi drømmen en sjanse» og sporenstreks delte på godbitene fra Truls Grøteig.

– Tenkningen rundt samhandlingsreformen er at vi må hjelpe hverandre, sier forfatteren og reklamemannen. Sønnen til Brikt. En av landets store kulturpersonligheter da 68-erne vokste opp.

– Bjarne Haakon har skjønt at vi må få til den kollektive samhandlingen. Det å hjelpe hverandre er ingen selvsagt ting, sier han som faktisk også fulgte i farens spor da han akslet styrevervet i Bærum's største fotball-

klubb. Men for å forklare samhandlingens kjernepoeng går han til Lerkendals store fotballtrener. Han som sa nei til å bli statsråd. Han som klarte å slå Europas topplag med 11 fotballspillere som hver for seg var dårligere enn sine motstandere – fordi de spilte best sammen.

– Du får itt være me' hvis du itte spill dem andre go', får vi høre at Nils Arne Eggen hadde sagt og

Foto: Matthias Reckert. **Tekst:** Knut I. Tønsberg

Fortsetter neste side



samtidig gitt sitt bidrag til internasjonal ledelsesfilosofi.

Steen Jensen havnet på Sjømennenes helseheim etter en hofteoperasjon. – Bare navnet var som om jeg hadde kommet på siste reis. Jeg dro etter to dager. Nå er navnet skiftet. Det nye Fram, er mye bedre. Vi må tenke over hvilke signaler vi sender. Rehabiliteringstjenestene kunne låne visjonen til tre suksessbedrifter: Disney's «make people happy», Norsk Tippings «Gi drømmen en sjanse» og IKEA's «Bedre hverdag til menneskene».

Selv de mest ihuga fotballmotstanderne i salen låner øre en stakket stund når Ingebrigt forklarer. Om hvordan det blir suksess når hver mann får videreutvikle og dyrke det man er god på – og man samtidig vet å spille hverandre gode. Alt for ofte gjør vi det motsatte overfor kollegaer og andre organisasjoner – sender dem en ball de ikke kan mestre.

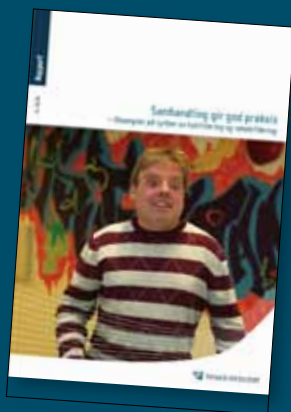
Og et øye kan bli vått når man får høre historien om han som ikke var god i matte, men som lik en «Jonas» hos Bjørneboe, blomstret opp når han fikk drive med det han var god på. Da klarte han matte og mer til.

– Da Obama takket velgerne takket han dem som hadde stemt på ham, og dem hvis «tillit han enda ikke hadde oppnådd». I bunnen er det et slikt menneskesyn som teller. Vi må i hvert fall våge å tenke stort når eldrebølgen kommer for fullt. Slutt med å klage på for lite penger – det blir aldri nok av dem. Fortell de gode historiene til hverandre. De fornøyde pasientene vil spre dem, sier Ingebrigt før han fikk overrakt et krus fra attføringsbedriften Norasone og en pose «brune grønnsaker» som han delte med begeistrede tilhørere etterpå fra landets private rehabinstitusjoner. De var samlet til konferanse i regi av Helsedirektoratet en torsdag i september.

God praksis

«Samhandling gir god praksis» er tittelen på hefte nummer to i en serie på snart tre ulike tips-publikasjoner fra Helse-

direktoratet. I det populære heftet finner du en rekke eksempler på nytten av habilitering og rehabilitering. Heftet har intervjuer og reportasjer med brukere og tjenesteutøvere. Her finner du inspirasjon til gode individuelle habiliterings- og rehabiliteringsprosesser. Heftet kan bestilles fra **www.helsedir.no**



Samhandlingsdag

Under ReHabuka 2009 arrangerer Sunnaas sykehus en egen Samhandlingsdag tirsdag 20. oktober. Både klinikkene og kompetansesentraene ved sykehuset vil da vise eksempler på god samhandling. Alle interesserte er velkommen til å komme og høre på foredrag av spesialister innenfor ryggmargsskader, hjerneskader, nevrologi og smerterehabilitering, sjeldne diagnoser og spesialpedagogikk. Arrangementet er gratis for alle. Program og påmeldingsskjema finner du på **www.sunnaas.no**

SIDE
22

Ny fase i arbeidet med individuell plan

Endelig ser det ut til å løsne. Individuell plan som redskap for rehabilitering og habilitering er blitt godt kjent og tas etter hvert i bruk på en helt annen måte enn tidligere.

– Vi merker at mange flere, i kommuner landet rundt, nå er oppmerksomme på individuell plan. Forespørslene og tilbakemeldingene er entydige – «Gjør det enkelt» er blitt slagordet og våre foredragsholdere møter oppglødde forsamlinger, sier avdelingsdirektør Lisbeth Myhre i Helsedirektoratet.

Hun støtter seg også på en snart ferdigstilt rapport om oppfølging av regelverket. – Arbeidet med habiliterings- og rehabiliteringsoppgavene ser nå ut til å ha kommet over i en ny fase, sier seniorrådgiver Tove Eikrem i direktoratet. Hun har innhentet informasjon om erfaringene fra rundt 35 kommuner ved koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering, syv fylkesmenn, to av de regionale helseforetakene og fem forskjellige organisasjoner samt Kommunenes sentralforbund.

Eikrem er jurist og fysioterapeut med tidligere bakgrunn som leder i Rettighets-senteret til Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon. Hun var også tilsatt ved Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne de tre årene dette senteret eksisterte. Fra begge disse ståstedene var det de første 7–8 årene etter at retten til individuell planer ble lovfestet, lett å observere at det skortet både på kunnskap og vilje i tjenestene til å få satt dette regelverket i funksjon.

– På leder- og mellomledernivå i tjenestene vet de i dag mye mer om regelverket og det gjøres mange interessante analyser rundt oppgaveløsningene, sier hun. Ikke unaturlig for en jurist peker hun på at den etter hvert brede lovhjemlingen og forskrifts-

festing av individuell plan samt av plikten til å etablere koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, er viktige medvirkende årsaker til at det nå har skjedd en endring. Men hvordan implementering av nytt regelverk skjer på, må ikke undervurderes.

– Direktoratets store satsing de siste årene på å spre kunnskap og erfaring om individuelle planer og koordinerende enheter, har tydeligvis gitt resultater. Mange av tilbakemeldingene fra tjenestene peker på at sentrale myndigheters fokusering og innsats på et tjenesteområde har stor betydning for hvordan oppgavene prioriteres ute i tjenestene. Det bekrefter også at det må legges stor vekt på å forbedre de forholdene der tilbakemeldingene er mest samstemte på behov for presiseringer og endringer i regelverket; sier hun.

Tjenestene rapporterer om stor aktivitet og mange diskusjoner om detaljforståelse av regelverket, og de kommer til mange ulike konklusjoner om mangler og behov for endringer.

Mange kommuner sier for eksempel rett ut at de betrakter hab-/rehab oppgaver og IP som to sider av samme sak og etterlyser i den forbindelse en bedre samkjøring av forskriftene. Andre forhold er:

- Bedre avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunenivå og spesialisthelsetjenesten
- Bedre avklaring av koordinatorrollen og oppgaver knyttet til denne
- Sikre lovforankring for habiliterings- og rehabiliteringsoppgaver og utarbeiding av individuell plan for alle tjenester som forventes å delta i dette arbeidet.

Men – «Å lykkes i å gjennomføre regelverket handler like mye om interne prosesser og god styring som selve regelverkets ordlyd» (innspill fra Gjøvik kommune)



Rusmis-
brukeren blir
sendt hjem fra
behandling
– og kontak-
ten kuttes. Det
er erfaringen
ved mange
institusjoner.
Og det skjer
på tross av
kunnskapen
om at tett
oppfølging
ofte er nøkkel-
en til å lykkes.
Løsningen på
utfordringen
kan være
enkel, viser
en studie fra
Nasjonalt
senter for
telemedisin. Det

dreier seg rett og slett om å holde kontakt
med SMS. Mange rusmisbrukere får be-
handling utenfor sin egen hjemkommune,
og oppfølgingen kan bli vanskelig uten
å reise mye. Doktorgradsstudent Trond
Nergaard Bjerke gjorde over fire måneder



*SMS kan skape
bedre oppfølging.
(Illustrasjonsfoto)*

SMS-rehabilitering

positivt. –Tryggheten ligger i at de har
telefonen tilgjengelig og kan ta kontakt
når og hvis de følte behov for det, forteller
Bjerke. Det var pasientenes «opplevde
nærvær» av behandleren som var viktig,
viser studien.

en studie som
kan hjelpe
på denne
mangelen.
Åtte personer
med rus-
misbruk og
psykiske
lidelser fikk
kommunisere
fritt med sine
behandlere
på institus-
jonen via
sms, etter
at de hadde
flyttet hjem
til sin hjem-
kommune.
Og denne
oppfølgingen
ble av pasien-
tene oppfattet
som veldig

Tekst: Siw Ellen Jakobsen

 **Helsedirektoratet**

Les mer på www.helsedirektoratet.no/habilitering_rehabilitering/

Utgiver: Helsedirektoratet

Redaksjonen:

Bård Amundsen, Siw Amundsen, Ellen Juell, May Cecilie Lossius og Knut I. Tønsberg (redaktør)

Grafisk design: Aase Bie

SIDE
24