

ReHab 2010

God habilitering og rehabilitering er samhandling i praksis



*Christine Øverli Eriksen og Mads Andreassen påpeker at unge uføre lett blir baksetepassasjerer i egne liv
(Foto: Knut I. Tønnsberg)*

Rehabiliteringstilbud til unge på dagsorden

Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten har satt rehabiliteringstilbudet til ungdom og unge voksne på dagsorden. Christine Øverli Eriksen og Mads Andreassen gjorde inntrykk på rådet da de presenterte en undersøkelse de har gjort for Helsedirektoratet om ungdom og unge voksne i aldersgruppen mellom 18 og 30 år.

Se side 2

- side 3** Koordinerer ReHab-uka 25.-29. oktober
- side 5** Unik kompetanse knytter sammen helse og opplæring på Sunnaas sykehus
- side 8** Koordinerende enhet med nye tilbud i Helse Vest
- side 11** Kraftsentrum for rehabilitering
- side 13** Sykestua på Ål et samhandlingseksempel
- side 15** Konferansen hvor hver eneste deltaker får bestemme tema
- side 17** Tilskudd til utvikling av lokalmedisinske sentre
- side 19** Hunden Lara hjelper til på Catosenteret



– Vi ser et misforhold mellom tilbudet av rehabiliteringsplasser for unge og økningen i antall ungdommer som har blitt uføretrygdet de siste årene. Forskning viser at disse i liten grad får et tilbud om rehabilitering. Unge uføre blir lett baksetepassasjerer i egne liv og mister styringen, sier de.

Under tre prosent av brukerne på private rehabiliteringsinstitusjoner i 2008 var i alderen mellom 18 og 30 år, men størstedelen av institusjonene mener allikevel at de både har god kompetanse på aldersgruppen, og de mener selv de kan tilby et godt sosialt miljø og aktiviteter.

Det er viktig at utdanning og arbeid får en større del av fokuset i rehabilitering for unge voksne. Studier viser at høyere utdanning har nesten dobbelt så stor betydning for funksjonshemmet ungdom som for andre – og arbeid er en viktig arena for selvrealisering, mestring og sosialt fellesskap.

– Det viser seg at det er flere grunner til at det er såpass få unge voksne som mottar rehabilitering. Institusjonene oppgir at ytelsesavtalene og etterspørselen fra RHF og/eller NAV i for liten grad fokuserer på aldersgruppen. Samtidig er det viktig at

rehabiliteringsinstitusjonene sørger for at unge voksne får et tilbud som er tilpasset deres livsfase. Ungdommene vi har møtt understreker også at det å være på rehabilitering sammen med andre unge er avgjørende for resultatet av oppholdet. Ungdom er først og fremst ungdom, ikke pasienter, brukere, syke eller funksjonshemmede. Å tenke helhetlig er viktig slik at unge voksne rehabiliteres til å kunne leve et aktivt liv, ikke bare overleve, sier de to.

Nasjonalt råd for prioritering i helse-tjenesten fortsetter behandling av saken: www.kvalitetogprioritering.no/Saker/Forslag/12888.cms

Utdanningsministeren påpeker at antall unge voksne vil stige i årene som kommer: www.regjeringen.no/nb/dep/kd/aktuelt/taler_artikler/forsknings--og-hoyere-utdanningsminister/tora_aasland/2009/en-nodvendig-ungdomsbolge.html?id=583718

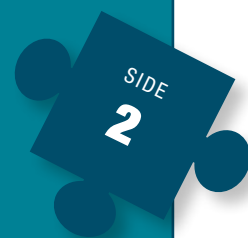
Rapporten om unge og unge voksne finner du her: www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00285/Ung_Rehab_-_En_kart_285009a.pdf



Individuell plan – en slager

På Google er «Individuell plan» det mest søkte begrepet siste halvår som gir treff på Helsedirektoratets nettside (etter «Helsedirektoratet»). På publikasjonssiden til Helsedirektoratet har veilederen for individuell plan ikke uventet også flest treff, med brosjyren om individuell plan litt lenger ned på listen. I tillegg er den nye veilederen og brosjyren en slager på Helsedirektoratets trykksak-ekspedisjon.

*Christoffer Rudbak har sendt ut 3000 veiledere om individuell plan i dagene etter påske.
(Foto: Knut I. Tønsberg)*





Audhild Høyem og Kirsti Rasmussen leder ReHab-uka 2010.
Foto: Jan Fredrik Frantzen

ReHabiliteringsuka 2010 går av stabelen 25.–29. oktober

ReHabiliteringsuka har som særlig formål å bidra til økt oppmerksomhet, publisitet og erfaringsutveksling innen re-/habilitering. Arbeidet skal understøtte og gjenspeile pågående nasjonale satsninger og aktiviteter. ReHabiliteringsuka favner tiltak, tjenester og brukere innenfor somatikk, psykisk helse, rus og habilitering innen alle aldersgrupper, sektorer og tjenestenivåer.

I 2010 er det for første gang avsatt personalressurser til koordinering av ReHabiliteringsuka og det nasjonale

åpningsarrangementet. Helse-
direktoratet har tildelt prosjektmidler
til en 50 prosent stilling og midler til



nasjonalt åpningsarrangement. Prosjektet skal utføres av Regional Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i Helse Nord. Audhild Høyem, som jobber som rådgiver i den regionale enheten, er prosjektleder, og Kirsti Rasmussen koordinator for ReHabiliteringsuka. Rasmussen er spesialergoterapeut og har permisjon fra sitt arbeid i Rehabiliteringsklinikken ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Vi er glade for å fått tildelt oppdraget med nasjonal koordinering av ReHabiliteringsuka 2010 og nasjonalt åpningsarrangement i her i nord sier Høyem og Rasmussen. Planlegginga er i gang, og vi kan love et variert program og et spennende åpningsarrangement.

Koordinerende enhet i Helse Nord RHF skal sikre samordning og koordinering av tiltak på tvers av helseregionene gjennom nettverket for regionale KE. Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med Helsedirektoratet. Det er de regionale koordinerende enhetene som koordinerer arbeidet i sine respektive helseregioner.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering knytter tjenestene sammen

ReHabiliteringsuka 2010 setter fokus på koordinerte tjenester innen habilitering og rehabilitering, blant annet gjennom å spre gode eksempler og informere om funksjonen til koordinerende enheter i kommuner og helseforetak. Det vil også bli konferanser med tema koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i regionene til høsten, arrangert av Fylkesmannsembetene og Helsedirektoratet. I tillegg ønsker vi også i år lokale arrangementer der oppmerksomheten rettes mot de gode eksemplene på vellykket samhandling og koordinering innen habilitering og rehabilitering.

ReHabiliteringsuka er et dugnadsprosjekt. Alle fagmiljøer og brukerorganisasjoner som er engasjert i habilitering og rehabilitering oppfordres til å ta initiativ til markeringer. Ta kontakt med den regionale koordinerende enheten for habilitering og rehabilitering i din helseregion. Du finner en oversikt på Helsedirektoratets nettsider under Habilitering og rehabilitering, Koordinerende enhet.

Perspektiver på god praksis

– ny rapport fra undersøkelse av koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i fem kommuner.

Undersøkelsen viser suksesskriterier for god praksis. Målet med undersøkelsen har vært å synliggjøre faktorer og rammebetingelser som kan ha betydning for at disse enhetene kan legge til rette for god koordinering på individnivå. Undersøkelsen

er gjennomført av Rambøll AS på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Rapporten kan lastes ned fra Helsedirektoratets hjemmeside, under habilitering og rehabilitering / koordinerende enhet



Helse og opplæring knyttes sammen på Sunnaas sykehus i spisset pasienttilbud

Det er et stort og variert behov for spesialpedagogiske tjenester innen medisinsk rehabilitering. Sunnaas Spesialpedagogiske kompetansesenter forener skole og helse i et spisset pasienttilbud. Men nå står en unik ekspertise bygget opp i løpet av 40 år i fare.



På Sunnås spesialpedagogisk kompetansesenter får ungdom viktig hjelp til å mestre skolesituasjonen.

Tekst og foto: Ingvild Hafstad

Sunnaas sykehus skole ble etablert i 1960. Ved overgangen fra Sunnaas sykehus skole til kompetansesenter i 1995 var intensjonen å bli brobygger mellom helse og opplæring. I motsetning til andre kompetansesentra, er virksomheten ved senteret forankret i daglig klinisk virksomhet ved sykehuset. 25 spesialpedagoger

og logopeder leverer høyt spesialiserte tjenester og deltar aktivt i det tverrfaglige teamet til pasientene. Deres kompetanse er særlig viktig for barn og unge, men også for alle pasienter relatert til afasi (språkproblemer etter hjerneskade), språk- og talevansker, dysfagi (spise-

svelgevansker) m.m. På årsbasis er kompetansesenteret direkte involvert i behandlingen av over tusen inneliggende pasienter.

Akershus fylkeskommune vil fra august skille ut det de definerer som «opplærings-tilbudet» fra det helhetlige rehabiliterings-tilbudet, et område de råder over i følge opplæringsloven. Etter deres vurderinger tilsvarende dette ansvaret 20 prosent av den totale virksomheten ved senteret. De vil opprette en egen opplæringsenhet med fem ansatte som skal ledes av en rektor fra en videregående skole i fylket. De resterende 20 ansatte vil da i prinsippet være overtallige.

Daglig leder ved kompetansesenteret, Patricia Heie, er urolig for dette. – Som



– Fysiske, psykiske og kognitive vansker er ofte usynlige og sammensatte, sier Patricia Heie.

en integrert del av pasientens rehabiliteringsteam, kan vi tilby et læringsmiljø tilpasset pasientens behov. Dette videreformidles til lokale læringsaktører etter utskrivning.

Det er ofte nødvendig å etablere et tjenestenettverk i hjemmekommunen så raskt som mulig for å sikre oppfølging og samarbeid innen både helse og opplæring. Hvis senteret blir borte, vil pasientene få et betydelig dårligere tilbud – både i løpet av oppholdet på Sunnaas sykehus og etter utskrivning, sier hun.

Faren er at en unik og svært viktig

kompetanse nasjonalt og internasjonalt inn mot pasientbehandlingen står i fare for å falle bort.

Spesialisert kompetansestøtte

For barn og ungdom utsatt for alvorlig sykdom, ulykke og traume, er skolen på hjemstedet en viktig arena i livet.

– Fysiske, psykiske og kognitive vansker er ofte usynlige og sammensatte, og kan skape store utfordringer for videre læring og reintegrering i skolen. Overføring av kompetanse, både på individ- og systemnivå, og godt samarbeid mellom hjemmet, PP-tjenesten, skolen, kommunen, helse-tjenester og Nav, er en svært viktig del av rehabiliteringsprosessen, forteller Heie.

Lokale aktører har sjelden denne spesialiserte kompetansen. I denne prosessen er Sunnaas Spesialpedagogiske kompetansesenter avgjørende gjennom kompetanseoverføring i form av hospitering, utadrettet virksomhet og videokonferanser.

– Vi har opparbeidet en spesiell kompetanse gjennom mange års erfaring innen arbeid med og for pasientene innlagt ved Sunnaas sykehus HF. Erfaringer og tilbakemeldinger bekrefter viktigheten av det spesialpedagogiske tilbudet som en integrert del av pasientens rehabiliteringsprosess. Hvis kompetansemiljøet her fragmenteres, spørs det om det blir mulig å opprettholde og videreutvikle kompetanse i samsvar med pasientenes behov, sier Heie.

Viktig tverrfaglig samarbeid

Richard Meland (21) og Lena Ericsson Gunvaldsen (49) har hatt tett kontakt med kompetansesenteret på Sunnaas sykehus mens de har ligget på sykehuset og etter utskrivning. Richard ble skadet i en





Logopeden ga meg tro på meg selv, og jeg lærte å prate igjen, sier Lena Ericsson Gunvaldsen.

trafikkulykke som treåring og har siden da vært jevnlig på Sunnaas sykehus. Lena fikk hjerneblødning i september 2007. Som følge av hjerneblødningen fikk hun afasi og taleapraksi, dvs. språk- og talevansker. Hun var på Sunnaas sykehus HF først i tre måneder i 2008 etter hjerneblødningen, og på intensivt afasi/språktreningsopphold i tre uker i desember 2009.

– Da jeg kom hit første gang var jeg veldig syk og redd og var ikke klar for å komme hjem. Helt ærlig tror jeg ikke at jeg kunne bodd hjemme og klart meg selv. Jeg hadde sittet i et hjørne. Logopeden ga meg tro på meg selv, og jeg lærte å prate igjen. Barna og mannen min fikk være med på opptreningen. De fikk se hvordan jeg trente, og vi pratet om hvordan det er å ha afasi. Logopeden fortalte dem om hvordan jeg kunne si ting en gang, men kanskje glemte ordet en annen gang, og da forstod de hvorfor. Også logopeden i kommunen fikk være med og se hvordan vi trente, forteller Lena.

Richard Meland har tilbrakt mang en time på skolebenken på Sunnaas sykehus, og har hatt tett oppfølging derfra på hjemstedet:

– Senteret har hjulpet meg med skolehverdagen, de søkte om datamaskin til meg via hjelpemiddelsentralen og pedago-

giske spill som jeg kunne spille når jeg var på sykehus eller hjemme. Jeg likte meg på skolen på Sunnaas sykehus, av og til var det andre elever som også bodde på sykehuset. Da tøyset vi mye rundt!

Det gode, tverrfaglige samarbeidet mellom senteret og sykehusklinikkene har gitt resultater for Richard og Lena:

– Å få være på Sunnaas den tiden og få så mye hjelp med språket og talen og bli trygg, betydde alt. Når man kommer hjem får man tilbud om logoped bare to ganger i uken. Det intensive språktreningsoppholdet som jeg var på før jul gjorde at jeg tør prate mer med andre. På oppholdet møtte jeg flere andre med afasi som er i samme

situasjon, så vi vet hvordan de andre med afasi har det, selv om vi er forskjellige. Særlig det å ta det med ro, som folk ikke skjønner. I tillegg fikk vi

annen tverrfaglig gruppetrening på sykehuset blant annet med fysioterapeut, sier Lena.

– Hvis jeg ikke hadde fått hjelp fra senteret hadde jeg droppet ut av skolen for flere år siden. De hjalp med motivasjonen.



– Senteret har hjulpet meg med skolehverdagen, sier Richard Meland.

Helse Vest videreutvikler funksjonen som regional koordinerende enhet

Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering ble etablert på oppdrag fra Helse Vest RHF, som ledd i en langsiktig satsing på habilitering og rehabilitering. Senteret har vært i drift siden september 2007 og har fem hovedoppgaver: Forskning og fagutvikling, undervisning, nettverksbygging og regional koordinerende enhet. Våren 2010 etableres i tillegg en vurderingsenhet for rehabilitering i Helse Vest.



Edith Lunde og Merethe Boge står sentralt i rehabiliterings- og habiliteringsarbeidet i Helse Vest.

Tekst: Merethe H. Boge. **Foto:** Anette Hellstrøm

Denne artikkelen tar for seg hovedoppgaven Regional koordinerende enhet.

Kompetansesenteret har rådgivere med «bindeleddsfunksjon» i alle de fire foretakene i regionen. Disse er ansatt i 50 prosent stilling i kompetansesenteret og jobber for øvrig med andre beslektede oppgaver i eget foretak. Rådgiverne har

hånd om den koordinerende funksjonen i respektive foretak, og inngår i satsningen med den regionale koordinerende funksjonen. Vi erfarer at denne formen for organisering sikrer samhandling og dermed også kvalitet.

Rådgiverne samhandler internt gjennom faste, regelmessige møter,



der medarbeiderne med bindeleddsfunksjoner reiser til kompetansesenterets lokaler i Bergen. I tillegg foregår samarbeidet via maildialoger og telefonmøter for gjensidig oppdatering, veiledning og informasjonsutveksling.

Kompetansesenteret jobber i henhold til mandatet som favner mangfoldet av brukergrupper innenfor habilitering og rehabiliteringsfeltene. Vi har oversikt over rehabiliteringstilbud og habiliteringstilbud i helseregionen, både innenfor spesialisthelsetjenesten og de private rehabiliteringsinstitusjonene. Videre har vi oppdaterte databaser over koordinerende enheter i alle 85 kommunene i regionen som er synliggjort og tilgjengelig på kompetansesenterets nettsider. Der ligger også lenker til diverse nasjonale tilbud og tjenester:

www.helse-bergen.no/kompetansesenter-habrehab

Tiltak overfor kommunene

Med bakgrunn i årsplanen for kompetansesenteret og koordinerende funksjon, har vi påbegynt arbeidet med å etablere faste kontaktpunkt for informasjon og samhandling med kommunene. Våre rådgivere i Helse Fonna, Helse Førde og Helse Bergen har avholdt de første samhandlingsmøtene med koordinerende enheter og deres samarbeidspartnere i kommunene og sykehusene. Hensikten med dette er å etablere faste og stabile samarbeidsrutiner og møteplasser.

I Helse Fonna foretaksområde, ble fagutviklingsprosjektet Samhandling i praksis igangsatt som direkte følge av dette møtet. Dette er et kvalitetsforbedringsprosjekt mellom kompetansesenteret, Helse Fonna og kommuner i Helse Fonna sitt nedslagsfelt. Temaet var samhandling mellom koordinerende en-

heter for habilitering og rehabilitering i sykehus og kommuner ved bruk av individuell plan som samhandlingsverktøy¹.

Møteplasser i regionen

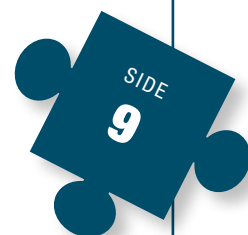
Samhandlingsmøte for Helse Bergen foretaksområde i fjor, inkluderte kontaktpersoner for koordinerende enheter i kommuner, kontaktpersoner fra spesialisthelsetjenesten og deres samarbeidspartnere, inkludert Lærings- og mestringssentrene og foretakets brukerutvalg. Koordinerende enhet for Helse Bergen foretaksområde arbeider nå med å etablere faste møteplasser og danne faglige nettverksgrupper. Det er nedsatt et arbeidsutvalg som planlegger årets Møteplass, som er satt til onsdag 28. april 2010.²

Rådgiver for koordinerende funksjon i Helse Førde foretaksområde, avholdt Møteplass 3. desember 2009. Her var 23 av 26 kommuner representert i tillegg til fagfolk fra spesialisthelsetjenesten. Møtet hadde fokus på individuell plan og mer generell samhandling mellom bruker, kommune og spesialisthelsetjeneste.³

Helse Stavanger planlegger et tilsvarende møte i løpet av 2010.^{4, 5}

Videreutvikling av kontakten med koordinerende enheter i kommunene

Dette året har Regional koordinerende enhet på årsplanen å videreutvikle kontakten med koordinerende enheter i kommunene. I den anledning får hver enkelt kommune tilbud om et møte med koordinerende enhet fra det respektive helseforetak. Hensikten med møtene er å bli kjent med tilbudene kommune gir, informasjons- og erfaringsutveksling og å drøfte fremtidig samhandling.



Nettverksbygging og kompetanseheving

Nettverksbygging er en av de fem hovedoppgavene til kompetansesenteret og inngår i strategi og tilaksplanen for perioden 2008-2012. Vi skal blant annet synliggjøre nettverk lokalt og regionalt, samt etablere og utvikle regionale fag- og samarbeidsnettverk på relevante områder i løpet av tiltaksperioden. Den samlede oversikten over «kontaktnettverk» vi nå har bygget opp, vil danne grunnlag for faglig nettverksbygging. Dette arbeidet vil også sammenfalle med etableringen av faste kontaktpunkt/møteplasser.

Helse Bergen styrker koordinerende enhet

I løpet av april, blir koordinerende enhet for Helse Bergen styrket med 100 prosent stilling. Heidi Borchgrevink tiltrer som rådgiver med hovedansvarsområde som koordinerende funksjon for Helse Bergen foretaksområde. Dermed får vi frigjort mer ressurser til å videreutvikle den regionale koordinerende funksjonen.

Brukermedvirkning

Regional koordinerende enhet veileder helsepersonell, brukere, pårørende og andre ved å betjene informasjonstelefonen for habilitering og rehabilitering i Helse Vest, grønn linje 800 300 61. Dette er et samarbeid med de øvrige RHF-ene i landet. Telefonnummeret til tjenesten er synliggjort på kompetansesenterets nettsider og på forsiden av Helse Vest sin nettside.

Kompetansesenteret har som mål å samarbeide med alle aktører innen feltene og bidrar til brukermedvirkning ved å inkludere lokale og Regionalt brukerutvalg i vår virksomhet. Brukerutvalget for Helse Bergen ble for eksempel invitert til å delta med innlegg på «første samhandlingsmøtet» med koordinerende enheter, og blir naturlig inkludert i andre arrangement som for eksempel ReHabiliteringsuka. To medlemmer fra Regionalt brukerutvalg er også representanter i senterets referansegruppe.

Ta gjerne kontakt ved spørsmål eller for ytterligere informasjon om Regional koordinerende enhet i Helse Vest!⁶

Noter

1. For ytterligere informasjon om prosjektet, kontakt kompetansesenterets rådgiver for koordinerende enhet i Helse Fonna, Merete Røthing tlf 52 73 46 04 eller les prosjektrapport på kompetansesenterets nettsider under meny punkt fagutviklingsprosjekt: www.helse-bergen.no/avd/rkhabreh/fagutvikling/Pagaendefagutviklingsprosjekt.htm
2. Denne strukturen er synliggjort i vedlagte skisse. Viser for øvrig til omtale etter møtet i fjor på Helse Bergen sine nettsider: www.helse-bergen.no/nyheter/Samhandling+skal+bli+meir+enn+ein+festtale.htm
For ytterligere informasjon kontakt gjerne Merethe H. Boge tlf.55 91 85 41, som ivaretar koordinerende funksjon for Helse Bergen foretak
3. For ytterligere informasjon, kontakt gjerne Stig Igland tlf 57 83 98 73 som ivaretar koordinerende funksjon for Helse Bergen foretak.
4. Ta gjerne kontakt med rådgiver for koordinerende enhet i Helse Stavanger, Kjersti Eide for mer informasjon, tlf 51 59 92 60
5. Informasjon om møteplassene, power-point presentasjoner og referat ligger tilgjengelig på kompetansesenterets nettsider: www.helse-bergen.no/avd/rkhabreh/koordinering/helsebergen/SamhandlingHelseBergenforetaksomraade.htm
6. Rådgiver for regional koordinerende funksjon Merethe H. Boge, Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Vest, Helse Bergen, Haukeland Universitetssjukehus, tlf. 55 91 85 41/mob.98 85 60 31



Kraftsentrum for rehabilitering i sør

Sørlandet sykehus samlet i fjor all rehabilitering i et senter med sterk faglig og sammensatt kompetanse. Nå går de videre og bygger ut en områdeplan i samarbeid med Agders 30 kommuner.

Tekst: Anne Birgit Aga **Foto:** Rune Nesdal Jonassen

1. juli 2009 ble det dannet en ny klinikk for rehabilitering som samlet all rehabilitering og habiliteringsaktivitet ved Sørlandet sykehus. Denne klinikken ble satt sammen av avdelinger fra det tidligere Spesialistsykehuset for Rehabilitering og fire avdelinger ved Sørlandet sykehus. Nå er kompetanse innen fysikalsk medisin og rehabilitering, voksenhabilitering, læring, mestring og forebyggende medisin samlet. Dette



– Det store og flotte kompetansemiljøet vi nå har skapt er et kraftsentrum for Sørlandet Sykehus, sier Nina Hope.

skaper grunnlag for faglige synergieffekter og dermed et bedret pasienttilbud.

Utvidet rehabiliteringsbegrep

Klinikksjef Nina Hope Iversen mener at det styrkede fagmiljøet kan gi bedre og mer alternative kombinasjoner av behandling og rehabilitering til brukere, spesielt dem med sammensatte behov. – Det store og flotte kompetansemiljøet vi nå har skapt er et kraftsentrum for Sørlandet Sykehus, sier hun. God behandling til pasienter med for eksempel alvorlige traumatiske hodeskader, multitraumer, slagpasienter og pasienter med sykkelig overvekt og muskel-/skjelettsykdommer forutsetter tett samhandling og samarbeid. Mange pasienter har langvarig behov for tilrettelegging. Dette har de bedre utgangspunkt for å få etter at den nye klinikken ble opprettet.

Klinikk for psykisk helse med på laget

Sørlandet sykehus har også utarbeidet områdeplan for rehabilitering sammen med klinikk for psykisk helse, og legger dermed et utvidet rehabiliteringsbegrep til grunn for arbeidet. Dette er en konsekvens av tilbakemeldingene fra kommunene, som tenker helhetlig på rehabilitering som begrep, og også må forholde seg til brukere med rusproblemer, kronisk



psykose og psykiske lidelser. – Dette samarbeidet er unikt, og et eksempel til etterfølgelse, spør du meg, sier Nina Hope Iversen.

Samarbeid med kommunene

Brukernes behov for tilrettelegging etter behandling er en av hovedgrunnene til at Sørlandet sykehus legger stor vekt på samarbeid med kommunene i sin nye områdeplan for rehabilitering. I Agder er det 30 kommuner med varierende størrelse og kompetanse på rehabiliteringsområdet. De største kommunene har gode prosesser for veiledning og tilrettelegging, mens i de mindre kommunene kan dette være vanskelig.

– Vi ønsker økt kompetanseutveksling og samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, sier Nina Hope Iversen. Hun presiserer i tillegg at det trengs tydelige avklaringer på ansvarsfordelingen dem i mellom, og hvor grensene går for egenomsorg. Kommunen ønsker et tydeligere bestilleransvar av spesialisthelsetjenester. Også brukeren skal være aktiv i denne prosessen, i tråd med målet om økt brukermedvirkning.

Prioriterte områder

I områdeplan for rehabilitering som utarbeides nå vil Sørlandet sykehus se grundigere på fire områder. Dette er rus, kronisk psykose, hofte- og kneprotese-pasienter og muskel-/skjelettlidelser. I tillegg ønsker de å finne bedre løsninger på boligsituasjonen til pasientene. – De som trenger rehabilitering har alle ulike behov og utfordringer i hverdagen, og dette krever god tilretteleggelse for den enkelte også når det kommer til bolig, sier Iversen. Klinikken ser også hvordan de kan tilby bedre behandling til pasienter med en

annen kulturell eller språklig bakgrunn, der klinikken for eksempel har utfordringer knyttet til den praktiske gjennomføringen av gruppetilbud.

Den viktige helheten

Nina Hope Iversen mener at man må legge mer vekt på å utforme hele behandlingsforløpet i samarbeid med kommunene – fra hjem til hjem, og med tanke på brukernes liv etter endt rehabilitering. Spesialisthelsetjenesten må jobbe mer fleksibelt og ambulant innenfor rehabilitering. Rehabiliteringstjenestene styrkes gjennom bedre integrering mellom behandling og rehabilitering. Det blir lagt stor vekt på dette i den nye områdeplanen.

– For å oppnå et best mulig behandlingsforløp er det viktig å tenke rehabilitering helt fra pasienten blir innlagt, sier Iversen. Dette kan vi oppnå i mye større grad nå som samhandlingen internt i Sørlandet sykehus er tettere. Fagmiljøet jobber tett på hverandre, og har et godt utgangspunkt for en tilfredsstillende dialog som gagnar pasientens behandlings- og rehabiliteringsforløp.

Finner opp kruttet

Alle sykehusområdene i regionen skal utarbeide områdeplaner for rehabilitering i forbindelse med omleggingen av Helse Sør Øst. Sørlandet Sykehus er det området som har kommet raskest i gang med denne prosessen.

– Vi trenger ikke finne opp kruttet flere ganger, så vi håper at vårt arbeid kan være til hjelp for de andre sykehusområdene når de skal utarbeide sine områdeplaner for rehabilitering, sier klinikk-sjef Nina Hope Iversen.



Sykestua på Ål et samhandlingseksempel

Etter 30 års virke har Hallingdal Sjukestugu fått helse-Norges fulle oppmerksomhet. Selv når statsråden reiser til Skottland for å få ideer til samhandlingsreformen, får journalistene høre om senteret i Ål. Ingen skal hoppe bukk over et av landets egne, gode eksempler.

Tekst: Sigrunn Gjønnnes og Knut I. Tønnsberg



– Koordinatorer i kommunene er blitt en befrielse, sier Turi Svenkerud.



– Vi i spesialisthelsetjenesten har en rolle å spille i det interkommunale samarbeidet, sier Reidar Aasheim.

Hallingdal Sjukestugu har omlag 750 innleggelsesår i året til somatisk sengeavdeling. En tredjedel gjelder rehabilitering. Liggetiden er i gjennomsnitt litt over seks dager, mot det halve på sykehus.

–Vår identitet er noe annet enn et sykehjem. Vi blir omtalt som et lokal- eller distriktsmedisinsk senter, men vi har lagt vekt på vår tilhørighet i spesialisthelsetjenesten og «sjukestugu» som benevnelse på mellomnivået vi betjener, sier Reidar Aasheim. Han er mangeårig administrasjonssjef på Hallingdal Sjukestugu og prosjektleder i Vestre Viken HF– «Hallingdal lokalmedisin-

ske senter» – et samhandlingsprosjekt mellom kommunene i Hallingdal og helseforetaket .

«For deg når du trenger det»

Sykestua er en del av spesialisthelsetjenesten i Vestre Viken HF, og betjener seks kommuner nord i Buskerud fylke. Aasheim er ikke spesielt opptatt av om tilbudene på sykestua i framtida skal karakteriseres som spesialisthelsetjenester eller ikke, bare pasientene sikres rett behandling på rett nivå i helsetjenesten. Nærhet

og tilgjengelighet er viktig. Innbyggerne i de seks kommunene må ellers reise til Ringerike sykehus som er 15–25 mil borte. I stedet for å sende pasientene dit reiser legene til Ål som ambulerende spesialister. Det skjer under mottoet Ringerike sykehus har hentet fra foretakslovens formålsparagraf «For deg når du trenger det».

Rehabiliteringspasientene er for det meste eldre og godt voksne personer med bruddskader, hjerte- lungesykdommer, slag eller geriatri og sammensatte lidelser. – Vi jobber utifra et 24-timers konsept. Med utgangspunkt i pasientenes problemer setter vi opp en tiltaksplan med mål og delmål, sier Turid Svenkerud. Mange av pasientene har nok med «dagen i dag», men tiltaksplanen kan gjerne være forløperen til en individuell plan.

Koordinerende enhet – en befrielse

Svenkerud er en av sykestuas to fysioterapeuter som jobber med rehabilitering. I tillegg har senteret en halv ergoterapistilling. De har gjennom årene hatt et møysommelig arbeid med å kalle sammen samarbeidsmøter for pasienter i de seks kommunene. – Før måtte vi ta hundrevis av telefoner. De kommunene som har fått koordinerende enhet er blitt en befrielse for oss, sier Svenkerud. . Der melder vi behov for møte til den koordinerende enheten, og så ordner de med hvem i kommunen som deltar.

I forbindelse med samhandlingsreformen er spørsmålet blant annet hvordan man skal bygge videre på desentraliserte deler av spesialist- og felleskommunale deler av kommunehelsetjenesten. Kommunene rundt Hallingdal sjukestugu er små. For små til blant annet å ha egen logopedtjen-

este. Håpet er at de kan gå sammen om logoped. Det er ikke bare på skolene at logopedene har viktige oppgaver å hjelpe til med. Sykestua har holdt seminar for kommunenes omsorgspersonale om problemer med munn-, tunge- og svelgemuskulaturen for enkelte slagpasienter, dysfagi.

Det er et mål at både sykestua og kommunene lærer seg å anvende de samme instrumentene for registrering av funksjon, for eksempel Barthels ADL-index, Bergs balansetest og andre. Disse bør følge pasienten gjennom hele rehabiliteringsforløpet. Sykestua forsøker å jobbe med rehabilitering som har forankring i WHO`s ICF-modell.

Flere institusjoner på samme sted

– I tillegg til Hallingdal sjukestugu har vi Lærings og mestringsenter og undervisningssykehjemmet for Buskerud på Ål. Det er en god base for å videreutvikle de lokale helsetjenestene. Vi i spesialisthelsetjenesten har en rolle å spille i det interkommunale samarbeidet, sier Aasheim.

Konferansen hvor hver eneste deltaker får bestemme tema

Det er en fordel å stå på talerstolen, da holder man seg i hvert fall våken, sa Inge Lønning på en helsekonferanse nylig. Selv evner han å engasjere sine tilhørere, men poenget er at den tradisjonelle konferanse-formen av og til kan ha godt av litt fornying.



– Marianne Sempler inviterer til deltakelse i gruppa som vil drøfte hvordan man samarbeider på tvers med arbeidsretta rehabilitering (Foto: Inger Johanne Midtgården)

På «Åpen arena» om arbeidsrettet rehabilitering snur arrangørene trill rundt på konferanseopplegget.. – I dag skal dere bestemme programmet, sa Marianne Sempler til to hundre konferansedeltakere som hadde gjort seg ferdig med frokosten på det gamle turisthotellet på Lillehammer. Om dagsorden for dag to på konferansen var nærmest blank på forhånd, så tok det ikke mange minuttene før den ble fylt opp.

Folk savnet flere pauser for å snakke med hverandre

Når folk samles fra fjern og nær med samme interesser eller arbeidsoppgaver kan det være en ide å la de få snakke selv – utveksle erfaringer og ikke bare motta passiv informasjon fra talerstolen. Metoden ble utviklet i USA i kjølvannet av evalueringer som viste at konferansedeltakere savnet lengre

pauser og bedre anledning til å snakke med kollegaer. Hvorfor ikke sette dette i system – slik at hver deltaker får snakke om det han eller hun vil med noen som er interessert i akkurat det samme. Metoden fikk navnet «Open space».

Marianne Sempler presenterte metoden med enkle prinsipper og arbeidsmåter for deltakerne på «Åpen arena». Hovedhensikten er å få fram hva som er de viktige temaene rundt omkring der folk jobber med arbeidsretta rehabilitering og hvem som bør samarbeide med hvem og om hva?

24 grupper ble satt sammen

24 temaer ble foreslått, lest opp over høytaleranlegget, nummerert og hengt opp på tavla. I løpet av en halvtimes tid hadde resten av konferansedeltakerne valgt hvilke grupper de ville være med på. En ville for eksempel snakke om hvordan man samhandler med arbeidsgivere for å ansvarliggjøre dem i forhold til sykmeldte, en annen om koordinerende enhet som til-

rettelegger for samhandling og koordinering for enkeltpersoner. Etter hvert ble tavla full av lapper, hver lapp fikk et nummer som viste til hvor de som var interessert i samme tema skulle sette seg. Så startet diskusjonene. Oppsummeringen finnes på www.air.no/?a_id=933.

Åpen Arena 2010 var rettet inn mot hva som kreves av samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, Nav og det kommunale nivået for å lykkes med tilbakeføring til arbeid. De kortsiktige målsetningene ved arenaen var at deltakerne skulle bygge videre på god praksis, få kunnskap om og kjennskap til relevante forskningsfunn, styringssignaler, verktøy og arbeidsmetoder, reflektere og få ideer som inspirerte til ny handling, samt skape nye nettverk.

Enkelt oppsummert ble to enkle signaler formidlet fra konferansen: Bruk de verktøyene vi har (som Individuell plan og Koordinerende enhet) – ikke finn opp nye. *Det er bare å gjøre det!*



En konferanse der du selv får bestemme hva som skal diskuteres – og koples sammen med andre som er opptatt av det samme.

Tilskudd til utvikling av lokalmedisinske sentre

Kommuner kan nå søke tilskuddsmidler til utvikling av lokalmedisinske sentre og kommunesamarbeid, i tråd med Samhandlingsreformen.



– Dette er bare starten. Lokalmedisinske sentre er en viktig del av styrkingen av helsetjenestene i kommuner og fylkeskommuner som kommer med samhandlingsreformen, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Tekst: Hege Robberstad. **Foto:** Torgeir Haugaard, Forsvarets mediesenter

Hensikten med tilskuddsmidlene er å:

- Stimulere til utvikling av tilbud som bidrar til mer forebygging og tidlig intervensjon
- Bidra til bedre pasientforløp og bedre samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste
- Bidra til bedre ressursutnyttelse av samlet innsats i helsetjeneste

Kommunens helse- og omsorgstjenester bør organiseres ut fra tanken om et sam-

menhengende pasientforløp. Det vil si at tilbudet skal ta utgangspunkt i den enkelte person sitt helhetlige behov, og tjenestene skal gis i en planlagt og uavbrutt kjede.

Hva er lokalmedisinske sentre?

St.meld. nr. 47 (2008–2009)
«Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted til rett tid»
omtaler ulike former for «lokal-



medinske sentra» som skal bidra til å sikre behandling, observasjon, etterbehandling og rehabilitering før, istedenfor og etter sykehus.

Noe av det som skal kjennetegne et godt lokalmedisinsk senter er at:

- det tilbyr helhetlige og integrerte tjenester før, istedenfor og etter spesialisthelsetjenester basert på sammenhengende pasientforløp (prosesser som tar utgangspunkt i den enkelte person sitt helhetlige behov, og hvor tjenestene gis i en planlagt og uavbrutt kjede)
- det legger stor vekt på egenmestring og tidlig intervensjon gjennom sekundær-/tertiærforebyggende tjenester. Dette inkluderer rehabilitering samt lærings- og mestringstjenester
- det legger vekt på tverrfaglig tilnærming
- målgruppene kan inkludere blant annet rehabiliteringstjenester, tjenester til barn og unge, tjenester til personer med kroniske lidelser, tjenester til personer med kognitiv svikt

Etablering av «lokalmedisinske sentra» må sees uavhengig av fysisk lokalisering i kommunen/regionen for de funksjoner som inngår i tiltaket.

Prosjekter som får tilskudd vil bare kunne få et begrenset tilskudd per prosjekt til dekning av kommunale prosjektutgifter til planlegging, etablering, videreutvikling og evaluering. Det gis ikke støtte til investeringer eller løpende driftsutgifter.

Hvem kan søke tilskuddsmidler?

- Kommuner
- Alle kommunalt eide juridiske rettssubjekt

Hvilke prosjekter kan få tilskuddsmidler?

- Prosjektet bør favne om et bærekraftig befolkningsgrunnlag
- Prosjektet må være en del av kommunene samlede helse- og omsorgstjenester og inkludere samhandling internt i helse- og omsorgstjenestene og gjerne i dialog med andre sektorer
- Prosjektet skal inkludere samhandling på tvers av fag og sektorer, blant annet gjennom bruk av individuelle planer og i dialog med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering når det er aktuelt
- Prosjekter som inkluderer samhandling mellom enkeltkommuner, grupper av kommuner og spesialisthelsetjenesten og andre relevante aktører/sektorer ved behov vil bli prioritert
- Prosjektene bør også ha til hensikt å bringe frem nye modeller for samhandling
- Prosjektet skal tydeliggjøre brukerperspektivet og legge vekt på gode forløp
- Prosjektet må forholde seg tydelig til kommunenes planer med tidsperspektiv for tilknytning til Norsk Helsenett og bruk av e-helse innen helse- og omsorgstjenestene

Elektronisk søknad

Det er kun mulig å søke om tilskudd via elektronisk søknad. Elektronisk søknadsskjema med veiledning finnes her

<https://nettpost.helsedirektoratet.no/artikkel.aspx?Ald=2131&MId1=2313>.

Det er også mulig å gå inn via www.helsedirektoratet.no/tilskudd og velge søknadsskjema.

Søknadsfristen er 7. mai 2010.





Hunden Lara hjelper til på Catosenteret

Dyreassistert terapi kan bidra til motivasjon og mestring som viktige faktorer i et rehabiliteringsperspektiv. Ved Catosenteret i Son bruker de hunden Lara til å stimulere brukerne til fysisk aktivitet, ro og sosial kontakt.

Tekst og foto: Anne Birgit Aga

På Catosentert i Son har de drevet med dyreassisterte aktiviteter i syv år. I høst startet de sammen med Antrozooologisenteret et kompetansebyggings- og kartleggingsprosjekt for dyreassistert terapi. Formålet med prosjektet er å studere hvorvidt og hvordan dyreassistert terapi kan ha en positiv virkning på ungdom og unge voksne til rehabilitering ved Cato-

senteret. De ønsker etter hvert også å utvikle rammer som kan brukes som modell for flere rehabiliteringssentra i Norge og å utvikle forskningsprosjekt sammen med andre.

– Vi ønsker å høste erfaringer fra dette prosjektet, slik at vi kan øke kompetanseoverføringen og samhandlingen mellom andre

rehabiliteringssentre etter hvert, sier assisterende direktør ved senteret, Terje Hegge.

Et betydningsfullt supplement

På Catosenteret foregår den dyreassisterte terapien ved hjelp av hunden Lara. På nåværende tidspunkt er de det eneste rehabiliteringssenteret i landet som har en godkjent terapi- og servicehund i spesialisthelsetjenesten. Else Hestevik er godkjent teraphundfører og er den som har ansvaret for den praktiske utøvelsen av den dyreassisterte terapien ved senteret. Hun påpeker at dyreassistert terapi er et supplement til annen type behandling, som generell trening og fysioterapi. – Kontakten med dyr kan i enkelte tilfeller også utgjøre en avgjørende faktor for at pasienten blir frisk, sier Else Hestevik.

Fra terapeutisk virkning til terapi

Akkurat nå pågår et forsøksprosjekt hvor 15 brukere mellom 15 og 25 år får jevnlig terapi gjennom et opphold på fire uker. Tidligere har ikke Catosenteret kunnet kalle de aktivitetene de har drevet på med for dyreassistert terapi eller behandling. Dette er fordi de ikke har drevet med systematisk dokumentasjon og forskning etter klare målsetninger over lang tid.

– Det er nettopp dette vi ønsker å gjøre i prosjektet vi startet i høst, sier Else Hestevik. Hun påpeker derimot hvordan de dyreassisterte aktivitetene i stor grad har hatt terapeutisk virkning på pasientene gjennom de syv aktive årene. Dette kan blant annet komme fram i form av økt åpenhet, ro, glede, mestring og motivasjon.

Frisk luft og fysisk aktivitet

Det overordnede målet til Catosenteret er at pasientene skal bli friske, og dette kan de oppnå nettopp ved å vende oppmerk-

somheten bort fra at de er syke. Ofte har brukerne fysiske smerter eller føler seg utmattet. Ved bruk av dyreassistert terapi får brukerne en anledning til å fokusere tankene mot det positive ved utendørs aktivitet og kontakt med dyret. Terapien kan dempe den negative smertefokuseringen, og gi brukerne en pause i kampen mot negative tanker. Hunden kan bidra til å påvirke deres manglende motivasjon for fysisk aktivitet i positiv retning. – For mange er hun en forutsetning for at de i det hele tatt får beveget seg i frisk luft, for «hunden må jo ut», sier Else.

Mestring i fokus

Et kjennetegn ved alle aktivitetene ved Catosenteret er hvordan brukerne tar medansvar i planlegging og gjennomføring av rehabiliteringsoppholdet med utgangspunkt i sine egne mål. Det blir satt individuelle planer hvor mestring inngår som kjernen. Både mentale og fysiske faktorer, og sammenhengen i mellom dem, har mye å si for pasientenes progresjon. Lara kan bidra til mestring gjennom fysisk aktivitet fordi de unge finner en motivasjonsfaktor i henne.

Lara blir blant annet brukt til å gjennomføre konkrete mål som å bevege seg en bestemt distanse. Slik kan for eksempel ME-pasienter få hjelp til å orke litt mer og få ettertrengt frisk luft. Trafikkskadde og brukere som har rygg smerter eller har foretatt amputasjoner er andre eksempler på hvem som kan bli hjulpet av dyreassistert terapi. Mestring kan også bety kontroll, at brukerne lærer hvordan hunden responderer på kommunikasjon og etter hvert håndterer henne bedre. Dette er eksempler på aktiviteter som kan føre til umiddelbar mestring, sier Else Hestevik. Det skal ikke så mye til å få en mestringsfølelse, men



slike følelser kan motivere pasientene til å øke aktiviteten sammen med hunden. Dette kan igjen gi effekter både på det fysiske og psykiske plan. Det å føle at man gjør noe godt for hunden kan også framkalle positive følelser hos brukeren.

Langsiktig virkning

Dyreassistert terapi kan også hjelpe syke til å mestre en ny og endret livssituasjon på lang sikt.

Flere av dem som har hatt rehabiliteringsopphold på Catosenteret har skaffet seg hund, og dette indikerer gleden de har hatt. De har gjerne fått øynene opp for hvilke positive effekter kontakt med dyr kan gi dem, sier terapihundføreren.

Glede og ro

I tillegg til helsegevinsten i form av fysisk helse og smertelindring, kan Lara også bidra til positive helsemessige effekter. – Brukerne roer seg ned når de er sammen med hunden og får klappe og kose med henne, sier Else.

Et sosialt midtpunkt

Terapien kan få brukerne til å åpne seg mer, og hjelpe dem til å se mer lystbetont på tilværelsen. Ofte blir Lara bevisst plassert hos brukere som for eksempel har redusert eller fraværende taleevne eller rett og slett finner det problematisk å kommunisere med andre mennesker. På denne måten tilnærmer andre seg både hunden og vedkommende på en naturlig måte. Dette åpner for kommunikasjon både mellom brukeren og hunden og brukerne i mellom.

– Alle vil ha en bit av Lara. Det er mange flere som roper på henne enn på meg, sier Else, og virker i grunnen veldig fornøyd med det.

***Catosenteret** har sitt navn etter Cato Zahl Pedersen, som tok 14 OL-gull i Paralympics fra 1980–1994. Han har vært en viktig medspiller i etableringen og utviklingen av konseptet og er et levende bevis på hva man kan utrette med motivasjon, målrettet innsats, kreativitet og samarbeid.*

Tilskudd til utvikling av habiliteringstjenester for barn og unge

Kommuner, statlige/kommunale/fylkeskommunale bedrifter, stiftelser, private bedrifter og organisasjoner kan innen 15. mai søke om midler til tiltak for å bedre kvaliteten på arbeidet med habilitering av barn og unge og bedre kunnskapsgrunnlaget for praksis i tråd med **Handlingsplanen for habilitering av barn og unge**. Tilskuddsordningen retter

seg mot helsetjenester i spesialisthelsetjenesten og kommuner som har ansvar for habilitering av barn og unge. Målgruppen er barn og unge med behov for habiliteringstjenester. Videreføring av igangsatte prosjekt vil bli prioritert. www.helsedirektoratet.no/tilskudd/andre/tilskudd_til_utvikling_av_habiliteringstjenester_for_barn_og_unge_699704



Les mer på www.helsedirektoratet.no/habilitering_rehabilitering/

Utgiver: Helsedirektoratet
Redaktør: Knut I. Tønberg
Grafisk design: Aase Bie

SIDE
21