

18.-24. OKTOBER

ReHabuka 2009

God habilitering og rehabilitering er samhandling i praksis



Rehabilitering med arbeid og aktivitet som mål

– Jeg forsto bedre at livet har en mening utenom jobben, sa Gunnar Janssen. Men etter at han forsto nettopp dette fant han veien tilbake til blant annet sin gamle jobb.

Se side 2

Gode eksempler

– Ideen med ReHabukene har vært å fokusere på de gode eksemplene, på det vi får til, sier Audhild Høyem som er koordinator for ReHabuka 2009.

Se side 4

- side 2** Rehabilitering med arbeid og aktivitet som mål
- side 4** Samhandling blir tema i ReHabuka 2009
- side 6** Gode hus for skjeve liv
- side 7** Trygge brukere gir færre innleggelseser
- side 8** Samhandling gir resultater
- side 10** Fyrtårnet Finnmark
- side 11** Individuell plan må brukes mer
- side 13** Vedlegg: Nytt fra Prosjekt familieveiviser



Rehabilitering med arbeid og aktivitet som mål

– Jeg forsto bedre at livet har en mening utenom jobben, sa Gunnar Janssen. Men etter at han forsto nettopp dette fant han veien tilbake til blant annet sin gamle jobb.

Slik illustrerte han på en enkel måte betydningen av å satse på rehabilitering ikke bare med arbeid, men også annen sosial aktivitet som mål. Et poeng statssekretær Laila Gustavsen fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet også la vekt på. Hun og statssekretær i Helse og omsorgsdepartementet, Dagfinn Sundsbø, åpnet i fellesskap ARR Åpen arena 2009.

Gunnar Janssen hadde en lederstilling da han fikk en somatisk lidelse som nødvendiggjorde en større operasjon. Den ble gjennomført, men komplikasjoner forlenget

Aktive deltakere:

Nestleder i Norsk kiropraktorforening Espen Johannesssen, Vesla Tvenge Bakke fra Senter for Mestring og Rehabilitering, forsker Liv Magnussen fra Unifob helse, UiB, forskningsleder Morten Skrede Ryg fra Glitrelinikken, leiar for AiR – Klinikk Jon Hovda og Dag Brekke fra Sunnaas Sykehus HF.

Tekst: Knut I. Tønnsberg. **Foto:** Inger Johanne Midtgarden

restitusjonstiden. Når Janssen ble erklært såkalt frisk, var det langt fra slik han følte seg. Tvert i mot – han møtte veggen. En lang prosess førte ham via Attførings-senteret i Rauland (AiR), omsider tilbake på bena.

– Jeg savnet en koordinator, en som kjente tjenesteapparatet og som kunne være min støttespiller, forklarte Janssen de 200 deltakerne som hadde satt hverandre stevne på Lillehammer.

Ny møteform slo an

Forventningene lå i om folkene fra arbeids- og helsesiden kunne bygge broer mellom hverandre. Men prosessleder var på plass og med den åpne møteformen Open space, fikk Marianne Sempler deltakerne til å fylle programmet med sine egne aktuelle tema og problemstillinger.

Dr. Med. Liv Haugli, fagsjef ved AiR – Nasjonalt Kompetansesenter, hadde påpekt at «arbeidsevnevurdering» og «aktivitets-



SIDE
2

plan» i NAV-språket til forveksling likner helsetjenestens «individuelle plan». Forskjellige begreper på noe som er likt skaper gjerne avstand, kanskje forvirring og ikke minst snubletråder i samhandlingen. Slik som spørsmålet om forskjellen på «arbeidsretta rehabilitering» og «rehabilitering med arbeid som mål». Ved å la de vel 200 deltagerne selv definere begge begrepene, ble det tydelig at de brukes om hverandre og at uklarhetene åpenbart kan forårsake misforståelse i samhandlingen.

Egne roller slik andre ser dem

AiR stod som arrangør av arenaen, med finansiell støtte fra Helsedirektoratet og Arbeids- og velferddirektoratet. Toril Dale



Toril Dale og Svein Kostveit, kunne glede seg over mange tilfredse deltakere på årets Åpne arena og ikke minst at den åpne møteformen Open space ble godt mottatt.

leder AiR – Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering og arbeider med å oppsummere konferansen. Hennes første oppsummering er klar: – Gruppene rapporter bærer tydelig preg av at deltakerne har oppdaget egne roller i et større perspektiv, ikke bare slik de selv ser den, men i forhold til andre aktører i et større landskap. Slikt er komplisert når mange aktører skal samhandle. Men de klarte det på Åpen arena og bringer erfaringene med seg videre. – Vi trenger tverretatlige sekretariater og samarbeid, påpekte Liv Haugli, slik som i «Raskere tilbake». Det største samhandlingsprosjektet vi har gående for tiden med øverste leder i NAV og Helsedirektoratet i styringsgruppen.

Innspill til samhandlingsreformen

Direktør Svein Kostveit på AiR sier det ikke minst ble avdekket behov for arenaer som kan bidra til systematisk erfaringsutveksling og fagutvikling. – Framtidsrettede løsninger for å få til samhandling og kompetanseutvikling på tvers må etter mitt syn bli en viktig del av helseministeren sin samhandlingsreform. Vi må alle ta innover oss at samhandlingsutfordringene ikke kan løses ved å slå alt sammen. Det er mange utfordringer, men ikke alle ligger i skjæringspunktet mellom arbeid og helse. Vi har ennå ikke de endelige svarene, men alle som deltok på Åpen arena ønsker å bidra og våre rapporter vil gå videre, sier han.

Rapportene med innspill fra arenaen skal også vurderes av AiR, Helsedirektoratet og Arbeids og velferdsdirektoratet, med sikte på videre oppfølging.

– Allerede nå signaliserer vi at det er konkrete planer. Grundig dokumentasjon og resultatene vil bli lagt ut på www.air.no, sier Toril Dale.



Samhandling blir tema i ReHabuka 2009

– I tråd med den kommende reformen til helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen er «Samhandling» tema for ReHabuka 2009, sier rådgiver Audhild Høyem i Regional koordinerende enhet for Habilitering og Rehabilitering i Helse Nord. Hun har ansvar for koordinering mellom de ulike helseregionene når det gjelder arbeidet med ReHabuka 2009 som finner sted fra 19.–24. oktober.

Tekst og foto: Knut I. Tønsvberg

«God habilitering og rehabilitering er samhandling i praksis» blir mottoet for ReHabuka 2009. Denne gangen er tjenesteapparatet primærmålgruppe. – Vi tenker spesielt på primær- og spesialisthelsetjenesten, men i tillegg kommer utøvere og ledere i det øvrige tjenesteapparatet som andre tjenester i kommunene, NAV med flere. Beslutningstakere, inkludert politikerne, mener vi også det er viktig å henvende seg til, sier Audhild Høyem. Hun understreker imidlertid at det ikke skal legges begrensninger for initiativ overfor andre målgrupper.

De gode eksemplene må frem

– De hundre blomster skal få blomstre når det gjelder markeringer av habiliterings- og rehabiliteringstilbud rundt i landet. Ikke minst vil vi trekke med brukerrepresentanter og lytte til deres forslag, sier Høyem. Det som har vært ideen med ReHabuka siden vi startet i 2007 har vært å fokusere på de gode eksemplene, på det vi får til – slik kan vi la oss inspirere av det som er mulig når fagfolk spiller på lag med den enkelte bruker slik at den enkelte kan få et godt liv på tross av funksjonsvansker. Mangel på penger og for få plasser, kan vi jobbe med resten av året.

Koordinerende enheter bygges opp

Regionale koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering har vært under oppbygging de siste årene. Fra 2007 var



Audhild Høyem vil trekke frem de gode eksemplene på samhandling.

tilbudet på plass i alle helseregionene. Arbeidet med å koordinere den nasjonale ReHabuka har blitt en anledning for disse enhetene til å møtes, noe som oppleves nyttig. De fire helseregionene er ulike, og organiseringa av koordineringsfunksjonene like så. Men tilbudet i alle regionene utvikles i tråd med forskrift om habilitering og rehabilitering, og signalene som gis fra sentrale myndigheter blant annet gjennom Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011.

Fortsetter neste side



– Samarbeidet har blant annet ført til at informasjonstelefonen for ReHabilitering – 800 300 61 – nå fra nyttår er i gang i alle regioner, og at vi samarbeider om oppbygging av informasjon på internettsider, informerer hverandre om hva som skjer i egen region, og utveksler erfaringer, sier Høyem.

Strategien peker på individuell plan

I strategien heter det blant annet at individuell plan og koordinerende enheter er tiltak som er innført for å styrke rehabiliterings-

tjenestene. I dag fungerer ikke disse etter intensjonen alle steder. Konsekvensen er manglende koordinering og samhandling, noe som har negative effekter for brukerne. Strategien legger vekt på å få disse tiltakene gjennomført og at de skal virke i samsvar med intensjonene. – Med et nettverk av kontaktpersoner for habilitering og rehabilitering i kommuner, koordinerende enheter i helseforetakene, i hver helseregion og et nasjonalt nettverk av de regionale koordineringsenhetene, så har vi et godt utgangspunkt for å få dette til, sier Høyem.

Regionansvarlige for ReHabuka 2009



Fra venstre rundt bordet: **Tom Alkanger**, daglig leder på Sentralenheten for rehabilitering på Sunnas Sykehus, **Kirsten Sæther**, samhandlingssjef, Avdeling for samhandling på Sunnaas sykehus og Koordinerende enhet i Helse Sør-Øst, **Audhild Høyem**, **Merete Røthing**, Helse Fonna og Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, **Edith Victoria Lunde**, leder av Det regionale kompetansesenter i Helse Vest og Regional koordinerende enhet i Helse Vest, **Merethe H. Boge**, Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, Helse Bergen, Haukeland sykehus med hovedoppgave koordinerende funksjon i Helse Vest, **Kari Mette D. Holte** fra Regional enhet for rehabilitering i Helse Sør-Øst, Stavern, **Steinar Gjærde** fra Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Helse Sunnmøre, Ålesund Sykehus og koordinerende enhet i Helse Midt-Norge og seniorrådgiver **May Cecilie Lossius**, Avdeling for rehabilitering og sjeldne funksjonshemninger i Helsedirektoratet.

Gode hus for skjeve liv

Antall akuttinnleggelseser er mer enn halvert blant de dårligste pasientene med dobbeltdiagnoser. Det samme er lengden på innleggelsene. Takket være et pionerprosjekt i tre bydeler Oslo har innbyggere med sammensatte behov fått mer ro og forutsigbarhet i livene sine.

Tekst: Siw Ellen Jakobsen

Noen mennesker vil trenge hjelp fra både 1. linjen og 2. linjen i helsevesenet gjennom hele livet. Dessverre er dette ikke alltid så enkelt. Samhandling og samarbeid om grupper med sammensatte behov er en av helsevesenets største utfordringer.

Men i bydelene St. Hanshaugen, Grünerløkka og Gamle Oslo har de klart det. Bydelene samarbeider tett med Lovisenberg Diakonale Sykehus, som er sektorsykehus for bydelene innen området psykiatri.

Fire direktører, den ene direktøren ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og de tre andre bydelsdirektører i Oslo, begynte å snakke sammen om samarbeid for en del år siden. Det ga resultater. I dag har partene inngått et forpliktende samarbeide om mennesker med sammensatte behov. To konkrete boligprosjekter er synlige resultater på at samarbeidet fungerer.

Vinn-vinn-prosjekt

– Dette er et vinn-vinn-prosjekt. Vi bruker pengene mer effektivt. Brukerne får bedre livskvalitet, sier Velferds- og helsesjef i bydel St. Hanshaugen, Sven Bue-Berger.

Bydelen har ledet prosjektet med å etablere ni boliger ved Grefsenlia bo- og behandlingssenter. Målgruppen for boligen er personer med langvarig institusjonsbakgrunn fra psykiatrien.

Schandorfgate er et annet konkret eksempel på at samarbeid nytter. Gården ligger sentralt plassert i Oslo, men likevel godt skjermet. Den har boligtilbud til elleve per-

soner som har hatt spesielt store problemer med å bo. Alle har en dobbeltdiagnose, det vil si at de både har et rusproblem og en psykisk lidelse.

Ikke boerfaring

– Dette er folk som stort sett ikke har bodd noe fast sted tidligere. Det har vært vanskelig å finne et egnet botilbud til dem. Nå er de stolte av å kunne bo i egen bolig, sier Bue-Berger.

Tilbudet i Scandorfgate viser at «alle kan bo», men at det krever noe. Sykehuset forplikter seg til å ha en dør åpen for beboerne når de skulle trenge det.

Vet når de trenger hjelp

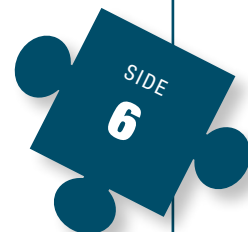
Mange av disse beboerne i disse boligene har lang erfaring med sykdommen sin. De vet når de trenger hjelp. Og når hjelpen kommer raskt, blir de ikke så alvorlig syke før innleggelsen. Det gjør at antall akuttinnleggelseser er mer enn halvert blant de som bor i Schandorfgate, forteller sier Bue-Berger. Det samme er lengden på innleggelsene.

Lederne må lede

Mange aktører har samarbeidet om de to boligprosjektene Grefsenlia og Schandorfgate.

– Dette viser at det nytter. Når de som sitter på toppen fremmer samarbeid som et ideal, forplanter det seg til de som jobber i linjene. Det er ikke comme il faut å være imot samarbeid når de øverste lederne reiser seg og er for.

Se også artikkel neste side



- Trygge brukere gir færre innleggelser



– Pasientene vet at de kan komme hit og få den hjelpen de trenger, når de trenger den. Samtidig legger vi godt merke til at det er færre innleggelser nå enn før, sier viseadministrerende direktør og sjefslege ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, Bjørn Holm.

Tekst: Helle Holte. **Foto:** Hege Holte

– Pasienter med dobbeltdiagnoser trenger mye hjelp. De som prioriteres blant annet i Schandorfsgate er virkelig de dårligste av pasientene med dobbelt-diagnose; de som lever med et stort rusproblem og en alvorlig psykisk lidelse og som heller ikke har noe sted å bo. Det er viktig at disse får ligge innendørs mest mulig, sier sjefslegen. Han avviser at man gjennom bydelssamarbeidet prioriterer dobbeltdiagnostiserte framfor andre pasientgrupper.

– Hvorfor mener du samarbeid er så viktig for «skjeve liv»?

– Nettopp på grunn av disse pasientenes sammensatte behov. Det krever tett samarbeid mellom nivåene innenfor helsetjenesten. Det er viktig at sykehus og bydeler kjenner til hverandre for å finne fleksible og gode løsninger. Hvilke løsninger det her dreier seg om, avhenger av hver enkelt

problemstilling og pasient. De som har ansvar for pasientene i bydelene, kjenner pasientene og deres behov. Også sykehuset kjenner pasientene, og pasientene vet at de kan komme hit og få den hjelpen de trenger, når de trenger den, understreker Holm.

På spørsmål om han tror et samarbeid lik det man har sett for dobbeltdiagnostiserte kan danne mønster for liknende samarbeid om andre grupper innen rehabiliterings- og habiliteringsfeltet, avslutter han med følgende:

– I alle fall i noen tilfeller, men det vil nok avhenge av type og fagområde. Samarbeid er alltid gunstig. Innenfor fysisk rehabilitering kan det være aktuelt. Man må imidlertid vurdere hvert enkelt tilfelle for seg.



Samhandling gir resultater

*Rehabiliterings-
koordinator Jorunn
Sekse merker at
resultatene kommer
raskt når samhand-
lingen bedres.*



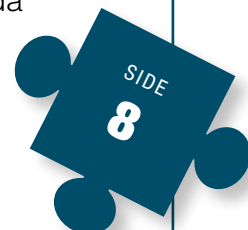
Lærings og mestringssenteret ved Odda sjukehus i Helse Fonna HF har arbeidet aktivt med å bedre samhandlingen mellom sykehus, kommuner og brukerorganisasjoner. – Vi har fått flere pasienter som vet å mestre egen sykdom og færre reinnleggelser, sier rehabiliteringskoordinator Jorunn Sekse.

Ved senteret skal både pasienter, pårørende og helsepersonell møtes for å utveksle erfaringer og kunnskap om utfordringer og muligheter knyttet til kronisk

sykdom og funksjonshemming. Senteret, som formelt kom i drift i februar i fjor, er organisert i avdeling fysioterapi/rehabilitering og læring og mestring ved Odda

Fortsetter neste side

Tekst og foto: Trine Lise Gjesdal



sjukehus. Avdelingen har et nært samarbeid med de øvrige lærings- og mestringssentrene i Helse Fonna HF.

Tett oppfølging

Lokalsykehusene har alle forskjellige funksjoner innen habilitering og rehabilitering. Ved Odda sjukehus er de sentrale oppgavene knyttet til rehabilitering i somatikk, utredning, diagnostisering, behandling samt pasient- og opplæring av pårørende.

– Rehabiliteringsteamet ved sykehuset er pådrivere i å etablere tverrfaglige team med lege, sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeut og ergoterapeut til rehabiliteringspasienter. Logoped og sosionom leies også inn ved behov. Videre blir pasientene koblet opp mot rehabiliteringskontakt i sin kommune, som igjen planlegger videre løp. Noen vil kanskje bli søkt til spesialisert rehabiliteringsopphold, mens andre får tilrettelagt tilbud i sin kommune, sier Sekse.

Nettverksgrupper

Alle kommunene i lokalsykehusområdet Odda, Ullensvang, Jondal, Eidfjord og Kvinnherad har et eget rehabiliteringsteam i tillegg til en rehabiliteringskontakt. Sammen danner kontaktene en nettverksgruppe som møtes to ganger i året. Rehabiliteringskoordinator ved sykehuset melder aktuelle pasienter til kontaktene i deres hjemkommune.

– Det er ulikt press på institusjonsplasser og ulik tilgang på fysioterapeuter/ergoterapeuter og pleiere i de forskjellige kommunene. I Eidfjord har flere av pleierne videreutdanning i rehabilitering. Kun Odda kommune har egen rehabiliteringsavdeling, forteller Sekse.

Beviste kronikere

Senteret for læring og mestring har også et

godt samarbeid med ulike brukerorganisasjoner. Diabetesforbundet og Brystkreftforeningen har blant annet representanter som er med på kurs for pasienter og pårørende. Landsforeningen for hjerte- og lungesyke deltar også på hjerte- og lungekurs, noe som har gitt gode resultater.

– Vi får tilbakemeldinger fra fastleger som merker tydelig forskjell på de pasientene som for eksempel har deltatt på KOLS-kurs ved senteret. Dette er kronikere som har betydelig mer kunnskap om sin egen sykdom. Det er viktig å ha et slikt tilbud i nærområdet for det er slitsomt for kronikere å reise lange avstander, legger hun til.

Videre arbeid

Den gode samhandlingen mellom sykehus, kommuner og brukerorganisasjonene har gitt avkastning. God opplæring i å leve best mulig med sin sykdom gir færre reinnleggelser. Pasientene lærer å mestre sykdommen bedre. Pasientene ligger kortere på sykehus og det blir tid til planlegging av videre forløp/utskrivning og oppfølging i kommunen.

Rådgiver i Helse Fonna HF og Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Vest, Merete Røthing, har mye godt å si om samarbeidet mellom Odda sjukehus og kommunene legges opp.

– I Helse Fonna HF legges nå mye arbeid ned i planlegging og utvikling av fagområdene habilitering og rehabilitering. Det gjelder særlig funksjonsfordeling i lokalsjukehusene, samhandling mellom koordinerende enheter i kommuner og Helse Fonna, og gode pasientforløp sier Røthing.



Fyrtårnet Finnmark

Finnmark fylke står frem som et godt eksempel på hvordan rehabilitering kan gjøres. Der har fylkesmannen gått inn som en pådriver og koordinator for at samhandlingen skal fungere og ressursene komme pasienten til gode på best mulig måte.

Tekst: Espen Andreassen

Fylkesmannen i Finnmark, med rådgiver Gry Bogetun i spissen, koordinerer arbeidet med kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Med seg på laget har de fått NAV og Kommunenes Sentralforbund (KS).

Fylkeskommunen som pådriver

– Det vi har gjort i Finnmark er å ha et fokus på å ansvarliggjøre og bevisstgjøre ledernivåene slik at de kan synliggjøre pliktene og få en felles forståelse for rehabilitering. Vi har hatt møter med NAV og KS og skapt en arena der alle aktørene som har betydning kan møtes, forklarer Bogetun.

Fylkesmannen har gått inn som en pådriver og koordinator for at samhandlingen skal fungere i fylket, og at ressursene skal komme pasienten til gode på best mulig måte.

– Vi har tatt det ansvaret på oss. Vi er egentlig gitt det fra Helsedirektoratet, men der har ikke budskapet alltid vært krysstallklart, forteller hun. I Finnmark har de tatt jobben et steg videre og sørget for at rollene og samspillet mellom enhetene er mer klare.

Lite fylke

Noe som er viktig, ikke bare for Finnmark men også for Norge, er at rus og psykiatri blir sett i sammenheng med andre områder for rehabilitering. Fokuset utvides hele tiden, og da gjelder det å få flere til å trekke i samme retning.

– I likhet med i andre fylker har også fokuset hos oss vært fragmentert, men nå

har vi samlet gruppene det var mulig å få tak i og sammen fått til et fokus på individuell plan, sier hun.

Bogetun ønsker å fokusere på at Finnmark er et fylke som kanskje er mer oversiktlig enn andre. Fylket har på grunn av størrelsen færre instanser å forholde seg til, noe som gjør de lettere å samle de forskjellige aktørene rundt et felles formål og metode.

«Brukernes» synspunkt

Prosjektet i Finnmark ble presentert for landet for øvrig under ReHabiliteringsuka i Kirkenes. Her ble brukerne opphevet til eksperter. De fikk lagt frem sitt syn til tjenestetilbyderne. De holdt foredrag mens de som er i apparatene rundt fikk stille spørsmål om deres situasjon.

– De holdt fremlegg om hvordan et fragmentert tilbud skader og svekker. De utfordret etatene på realitetene, forteller Bogetun.

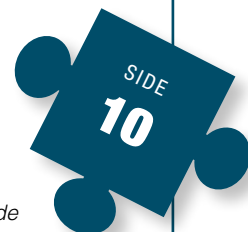
ReHabiliteringsuka ble en tankevekker for mange. Finnmark går også i front når det gjelder statusen brukerne i systemet skal ha. Det første er å få vekk begrepet «bruker».

– Vi må for eksempel begynne å bruke begrepet «tjenestemedvirkning», ikke «brukermedvirkning». Det har med respekten for menneskene å gjøre, understreker Bogetun.

Jobber videre

Før arbeidet ble satt i gang ble det gjort en undersøkelse der det ble sett på om kommunene i Finnmark hadde tilbudene på plass til

Fortsetter neste side



pasientgruppene med behov for rehabilitering. Informasjonen som ble gitt var mangelfull. Ved flere tilfeller hadde kommunene ikke tilbudet på plass, og enkelte steder der tilbudet var på plass var informasjonen om det mangelfull. Mye av dette har nå endret seg.

– Arbeidet vi har gjort er vanskelig å måle, men vi har fått tilbakemeldinger om at dette er noe som tas seriøst. Tilbudet har

blitt mye mer synlig og vi har fått til å prate bedre sammen mellom enhetene, sier Bogetun, men hun understreker at arbeidet ikke på langt nær er over.

– Vi er i forkant av vår virksomhetsplanlegging, og vi skal være en motor i planleggingen videre. Vi må jobbe videre med både intern og ekstern samordning, sier Bogetun. Blant annet skal arbeidet tilfredsstillende samelovens språkregel.



Individuell plan må brukes mer



Det er fortsatt mange med behov og rett til individuell plan som ikke får det. – Økt bruk av individuell plan representerer derfor et betydelig potensial for å sikre helhetlige forløp med utgangspunkt i pasientene og brukernes ståsted og målsettinger, sier direktør Bjørn-Inge Larsen i Helsedirektoratet.

Foto: Helsedirektoratet. **Tekst:** Knut I. Tønsberg

Fortsetter neste side



Forskrift for individuell plan er felles for kommunehelsetjeneste, sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Disse aktørenes ansvar for å sørge for at tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester får utarbeidet individuell plan, er likt formulert i de respektives lovverk. I forarbeidet til lovgivningen er prinsippet om felles ansvar i møtet med den enkelte bruker begrunnet i at tjenesteyterne ikke skal kunne fraskrive seg ansvar før rollefordeling og ansvar er tydelig forankret og avtalt.

Koordinatorrollen må løftes frem

Helsedirektoratets regionale konferanser om individuell plan samlet 1200 engasjerte deltakere i løpet av 2008 fra alle deler av det offentlige tjenesteapparatet og brukerne. Inntrykket av at individuell plan er et strategisk verktøy for samhandling ble forsterket samt at forskriften og formålet med den er godt kjent. I oppsummeringene ble det pekt på viktigheten av brukerne skal oppleve seg sett, hørt og verdsatt. Videre at koordinatorrollen må løftes frem, med en tjenesteyter som hovedansvarlig slik forskriften krever. Og dessuten at individuell plan må forankres på politisk administrativt nivå og systemansvaret må være på plass

– Erfaringene knyttet til individuell plan viser at et felles ansvar er en god plattform for likeverdig dialog og samhandling med den enkelte bruker og pasient. Men jeg tror det er viktig å tydeliggjøre at et felles ansvar ikke er til hinder for at roller og oppgaver kan være forskjellige, sier Larsen.

Kommunene er tyngdepunktet

Det kan være grunn til å presisere at kommunene skal utgjøre tyngdepunktet blant tjenesteyterne og ha den viktigste koordinerende rollen. Som følge av funksjonsfordelingen mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, vil det være naturlig å definere at hovedforankringen av individuelle planprosesser skal være i kommunene med systemansvaret i koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. For de pasientene som ikke allerede har en individuell plan, vil spesialisthelsetjenestens rolle som oftest være å starte planarbeidet

– Fordi det kan være andre årsaker til behov for koordinerte tjenester enn habilitering og rehabilitering, burde koordinerende enheter få et mer generelt samhandlingsansvar og kanskje skifte navn til samhandlingsenheter, avslutter Larsen.

Nytt fra Prosjekt Familieveiviser

Bedre samhandling for bedre tjenester

Familier med barn med nedsatt funksjonsevne må få bedre og mer koordinert hjelp fra tjenesteapparatet.

Det mener Lisbeth Myhre, avdelingsdirektør i Helsedirektoratet.

[Les hele saken.](#)

Prosjekt Familieveiviser samlet i Oslo

I desember var prosjektledere fra hele landet samlet til seminar i Oslo.

Å gi barn med nedsatt funksjonsevne en lettere hverdag – det er utfordringen prosjektlederne i prosjekt Familieveiviser har kastet seg over. [Les hele saken.](#)

Der flere virkeligheter møtes

Møter mellom foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne og fagpersoner er tema for konferansen Sammentreff 2009.

30. og 31. mars 2009 samles fagfolk og foreldre til konferanse i Oslo. [Les hele saken.](#)



Prosjekt Familieveiviser

Prosjektet har som mål å gi en et helhetlig og koordinert tilbud til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier.

Prosjektet ledes av Helsedirektoratet ved prosjektleder Sølvi Holmgren og består av pilotprosjekter fra hele landet.

[Mer informasjon her.](#)