

# Hva skjedde i 2010?

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011

IS-1913

<b>INNLEDNING</b>	
Satser på rehabilitering av barn og unge . . . . .	5
<b>RIKTIG PRIORITERING</b> . . . . .	6
Tar felles ansvar for sårbar ungdom . . . . .	7
Fritid med bistand – hjelp til selvhjelp . . . . .	10
Ildsjeler får skreddersydd utdanning . . . . .	13
Nasjonale kliniske retningslinjer for diabetes – nå i brukerversjon . . . . .	18
Rehabiliteringstilbud til personer som har hatt kreft eller lever med kreft – kartlegging i fem kommuner . . . . .	21
<b>SAMARBEID PÅ TVERS AV DEPARTEMENTS- OG DIREKTORATSOMRÅDER</b> . . . . .	24
På tvers eller tverke? . . . . .	25
Sammen om kompetanseheving . . . . .	27
Fastlegene må på banen i rehabiliteringen av unge voksne . . . . .	33
<b>FAGLIG KVALITET OG STATUS</b> . . . . .	36
Terapihund motiverer til fysisk aktivitet og bidrar i rehabiliteringsprosessen . . . . .	37
<b>REHABILITERING SOM FOREBYGGING OG BIDRAG TIL BEST MULIG SELVSTENDIGHET OG DELTAGELSE</b> . . . . .	40
Skreddersydd opplegg for unge voksne . . . . .	41
Nye muligheter for personer med Huntingtons sykdom . . . . .	45
<b>NASJONAL STRATEGI FOR HABILITERING OG REHABILITERING – RAPPORTERING 2010</b> . . . . .	50
<b>LITTERATUR</b> . . . . .	75

## Hva skjedde i 2010?

For å kunne gi habilitering og rehabilitering til alle som har behov for det, har regjeringen blant annet utarbeidet Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011. Helsedirektoratet har hovedansvaret for å koordinere arbeidet med å sette strategien ut i livet.

Personer som har behov for habilitering og rehabilitering, skal tilbys tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Ansvar for rehabiliteringstjenester er lagt både på stat og kommune. Dette byr på utfordringer i koordinering av tjenestene. Den nasjonale strategien peker på behov for flere tiltak. I 2010 har Helsedirektoratet videreført arbeidet med å følge opp strategien, spesielt er det lagt vekt på:

- flere må få tilbud om individuell plan, og etablering av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering må få mer oppmerksomhet.
- private institusjoners rolle er utfordret når det gjelder tilbud til unge voksne.
- handlingsplan for habilitering av barn og unge.
- styrking av rehabiliteringstilbud til mennesker med synshemninger.
- erfaringer med habiliteringstilbud til barn med cochlea-implantat.
- å øke kunnskapen om behov for habilitering og rehabilitering.
- implementering av veileder for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten.

Dette heftet gir noen smakebiter av arbeidet i 2010 og er ment som inspirasjon til videre innsats på dette viktige feltet.



## Satser på rehabilitering av barn og unge

– Vi må tenke helhetlig slik at barn og unge voksne gjennom rehabilitering får bistand til å kunne leve aktive liv, ikke bare overleve. Derfor stor innsats på dette området i 2010, sier Lisbeth Myhre, avdelingsdirektør i Helsedirektoratet.

– Vi er ikke i mål. Altfor mange ender unødvendig opp som uføretrygdet. Og unge uføre blir lett baksetepassasjerer i egne liv og mister styringen.

Myhre peker på misforholdet mellom tilbudet av rehabiliteringsplasser for unge og økningen i antall unge som er blitt uføretrygdet. Mange får rett og slett ikke tilbud om rehabilitering. Det er mange og sammensatte årsaker til dette. Fastlegene må ha informasjon og kunnskap om hvilke rehabiliteringstilbud som finnes, og de må i større grad samhandle både med kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

– De unge må få et tilbud som er tilpasset livsfasen. Ungdom sier at det å være på rehabilitering sammen med andre unge, er avgjørende for resultatet av oppholdet.

Utdanning og arbeid må også få større oppmerksomhet i rehabiliteringen. Studier viser at høyere utdanning har nesten dobbelt så stor betydning for ungdom med nedsatt funksjonsevne som for andre – og arbeid er en viktig arena for selvrealisering, mestring og sosialt fellesskap.



## RIKTIG PRIORITERING



## Tar felles ansvar for sårbar ungdom

Identitetsstyrkende tiltak har bidratt i livsfaseoppfølgingen til sårbare ungdommer i videregående skole i Bodø. Prosjektet var et samarbeid mellom Nordlandssykehuset, Bodøs to videregående skoler og Bodø kommune. Samarbeidsmodellen er i dag integrert i ordinær drift.

Prosjektet var et oppfølgingsprosjekt fra et arbeid som startet i Habiliteringsteamet ved Nordlandssykehuset i 2008. Bak-

grunnen var henvendelser fra skole og foreldre som trengte bistand til ungdommer med generelle lærevansker, herunder lett psykisk utviklingshemning og Asperger syndrom.

– Dette er ungdom som har problemer knyttet til læring og sosial fungering, og som har lite nettverk, forklarer Willy Johansen, spesialkonsulent i Habiliteringsteamet for voksne ved Nordlandssykehuset i Bodø.

– Vi utviklet kompetanse i denne typen ungdomsarbeid for å gi faglige råd og veiledning til skolen og kommunen, sier han.

### **Videreutviklet samarbeidsmodellen**

Hensikten med oppfølgingsprosjektet i 2010 var å videreutvikle modellen for samhandling, integrere den og legge ansvaret i kommunen. Det ble også laget en forpliktende samarbeidsavtale mellom skolene, Nordlandssykehuset og kommunen.

– Fra ulike ståsteder blir vi alle berørt av ungdomsproblematikken, sier Mona Unosen. Hun ledet oppfølgingsprosjektet som var forankret i Bodø kommune og jobber i dag med ungdommene i Aktiv hverdag som ligger under avdeling Oppvekst og kultur.

Ungdommene veksler mellom å delta i ordinær undervisning på skolen og spesialundervisning i gruppe. De møter hos Aktiv hverdag en dag hver tredje uke og har full dag med program. Først halve dagen med samling om et tema som for eksempel mobbing og konflikter, følelser, hva skjer etter videregående skole osv. Andre halvdel er fysisk aktivitet som klatring, bowling og aktiviteter som ungdommen velger.

– Vi innser at en dag hver tredje uke er for lite, for disse ungdommene er nokså isolerte. Styrken er likevel at vi skaper dybde og helhet i det vi gjør, skole, hjem og fritid, alt henger sammen. Poenget er at ungdommen utvikler seg, mestrer og bygger opp sin egen identitet, sier Unosen.

Mellom samlingene har ungdommene opplegg på skolen som harmonerer med temaene på samlingene. Habiliteringsteamet arrangerer foreldremøter og informerer om rettigheter som individuell plan, boligstøtte og forskjellige stønader som de kan ha krav på gjennom folketrygden.

– Vi bidrar i livsfaseoppfølgingen til ungdommene; her er det flere utfordrende overganger, fra ungdom til myndig voksen, fra videregående skole til arbeidslivet og fra hjemmet til egen bolig, sier Johansen.

### **Noe å lære for andre kommuner?**

– Det er interessant at de klarte å forankre videreføring av tilbudet uten nye midler i kommunen. Bodø kommune viser at de klarer å se løsninger og at man ikke låser seg fast i allerede etablerte strukturer og systemer, sier Birgit Friele, seniorrådgiver i Helsedirektoratet, avdeling Rehabilitering og sjeldne tilstander.

## Fritid med bistand – hjelp til selvhjelp

*Overskudd og trivsel for alle, et helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge med funksjonsnedsettelse* heter rapporten som rommer et knippe gode eksempler fra kommuner og helseforetak. *Fritid med bistand* er et av tiltakene.



Det er kjent at personer med funksjonsnedsettelse har større risiko for å utvikle dårlig helse enn befolkningen ellers. Men med gode forebyggende tiltak er det mulig å forhindre utvikling av dårlig helse hos barn og unge med nedsatt funksjonsevne. *Fritid med bistand* er et eksempel på det. Det er en metode med vind i seilene som blir praktisert fra Kristiansand i sør til Hammerfest i nord.

Hilde Gunn Stangenes er oppfølgingskoordinator i *Fritid med bistand* i Kristiansand. Hun jobber i *Aktiv fritid*, og avdelingen hennes bruker metoden i arbeidet både med barn og voksne. Ikke bare for personer med nedsatt fysisk funksjonsevne, men også ved rusproblemer og psykiske vansker. Aktiv fritid har et bredt spekter av arbeidsredskaper, for eksempel individuell støttekontakt, treningskontakt og deltakelse i grupper.

### Fra isolasjon til aktivitet og nettverk

En god illustrasjon på *Fritid med bistand* er historien om faren som bor alene med sønnen sin på ti år med ADHD. Ingen av dem hadde venner, og sønnen fungerte sosialt dårlig på skolen. Første skritt var å finne ut hva sønnen syntes var morsomt og dernest motivere faren til å følge opp sønnen. Stangenes kontaktet idrettsklubben og var med far og sønn på de første treningene i badminton. Etter oppfordring fra Stangenes tok faren opp med treneren at sønnen ofte kom i konflikter med jevnaldrende. På den måten ble det mulig å forebygge problemer man hadde sett tidligere.

– Vi fremhevet også alle de positive sidene sønnen hadde så de kunne spille videre på dem. Det viste seg at gutten ble god i badminton. Etter hvert trakk jeg meg ut, og faren overtok mer og mer, sier Stangenes.

Det hører med til historien at faren ble aktiv selv også. I dag er han trener for et av lagene i klubben – og både far og sønn har fått et nettverk.

– Slik skal det være, sier Stangenes. – Vi er igangsettere. Fritid med bistand er hjelp til selvhjelp. Jo raskere vi kan trekke oss ut, jo bedre er det.

### Fokus på oppfølging

Stangenes påpeker at den viktigste oppgaven i *Fritid med bistand* er å følge opp etter at det ser ut til å gå bra. Vanligvis er det jevnlig kontakt både med deltakere, foreldre og klubben i ett år. Det kan være snakk om små justeringer dersom noe fungerer dårlig.

– Noen ganger må vi også begynne på nytt fordi valget av aktivitet var feil. Som regel er klubbene veldig positive. Når det er nødvendig, får vi én i klubben til å være tilrettelegger for deltakeren og en døråpner inn i miljøet. For barn og ungdom blir det ofte en trener, for voksne et annet medlem av klubben. I budsjettet vårt har vi midler til å godtgjøre tilrettelegger, men vi opplever ofte at de ikke vil ta imot noe. I noen tilfeller kjøper vi derfor utstyr som klubben trenger eller betaler for sosiale treffpunkter som en pizzakveld for klubben, sier Hilde Gunn Stangenes.

### Til inspirasjon!

Helsedirektoratet ønsker med dette eksempelføtet å gi tjenesteutøvere og andre inspirasjon og tips om tiltak som kan settes i gang for at barn og unge med nedsatt funksjonsevne skal oppleve overskudd, trivsel og god livskvalitet – en god helse.

## Ildsjeler får skreddersydd utdanning

I flere år har Høgskolen i Bergen med støtte av Helsedirektoratet hatt videreutdanning for fagfolk som arbeider med å tilrettelegge for at mennesker med behov for bistand, skal få en god og meningsfull fritid. Fra 2006 har videreutdanningen hatt kull i Arendal og Tromsø, og fra 2010 i Trondheim og Oslo i tillegg til i Bergen.

*Organisering og veiledning av støttekontakter, avlastere og frivillige* kalles videreutdanningen. Det er en desentralisert, IKT-støttet videreutdanning som rekrutterer studenter fra hele landet. Studentene er ofte erfarne, kompetente sosial-, helse- og kulturarbeidere i offentlig og frivillig sektor.

– De er ofte ildsjeler med lang erfaring. De vet at små og enkle tiltak kan bety store forskjeller for folk som strever på grunn av isolasjon, sosial ekskludering, marginalisering osv., sier Kristin Andresen Soldal, førstelektor ved Høgskolen i Bergen og primus motor bak utdanningen.

Midlene fra Helsedirektoratet gjør at HiB kan sette i gang med nye kull hvert år. Det fører til en stabil lærerstab og kontinuitet i utvikling av studiet.

– Selv om kommunene har lite penger og strammer inn på midler til utdanning, har vi et jevnt tilsig av studenter. I 2010 var det om lag 50 studenter som begynte på utdanningen og 44 som tok eksamen totalt på alle utdanningsstedene, sier hun.

Videreutdanningen er organisert med tre samlinger på totalt ti dager i løpet av et år. I begynnelsen av andre samling arrangerer HiB en erfaringskonferanse i Bergen. Den er også åpen for andre interesserte og støttes av Helsedirektoratet. Her presenteres relevant forskning og gode eksempler fra praksis.

Det blir mer og mer vanlig at offentlig og frivillig sektor samarbeider om løsninger og stimulerer til nytenkning på dette området. Et eksempel på en metode som blir vektlagt i studiet, er *fritid med bistand*. Det er høstet gode erfaringer med å bruke denne metoden i arbeid med mennesker som har mange slags utfordringer. Sentralt er den enkelte deltakers ønske om å bli inkludert i en ordinær fritidsaktivitet (les mer på side 10).

– Da vi startet med utdanningen var det kanskje 10 000 støttekontakter i landet, i dag er antallet tredoblet. Likevel viser undersøkelser at støttekontakter er mangelvare ute i kommunene, sier Soldal.



## Støttekontakt på flere måter

I heftet *Sammen med andre* anbefaler Helsedirektoratet kommunene å organisere støttekontakttjenesten slik at den blir mest mulig fleksibel og god for brukerne. Konkret pekes det på tre organiseringsformer kommunene bør tilby de som trenger bistand for å få en meningsfull fritid: Støttekontakt som en individuell tjeneste, støttekontakt som et tilbud i en gruppe eller støttekontakt i samarbeid med en frivillig organisasjon.

Om tjenesten kalles støttekontakt eller ikke, er av underordnet betydning. Ut fra dagens lovverk kan kommunene fatte vedtak og kalle hjelperne treningskontakter, fritidskontakter, tilretteleggere osv.



## Kjempenyttig!

– Utdanningen har vært kjempenyttig for meg, sier Jorunn Sagen Olsen, leder av Frivillighetssentralen i Vennesla kommune.

– Det var flott å møte studenter fra mange forskjellige fagområder. Jobbe sammen om oppgaver og se hvordan vi kunne dra veksler på hverandres kompetanse, og ikke minst dele erfaringer. Dette motiverte meg veldig til å gå i gang med tverrfaglige tiltak da jeg kom hjem. Oppgavene i studiet var konkrete og praktisk rettet, tilpasset utfordringene i arbeidet på hjemmebane. Alt sammen har vært kjempenyttig.

Olsen trekker særlig fram forståelsen av å veilede og følge opp støttekontaktene.

– Uten veiledning og oppfølging faller det frivillige arbeidet bort. Det er fort gjort å glemme at frivillig arbeid skal være lystbetont. Min jobb som leder av en frivillighetssentral er blant annet å bidra til å skape motivasjon og lyst til å gå løs på utfordringene – å finne løsninger sammen med andre som både har ulønnet og lønnet arbeid.

– Velferdsstaten kan ikke styre det frivillige arbeidet. Det er klart at vi skal ha et godt samarbeid med kommunen, men det krever også forståelse for det frivillige arbeidets rolle i velferdsstaten, mener hun.

Jorunn Sagen Olsen hadde 15 års erfaring som barne- og ungdomsarbeider i skolen før hun tok videreutdanningen.

## Fritid med mening

Et nytt nettbasert informasjons- og opplæringsprogram for støttekontakter er like rundt hjørnet etter stor innsats i 2010: Fritid med mening. Nettstedet skal være gratis og tilgjengelig for alle.

Nettstedet skal bidra til å rekruttere støttekontakter og liknende hjelpere. Det skal også være en ressurs for fagfolk som arbeider med opplæring av støttekontakter. En rekke digitale fortellinger og korte filmer er kjernen i nettstedet. Disse illustrerer utfordringer i arbeidet med mennesker med ulike bistandsbehov. Sammen med skriftlig materiale, linker til fagstoff og spørsmål til diskusjon vil nettstedet forhåpentligvis bidra til bedre opplæring og kunnskap for de som er opptatt av feltet tilrettelegging av fritid for alle.

Fritid for alle blir utviklet for Helsedirektoratet av Mediesenteret ved Høgskolen i Bergen i samarbeid med Avdeling for helse- og sosialfag. Kristin Andresen Soldal er faglig ansvarlig.

# Nasjonale kliniske retningslinjer for diabetes – nå i brukerversjon

*Nasjonale kliniske retningslinjer: Diabetes – forebygging, diagnostikk og behandling.* Det er korrekt navn på publikasjonen som nå har kommet i brukerversjon etter et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Diabetesforbundet. Et nyttig verktøy, mener brukerne.

Helsedirektoratet ga i 2009 ut nye nasjonale kliniske retningslinjer for diabetes. Disse var i hovedsak rettet mot helsepersonell som behandler personer med diabetes. I arbeidet med disse retningslinjene ble det klart at det også var behov for en brukerversjon av de samme retningslinjene.

## Felles forståelse

Tanken bak brukerversjonen er at diabetesbehandlingen blir bedre når bruker og helsetjenesten har samme tilgang til og forståelse av behandlingen. Diabetes er en sykdom der egenbehandling står helt sentralt. En god diabetesbehandling er avhengig av et godt samspill mellom den som har diabetes og helsepersonell. Samarbeidet er avhengig av en felles forståelse både av sykdommens egenart, behandlingsmål og behandlingsstrategi.

– Det har vært utfordrende å gjøre retningslinjene tilstrekkelig brukervennlige samtidig som de skal være medisinsk korrekte. Ikke for detaljerte, men likevel konkrete. Poenget er jo at brukerne skal lese dem og ha nytte av dem, sier Sven Grotdal i Diabetesforbundet. Han har utarbeidet brukerversjonen i samarbeid med Margrethe Aulie, Diabetesforbundet, og Tor Claudi og Tore Julsrud Berg, begge Helsedirektoratet.

## Et nyttig verktøy

Grotdal er svært fornøyd med resultatet.

– Det er et stort framskritt for personer med diabetes å kunne gå gjennom deler av heftet før et legebesøk og forberede seg på hva det er lurt å spørre om og faktisk kreve at undersøkelser blir gjort og fulgt opp, sier Grotdal.

Kompetansen om diabetes blant fastleger varierer veldig, derfor gikk brukerversjonen også til alle fastleger i landet. Alle de rundt 40 000 medlemmene i Diabetesforbundet fikk brukerversjonen ved juletider, og tilbakemeldingene har ikke uteblitt. Dette er et nyttig verktøy for oss både i egenbehandlingen og i møtet med helsepersonell – er omkvedet.

## Diabeteslinjen

Diabeteslinjen er Diabetesforbundets informasjonstjeneste der man kan stille spørsmål om diabetes. Spørsmålene besvares av erfarne veiledere eller av helsepersonell. Det er også mulig å få svar på urdu, punjabi, tyrkisk og somali. Diabeteslinjen er åpen alle hverdager fra klokka 9 til 15. Helsedirektoratet bidrar med midler til denne svartjenesten.



## Rehabiliteringstilbud til personer som har hatt kreft eller lever med kreft – kartlegging i fem kommuner

Det finnes i liten grad målrettede rehabiliteringstilbud for kreftpasienter. Det viste kartleggingen av tilbud i kommunene Alvdal, Bodø, Haugesund, Kristiansand og Molde.

Noen kommuner har tilbud i form av kreftsykepleiere eller kreftkontakt og tilbud til pasienter i siste fase av livet. Dette rommer hovedsakelig samtale og tilrettelegging for å kunne være hjemme. Gjennomgående viser kommunene til det generelle rehabiliteringstilbudet som er hjemmesykepleie, hjemmetjeneste, fysioterapi, ergoterapi og dagrehabilitering.

Ingen av kommunene har egen plan for rehabilitering av kreftpasienter.

Noen kommuner sier at de har planer om å utarbeide en slik plan, andre rapporterer at de har kontakt med det lokale sykehuset, kreftnettverk og Kreftforeningen. Flere oppgir at de henviser til rehabiliteringssentre. Mestringskurs blir i hovedsak arrangert i samarbeid med Kreftforeningen.

## Tilbudet skal styrkes

– I første rekke ønsket vi å skaffe oss oversikt ved å foreta en kartlegging i fem utvalgte kommuner. Vi regner med at dette gir oss et generelt bilde av tilstanden i landet, sier May Cecilie Lossius, seniorrådgiver i Helsedirektoratet. Hun sier at det ikke er noe krav i lov eller forskrift om at kommunene skal ha en egen plan for rehabilitering av pasienter som har hatt kreft eller lever med kreft, men peker samtidig på målene for den nasjonale strategien for kreftområdet som er:

- Rehabiliteringstilbudet skal styrkes for kreftpasienter
- Det må legges til rette for bedre samhandling mellom fagmiljøer, tjenester og forvaltningsnivåer
- Kunnskapsgrunnlaget om forebygging og behandling av senskader etter kreftsykdom og/eller behandling må økes
- Helsetjenesten skal ha nødvendig fokus på kreftpasientens psykiske helse under hele behandlings- og rehabiliteringsforløpet

I Nasjonal helse- og omsorgsplan beskrives lokalmedisinske sentra som kommunale helsetilbud der én eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før, istedenfor og etter innleggelse i sykehus. Rehabilitering og lærings- og mestringstilbud er sentrale tjenester i dette.

– I oppbyggingen av disse tilbudene blir det viktig å legge til rette for tilpassede tiltak mot denne målgruppen, sier Lossius.

## Om kartleggingen

Denne kartleggingen inngår som en del av en større rapport om rehabiliteringstilbudet til pasienter med kreft, Kartlegging og anbefalinger. Det er Synovate Norge som har bistått Helsedirektoratet i å gjennomføre kartleggingen. Henvendelsen gikk til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene. I forkant ble det kartlagt hvilken informasjon kommunene hadde om koordinering, rehabilitering og kreft på nettstedene sine. Alle hadde generell informasjon om rehabilitering. Kartleggingen ble foretatt som telefonintervju og ble i hovedsak besvart av koordinerende enhet, som eventuelt henviste videre til kreftsykepleier eller kreftkontakt.

## SAMARBEID PÅ TVERS AV DEPARTEMENTS- OG DIREKTORATS- OMRÅDER



## På tvers eller tverke?

På tvers eller tverke – ledelse i et samhandlende perspektiv var den talende arbeidstittelen på et prosjekt i Ørsta kommune. Eller rettere sagt, prosjektet var en ledersamling i forbindelse med ReHabuka i 2010. Målet var å forankre koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering sin plass og rolle i kommunen.

Hilde Flotve Mo, leder av koordinerende enhet i Ørsta, forteller at kommunen både hadde retningslinjer og brukerkoordinatorer på plass, men kommunen hadde ikke lyktes i å forankre arbeidet blant lederne. Kommunen hadde hatt stor utskifting av ledere, og toppledelse hadde også manglet en stund.

– Følgen av dette var at det ble stort sprik mellom tjenestestedene og ulik forståelse av roller og oppgaver. Samhandling mellom tjenestene ble

problematisk, noe som alltid får store konsekvenser for brukerne. Det ble tungt å ta på seg oppgaven som brukerkoordinator også, sier Flotve Mo.

Hun fikk med seg fungerende rådmann på laget, søkte Helsedirektoratet om midler, en hel dag ble satt av, og temaet «koordinerende enhet knytter tjenestene sammen» ble satt på dagsordenen. Ressurspersoner ble leid inn som inspirerte og skapte forståelse for verdien av samhandling mellom de kommunale tjenestene og, ikke minst, hvor viktig det er i et brukerperspektiv. Det ble starten på en prosess som er blitt en del av et videre utviklingsprogram for lederne.

### Stor interesse

– Det var et fantastisk oppmøte, 50 ledere med forskjellige funksjoner fra alle sektorer i kommunen, sier Flotve Mo.

Ordføreren minnet om at lederne skal etablere og utvikle et system som sikrer at tjenestene blir samordnet, tverrfaglige og planmessige, der brukeren blir tatt på alvor og blir sett og hørt. Dette har alle sektorer, avdelinger og tjenestesteder et medansvar for.

– Utfordringen er at tjenestestedene ser sin egen rolle i et samlet tjenesteapparat og koordinerende enhet sin rolle i å knytte tjenestene sammen. Vi trenger å ha fokus på interorganisatorisk ledelse framfor fag- og sektororganisert ledelse. Jeg mener det er avgjørende at koordinerende enhet både må ha myndighet og en definert rolle om den skal fungere etter intensjonen – nemlig på tvers av tjenesteområdene, sier Flotve Mo.

## Sammen om kompetanseheving

I Listerregionen i Vest-Agder har nettverksbygging og samhandling full oppmerksomhet. Med *Samhandlingsreformen* som bakteppe har Helsenettverk Lister startet prosjektet *Samhandlingsprosjektet*, hvor metoden er å etablere fagforum på prioriterte områder, blant annet rehabilitering.

Gjennom *Samhandlingsreformen*, *rett behandling, på rett sted og til rett tid* er kommunene tiltenkt en ny og større rolle gjennom økt vekt på forebygging av sykdommer, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging.

– Skal vi klare å møte de nye utfordringene, må vi både samarbeide interkommunalt og mellom nivåer, alle er avhengige av å skaffe seg mer kunnskap og kompetanse. Vi vil gjerne møte *Samhandlingsreformen* på en offensiv og strukturert måte. Da er det fruktbart å ha et større miljø å spille på, sier Inger Marethe Egeland, prosjektkoordinator i Helsenettverk Lister.

### Helsenettverk Lister

Listerregionen består av kommunene Farsund, Flekkfjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal hvor det til sammen bor om lag 35 000 mennesker. Allerede i 2009 ble Helsenettverk Lister etablert som et interkommunalt nettverk mellom disse seks

kommunene og Sørlandet sykehus avdeling Flekkefjord (SSF). Hensikten er å styrke samarbeidet og den konkrete samhandlingen innen helse og omsorg, både mellom de deltakende kommunene og mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

– Helt siden etableringen av helsenettverket har vi satset strategisk på å utvikle en modell for samhandling i regionen. Med *Samhandlingsprosjektet* har vi spisset satsingen ytterligere, sier Egeland.

### Fagforum og brukerutvalg

Metoden er å etablere fagforum. I 2010 la helsenettverket planer for sju fagforum, og i dag er seks av disse etablert. Det er fagforum for rehabilitering, rus, psykisk helse, eldre med sammensatte lidelser, lindring, omsorgsteknologi og IKT.

Fagforumenes rolle er å være arenaer for dialog og erfaringsutveksling, drøfte og vurdere hvordan kommunen skal møte nasjonale føringer og gi anbefalinger om regionale tiltak til helsenettverket.

– Modellen med fagforum er bygd opp rundt en ide om at samhandling skjer nedenfra og opp og ikke ovenfra og ned. Det sikrer vi gjennom å ha fokus på fag- og brukermedvirkning, forteller Egeland.

I brukerutvalget sitter representanter fra FFO, SAFO, Kreftforeningen, Mental helse, Landsforeningen for pårørende innen psykiatrien, Eldrerådet og representanter med brukererfaring fra rusområdet. Brukerutvalget har møter i forkant av møtene i helsenettverket, hvor lederen av utvalget møter som en av ni faste medlemmer.

Brukerutvalget er et rådgivende og aktivt utvalg som er organisert høyt oppe i organisasjonen på linje med Lister legeutvalg. Brukerutvalget oppnevner medlem-



mer til de ulike fagforumene hvor det i tillegg til brukerrepresentanten møter minst en fagperson fra hver kommune og spesialisthelsetjenesten, og i enkelte forum også en fastlege.

### Full fart i fagforum rehabilitering

– Med dette forumet ønsker vi å danne en arena for dialog mellom fagpersoner og brukere i Lister, hvor felles utfordringer og løsninger kan diskuteres og utformes, sier Cathrine Welde Lundegaard, leder av forumet. – Da jeg startet opp i 2010, så jeg ganske fort at det var lite kunnskap om individuell plan og at det heller ikke fantes fagpersoner i Listerregionen som kunne drive opplæring, sier hun.

Med midler fra Helsedirektoratet arrangerte Lundegaard koordinatoropplæring i individuell plan. Opplæringen var en del av et seminar arrangert i forbindelse med ReHabuka 2010, og tema var «koordinerende enhet binder tjenestene sammen». Sigrunn Gjønnnes fra Helsedirektoratet og Janne Gundersen fra Arendal var blant innlederne. Evalueringen etter seminaret viste at det var stort behov for mer kunnskap om individuell plan og koordinatorrollen.

– Med de samme midlene rykket vi inn to annonser i lokalavisene med informasjon om Koordinerende enhet og gjennomførte en hel dag med koordinatoropplæring for fagfolk i regionen. Det var hjelpepleiere, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter – 50 deltakere i alt – og utrolig vellykket. Det har resultert i at vi skal ha fast fagdag en-to ganger i året, etter hvert med intern veileder, sier hun.

Lundegaard forteller at hun så langt har kartlagt kompetanse i Listerregionen

for å finne ut hvilke kompetanse som finnes og hva det må drives opplæring i.

– Med *Samhandlingsreformen* får vi ansvar for nye grupper, blant annet kronikere med for eksempel diabetes og kols. Vi får ansvar for basisopplæringen i rehabilitering og må helt klart øke kompetansen. Det handler om å få rehabilitering fram i pannelappen, sier hun. Lundegaard har også som mål å utvikle nettstedet [www.lister.no](http://www.lister.no) til et sted hvor fagfolk i kommunene raskt skal finne hva slags tilbud innen rehabilitering som finnes i den enkelte kommune.







## Fastlegene må på banen i rehabiliteringen av unge voksne

For å kunne gi unge med behov for rehabilitering et best mulig tilbud, er fastlegenes samhandling med både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten svært viktig.

Det understreket Martin Robin Kåss, statssekretær i Helsedepartementet, på et seminar hvor undersøkelsen *Fastlegenes oppfatninger av rehabiliteringstilbudet for ungdom og unge voksne med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne* ble lagt fram. Den viser at legene er ganske perifere i rehabiliteringsarbeidet for denne gruppen.

### Konklusjoner fra undersøkelsen

Et stort flertall av fastlegene svarer at de sjelden eller aldri deltar i utarbeidelsen av individuelle planer for denne gruppen. Kun et fåtall av fastlegene oppgir å ha vært i kontakt med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Litt over halvparten av dem svarer at spesialisthelsetjenesten/rehabiliteringstjenesten i liten grad samhandler med fastlegen for å sikre god oppfølging av pasienter etter endt opphold på sykehus eller institusjon.

Kun et fåtall vurderer tilgjengeligheten av rehabiliteringstilbudet for unge voksne som god.

Samtidig vurderer de fleste fastlegene at rehabilitering i helsevesenet er et viktig virkemiddel for å redusere antall unge uføretrygdede. At hovedårsaken til det økende antall unge uføre er mangel på tilpasset arbeid og opplæring, er de fleste fastlegene enige om. Mangel på motivasjon hos pasienten rangerer de som den nestviktigste årsak og til sist manglende rehabiliteringstilbud.

### Må ta større ansvar

I debatten på seminaret slo Liv Arum, generalsekretær i Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, fast at fastlegene må gjøre seg kjent med de unge voksnes behov og spesielle utfordringer. Det var Bjørn Guldvog, assisterende direktør i Helsedirektoratet, helt enig i.

– Fastlegene er viktige i kommunehelsetjenesten og må ta større ansvar for unge med nedsatt funksjonsevne. Tilbudene må eksistere, men informasjonen om dem må også ligge inne i beslutningssystemene til fastlegene, sa Guldvog.

Motivasjon hos brukeren er en forutsetning for et godt rehabiliteringsforløp. Tilpassede tilbud, brukermedvirkning i individuell plan og kortere ventelister ble trukket fram som positive motivasjonsfaktorer.

### Veien videre

Thomas Rannstad Haugen, rådgiver i Helsedirektoratet, arbeider nå med å følge opp

undersøkelsen ved å kartlegge tiltaks-kjeden i rehabiliteringen av ungdom og unge voksne.

– I denne tiltakskjeden har fastlegen en naturlig plass. Nå er vi inne i en fase hvor helheten vurderes. Det handler om å definere hvor i tiltakskjeden det er størst behov for å forbedre kvaliteten og deretter finne egnede tiltak for å bedre den, sier Haugen.

**Undersøkelsen ble gjennomført av Synovate og ble gjort blant fastleger i alle landets kommuner. Flere tidligere undersøkelser har vist at det er svært få unge under 30 år som får tilbud om rehabilitering. Med dette som bakgrunn, pluss det stadig økende antall unge uføre, satte Helsedirektoratet i gang denne undersøkelsen i 2010.**



## Terapihund motiverer til fysisk aktivitet og bidrar i rehabiliteringsprosessen

Dyreassistert terapi kan bidra til motivasjon og mestring i rehabiliteringsprosessen. Det viser prosjektet *Dyreassistert terapi i rehabilitering av ungdom og unge voksne* som ble gjennomført på Catosenteret i samarbeid med AntrozoologiSenteret.

At nærkontakt med dyr kan virke avstressende og godt for kropp og sjel, har veldig mange opplevd. I dyreassistert terapi ligger denne grunnleggende samhørigheten mellom dyr og mennesker som et slags bakteppe. Men dyreassistert terapi er langt mer enn noe som skal gi en god følelse og trygghet, selv om den også skal det. Poenget er at terapien skal føre til aktivitet, skape motivasjon for å ta i bruk egne ressurser, styrke selvfølelsen og brukerens evne til å mestre. Kort sagt bidra til at brukeren når rehabiliteringsmålet sitt.

– Det er ikke dyret alene som bidrar til dette, men samspillet mellom brukeren, dyret og den profesjonelle dyreassisterte terapeuten. Ved å utnytte egenskaper ved dyret, oftest hunden, får terapeuten hunden til å stimulere brukeren i rehabiliteringsprosessen, sier Christine Olsen, prosjektleder fra AntrozoologiSenteret.

## Integrert del i rehabiliteringen

Det er viktig at den dyreassisterte terapien ikke skjer på siden av den øvrige rehabiliteringen, men er en integrert del i behandlingsprosessen. Terapeuten skal være med i det tverrfaglige teamet rundt brukeren slik at de forskjellige terapeutene drar veksler på hverandre og jobber sammen med brukeren mot det samme målet.

– Dette prosjektet har gitt oss verdifull informasjon om gjennomføring av dyreassistert terapi på en rehabiliteringsinstitusjon, og vi har erfart hvilke rammer som må være tilstede for at dyreassistert terapi skal fungere optimalt, sier Olsen.

Prosjektet har resultert i et informasjonshefte som gir en grundig innføring i hva dyreassistert terapi er og anbefalinger om bruk av hund og dyreassisterte intervensjoner på institusjon.

## Utbredelse og virkningsmekanismer

Dyreassistert terapi er fortsatt ikke særlig utbredt i Norge. Etter at det ble mulig å ta videreutdanning i emnet ved Universitetet for miljø- og biovitenskap, har rundt 300 personer med pedagogisk, helse- eller sosialfaglig bakgrunn tatt utdanningen. Internasjonalt er det stort sett frivillige som utøver dyreassisterte aktiviteter, det vil si at de drar på besøk på institusjoner med kjæledyret sitt.

Dyreassistert terapi er blitt benyttet for å stimulere kognitive funksjoner og kommunikasjon, for å øke bevegelighet, selvfølelse og motivasjon, og for å bedre deltagelsen i annen behandling.

Det finnes ikke et samlet og akseptert teoretisk grunnlag for hvordan dyr kan være

terapeutiske for mennesker. Det er imidlertid en rekke virkningsmekanismer med ulike referanser.

## En historie fra praksisfeltet

Unni er 42 år da hun får hjerneslag. Etter opphold på sykehuset får hun plass på et rehabiliteringssenter. Unni er delvis lammet på venstre side. Hun sliter med angst og depresjon som følge av situasjonen sin og er lite motivert for å delta i opptrening og behandling. Unni takker ja til å prøve dyreassistert terapi som et supplement til den øvrige behandlingen. Det tverrfaglige teamet og Unni utarbeider mål for den dyreassisterte terapien. Opplegget går over seks uker og består av korte økter tre ganger i uken.

For å trene opp motorikken i den venstre hånden, øver Unni på «pinsettgrepet» ved å plukke opp godbiter og gi dem til terapihunden Lea. Til å begynne med plukker Unni opp ganske store biter, hun strekker ut hånden og gir dem til Lea som forsiktig tar i mot. Etter hvert plukker Unni opp mindre og mindre biter uten å streve så mye. Mot slutten av behandlingen kan hun trene større bevegelser som å kaste ball til Lea, som hunden rolig henter og legger tilbake i hånden til Unni. For å trene balanse og gange, fører Unni hunden til og fra behandlingsrommet hvor terapien foregår. Da jobber hun både med kognisjon og koordinasjon ved å tilpasse farten til Lea og passe på at hun ikke trækker på potene hennes når de sakte beveger seg framover. Når Unni hviler under øktene, har hun Lea tett inntil seg.

Unni ser tilbake på et fint tiltak. Hun sier at hun ble mindre deprimert, fikk bedre humør og mer selvtillit.



## REHABILITERING SOM FOREBYGGING OG BIDRAG TIL BEST MULIG SELVSTENDIGHET OG DELTAGELSE



## Skreddersydd opplegg for unge voksne

Rehabiliteringssenteret AiR, tidligere Attføringscenteret i Rauland, har lang erfaring i å hjelpe folk inn i eller tilbake til arbeid. I prosjektet Ung i rehab ble tilnærmingen og metodikken tilpasset unge voksne, alle med svært liten erfaring fra arbeidslivet.

11 unge voksne mellom 18 og 30 år fra Buskerud og Telemark har deltatt i prosjektet. Først én uke med avklaring av funksjon, så en mellomperiode på fire uker med oppfølging og deretter et opphold på AiR i fire uker. Om lag halvparten ble rekruttert til prosjektet etter initiativ fra NAV, resten fra fastleger.

Uka med avklaring av funksjon rommer bred tverrfaglig kartlegging, gruppesamtaler og forskjellige former for fysisk aktivitet og avspenning.

– Et viktig poeng er å utarbeide en individuell tiltaksplan for mellomperioden og mål for oppholdet her, sier Knut Seltveit, prosjektleder.

– Gjennom en grundig kartlegging i et ICF-perspektiv får vi god oversikt over situasjonen til den enkelte, og like viktig, brukeren blir mer kjent med sin egen situasjon.

Det legger et grunnlag for den individuelle tiltaksplanen. Unge voksne som har vært syke i perioder, ikke har fullført videregående skole og omtrent aldri har vært i arbeidslivet har ofte lavt selvbilde og har lagt framtida litt på is. I gruppesamtaler kommer ressursene deres fram, de oppdager hvilke muligheter som finnes og blir motivert til å endre livsstil, sier han.

Noen i gruppa gjenoppdaget drømmene sine og ble veldig motivert til å ta fatt på livet sitt. Det som gikk igjen var å endre døgnrytme, kosthold og sette i gang med trening.

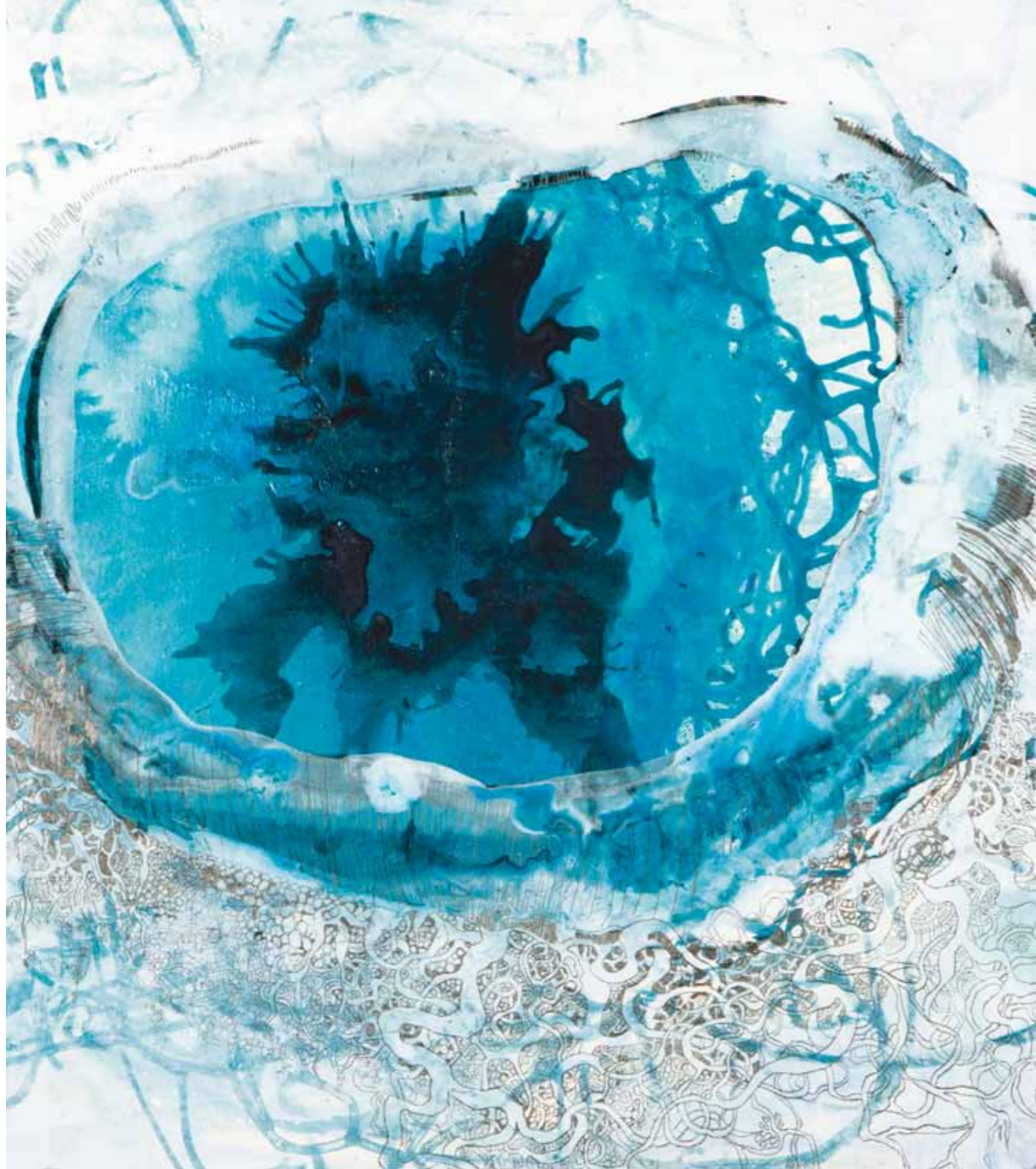
### **Bevisstgjøring gjennom «Livets tre»**

AiRs brukere innenfor arbeidsrettet rehabilitering har ofte et erfaringsgrunnlag som inkluderer arbeidslivet. Nå ble tilnærmingen annerledes, og prosjektet valgte blant annet å bruke et nytt verktøy som heter «Livets tre». Med dette verktøyet kan brukeren gjøre oppdagelser både ved seg selv og i omgivelsene sine, bli bevisst

egen identitet, hvilke verdier som er viktig, egne ressurser og hvilke ressurser som brukeren kan spille på rundt seg.

Det ble også laget individuelle tiltaksplaner med arbeid for øye. Planen inneholdt en oversikt over samarbeidspartnere og hvem som har en koordinerende rolle for oppfølging av planen. Det ble også lagt vekt på å forankre planen lokalt og med fokus på tiltak som skal gjennomføres på kort og lang sikt. Attføringskonsulenten og brukeren samarbeidet tett med NAV for å komme fram til en felles forståelse av hva som var hensiktsmessige tiltak for å komme i arbeid.

– Det er tidsperspektivet som skiller denne planen fra en ordinær individuell plan, her passet det med et kortere perspektiv. Videre oppfølging utover i 2011 vil gi oss svar på om planen har fungert for den enkelte, sier Seltveit, som legger til at alle hadde mål om å fullføre skole, utdanning eller komme i arbeid.



## Nye muligheter for personer med Huntingtons sykdom

Tilbud om kompleks rehabilitering for personer med Huntingtons sykdom er på plass ved Vikersund Kurbad og Nord-Norges Kurbad. Etter ett år med utvikling av et program for personer med denne sjeldne diagnosen, har de to rehabiliteringsinstitusjonene inngått fireårige avtaler med sine respektive regionale helseforetak.

Ingen av institusjonene hadde erfaring med Huntingtons sykdom fra før. De bygget videre på erfaringer med andre nevrologiske diagnoser som Parkinsons sykdom og slagpasienter, og justerte og tilpasset det faglige opplegget til den nye brukergruppens spesielle behov. De bygget også på erfaringer fra forskning og utviklingsarbeid gjennom det europeiske Huntington nettverket. Helsedirektoratets støtte til prosjektene har gitt ressurser til kompetanseutvikling og utprøving av ny virksomhet tilpasset norske forhold.

### Kompleks rehabilitering har effekt

– Hensikten med prosjektene har dels vært å synliggjøre pasientgruppen og dels å vise at kompleks rehabilitering, slik den ble drevet i prosjektene, har effekt. Dette er

dokumentert og brukt i forhandlingene om avtalene med de regionale helseforetakene slik at videreføring av rehabiliteringstilbudet nå er sikret for de neste fire årene. Det ble satt i gang to prosjekter for å få stort nok pasientgrunnlag, og institusjonene ble instruert til forpliktende samarbeid slik at resultatene kunne sammenliknes, sier Bodil Stokke, seniorrådgiver i Helsedirektoratet, avdeling for rehabilitering og sjeldne tilstander.

Institusjonene har hatt samme evalueringsverktøy, men noe forskjellig programinnhold. Pasientene er blitt testet med samme testbatteri og av de samme fagpersonene ved begge institusjoner, både ved ankomst og etter endt opphold. Det ble gjort for å kunne sammenlikne resultatene og gi et grunnlag for å vurdere om tilbudet skulle videreføres begge steder, og ikke minst for å registrere framgang hos den enkelte pasient.

### **Tverrfaglige team og faste kontaktpersoner**

Til sammen har 25 personer med Huntingtons sykdom vært gjennom programmet ved de to institusjonene. Tre opphold for grupper på seks personer over tre uker i løpet av året. Alle er blitt fulgt opp under oppholdene av tverrfaglige team. I teamene var det sykepleier, hjelpepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, logoped, lege, vernepleier, sosionom, nevropsykolog, ernæringsfysiolog og treningsinstruktør, hvem som deltar varierer noe mellom institusjonene. Begge steder har pasientene fast kontaktperson under oppholdet.

Ved Vikersund Kurbad følger kontaktpersonen opp pasientene i hjemkommunen

mellom oppholdene og sørger for forankring i det lokale hjelpeapparatet. Nord-Norges Kurbad har en litt annen rutine, der får pasienten tilbud om hjemmebesøk og oppfølging lokalt av kontaktpersonen etter siste opphold.

– På hjemmebesøket kan kontaktpersonen delta på ansvarsgruppemøte, komme med innspill til individuell plan og møte pårørende. Etter hvert opphold får pasientene med seg sitt eget treningsprogram og en skriftlig anbefaling om hva man bør følge opp i hjemkommunen. Vi er også i kontakt med pårørende telefonisk ved behov, sier Anu Piira, prosjektleder ved Nord-Norges Kurbad.

### **Pårørende – en nøkkelrolle**

Begge prosjektlederne fremhever betydningen av å inkludere pårørende i rehabiliteringsprosessen.

– Å snakke med de pårørende alene er viktig, det skyldes at pasienter med Huntingtons sykdom ofte mangler innsikt i egen situasjon. De pårørende er gode kilder som vet hvor skoen trykker. De pårørende deltar de tre–fire første dagene ved det første oppholdet, sier Anne Hertzberg, prosjektleder ved Vikersund Kurbad.

Gjennomsnittsalderen på deltakerne var over 50 år, men aldersspennet var stort. Ved Vikersund Kurbad var deltakerne mellom 35 og 83 år og ved Nord-Norges Kurbad mellom 23 og 69. Til tross for dette aldersspennet var pasientene i tidlig til moderat sykdomsutvikling, så alder forteller lite om hvor i sykdomsforløpet pasienten er.

Nesten alle var kommet så langt i sykdomsforløpet at de var uføretrygdet eller hadde andre typer stønader.



– I år har vi ambisjoner om å nå fram til personer med Huntingtons sykdom som er i ordinært arbeid. Da kan vi bistå tidlig i forløpet med en tilpasset arbeidssituasjon slik at de kan stå lenger i arbeid, sier Hertzberg.

### Ekstern drahjelp

Begge institusjonene har fått drahjelp fra Senter for sjeldne diagnoser (SSD), Oslo Universitetssykehus, og fra brukerforeningen, Landsforeningen for Huntingtons sykdom (LHS). SSD har deltatt i forberedelsene til programmet med rådgivning og undervisning for å bygge opp diagnoserettet kompetanse blant ansatte om Huntingtons sykdom i en tidlig fase. Både SSD og LHS har også deltatt under oppholdene med undervisning til pasienter og pårørende.

LHS har sørget for rekruttering til programmet. Foreningens folk har gitt de ansatte innsikt i hvordan det er å være ektefelle og leve med en person med Huntingtons sykdom, hvordan det er å ha søsken og foreldre med sykdommen, og vokse opp med en mor eller far som mer og mer mister evnen til å gi omsorg.

– Brukerrettet informasjon er gull verdt, det er bare å spisse ørene og være lydhør, sier Hertzberg.

### Likeverdig tilgang til helsetjenester

Brukerforeningen har gjennom mange år dokumentert behov og arbeidet for bedre helse- og omsorgstilbud for denne diagnosegruppen. Den har aldri tidligere hatt tilbud om fysisk og tverrfaglig rehabilitering, og det har vært lite kunnskap om at

personer med Huntingtons sykdom kunne ha nytte av den type programmer som er utviklet nå. Systematisk trening og støtte til å utvikle bedre rutiner for mestring av dagliglivet viser at pasientene utvikler bedre fysisk form og nye mestringsstrategier.

– Dette programmet er et stort framskritt. Det er viktig med tiltak som gir håp og mulighet for bedre mestring av egen situasjon, uttaler foreningen. Tilbakemeldingene på programmet fra både pasienter og pårørende er god.



## Rapportering Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2009

### 1. RIKTIG PRIORITERING

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten skal bidra til bedre koordinering av feltet	Rådet behandlet i 2009 og 2010 en sak med tittel Rehabiliteringsprosesser for ungdom/unge voksne med særlige helsetjenestebehov. Se nærmere beskrivelser under punkt 8.
Riktigere prioriteringer i helsevesenet – utarbeide veileder for fagfeltet fysikalsk medisin og rehabilitering	Prioriteringveileder for habilitering av barn i spesialisthelsetjenesten og Prioriteringsveileder for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten ble utgitt i 2010. Alle tre prioriteringsveilederne innen re-/habiliteringsfeltet er under implementering.
Utarbeide en handlingsplan for habilitering av barn og unge	Planen ble utgitt i 2009 og inneholder forslag til 24 tiltak. Vel halvparten av tiltakene er påbegynt i 2010, blant annet kartlegging av situasjonen til barn og unge med sansetap i kommunene, habiliterings- og rehabiliteringstilbud til unge voksne ved

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
	private rehabiliteringsinstitusjoner, egne helsefremmende og forebyggende tiltak for barn og unge med funksjonsnedsettelse, veileder for habilitering av barn, ungdom og unge voksne. Egne tilskuddsmidler til utvikling av habiliteringstjenester for barn og unge ble lyst ut og fordelt på 21 prosjekter der flere må følges opp i 2011. I utviklingen av tiltaket er det foretatt en vurdering av de allerede eksisterende tjenestene for de aktuelle barn og ungdommer for å ta stilling til muligheten for å videreutvikle disse til også å kunne være av helsefremmende og forebyggende karakter. Prosjektene er omtalt på Helsedirektoratets hjemmeside.
Tilrå hvordan tilbudet om rehabilitering til synshemmede bør utvikles	Det vises til punkt om rehabilitering av synshemmede nedenfor.
Omsorgsplan 2015	Revidering av Omsorgsplan 2015 ble gjennomført våren og sommeren 2010 og beskriver utfordringsbildet, forslag til tiltak og kostnadsberegninger, herunder forslag til tiltak vedrørende habilitering og rehabilitering: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det foreslås å avsette midler til utarbeidelse av en delplan/veileder eller et opplæringsprogram</li> </ul>

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
	<p>for alle målgrupper som har behov for tjenester i hele eller store deler av livet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeidet med Nevroplan 2015 er iverksatt i 2010 med frist 1/3 2011. Planen er en delplan til Omsorgsplan 2015. Direktoratets rapport skal danne bakgrunnen for Helse- og omsorgsdepartementets Nevroplan.</li> <li>• Tiltak under strategien «Partnerskap med familie og lokalsamfunn» retter seg mot ulike målgrupper.</li> <li>• I 2010 er Høgskolen i Bergen tildelt midler til desentralisert videreutdanning i organisering og veiledning av støttekontakter, avlastere og frivillige. I 2010 var det totalt 100 søkere til Bergen, Oslo og Trondheim.</li> <li>• Prosjekt Servicehunder har som formål å prøve ut om servicehund bidrar til økt selvstendighet og bedre livskvalitet for personer med nedsatt funksjonsevne.</li> </ul> <p>Det utarbeides egen årsrapport for 2010 på tiltakene i Omsorgsplan 2015.</p>
<p>Gi råd om hvordan helse-tjenesten bør organiseres for å sikre at effektive tjenester gjøres likeverdig tilgjengelig for befolkningen. Dette vil i første omgang gjelde slagbehandling og integrert rehabilitering av eldre</p>	<p>Det er utarbeidet veileder og brosjyre om slag samt retningslinjer for slagbehandling i 2010.</p>

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
<p>Nasjonale nettsted om rehabilitering</p>	<p>Helsedirektoratets hjemmesider har relevant informasjon som blant annet omfatter lov- og regelverk, publikasjoner, nasjonale planer og strategier, og de formidler gode eksempler.</p>
<p>HOD ber Helsedirektoratet om å utarbeide en tverrfaglig og tverretatlig handlingsplan for rehabilitering av synshemmede</p>	<p>En nasjonal tverretatlig og tverrfaglig arbeidsgruppe for området rehabilitering av synshemmede har igangsatt en rekke tiltak for samhandling, kompetanseheving og informasjon, bl a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brosjyren «Kan det være synet?» IS-1791 er distribuert til aktuelle kommunale, statlige og private instanser og som et ledd i Fylkesmennenes oppdrag om spredning av informasjon om tjenester til synshemmede.</li> <li>• Helsedirektoratet har gitt midler til prosjektet «Styrking av kommunal kompetanse på sanse- og tapområdet gjennom tverretatlig samhandling» mellom i hovedsak Koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i kommunene, spesialisthelsetjenesten og NAV Hjelpemiddelsentral. Arbeids- og velferdsdirektoratet gjennomfører prosjektet.</li> <li>• Prosjektet «Utvikling av tiltakskjeder for personer som blir synshemmet i yrkesaktiv alder» ved Huseby kompetansesenter er finansiert ved midler fra Helsedirektoratet.</li> <li>• Det er lagt vekt på tiltak for kompetanseheving og informasjon om visuelle vansker som følge av neurologiske skader og sykdommer. Høgskolen</li> </ul>

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
	<p>i Bergen har fått midler til en informasjonsfilm om nevrologisk betingede synsvansker og opplæring og rehabilitering.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Egne tilskuddsmidler til styrking av rehabiliteringstilbud til mennesker med synshemming ble lyst ut og er fordelt til seks prosjekter.</li> </ul>
HOD vil vurdere å sette i gang en kartlegging av logoped- og audiopedagogtjenesten i samarbeid med KD og i den sammenheng vurdere betalingsordninger	Direktoratet oversendte i 2009 forslag om refusjonsordning for utgifter til logoped- og audiopedagogbehandling til HOD. Det er ikke blitt arbeidet med dette i 2010.
Gjennom styringsdokumenter følge opp Helsetilsynets rapport fra landsomfattende tilsyn i 2006 med habiliterings-tjenester til barn	Rapporten vurderes i arbeidet med veileder om habilitering av barn og unge.
HOD vil ha oppmerksomhet på helseoppfølgingen for personer med psykisk utviklingshemning	Det er gitt støtte til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse til utarbeidelse av program for helseoppfølging av personer med utviklingshemning som skal lanseres i 2011. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU) har utarbeidet et nettbasert opplæringsprogram om helsemessig oppfølging av personer med utviklingshemning for ansatte i kommunene.

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
	NAKU koordinerer også Nasjonalt fagnettverk om utviklingshemning og psykiske vansker. Helse- direktoratet følger opp flere tiltak med informasjon og utviklingsprogram om utviklingshemning.

### Særlige strategier og planer

#### *Nasjonal strategi for KOLS-området 2006–2009*

Nasjonalt kolsråd er et fagråd bestående av 20 personer oppnevnt av Helsedirektoratet til å gi råd for gjennomføringen av Nasjonal Strategi for kols-området 2006–2011. Rådet består av representanter fra brukerorganisasjoner og minoritetsgrupper, sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut og leger. Rådet har sekretariat i folkehelsedivisjonen avd. Grupperettet folkehelsearbeid. I 2010 avholdt rådet 4 ordinære møter og markerte verdens kolsdag 17. november med en «demonstrasjon» utenfor Stortinget med politikere fra helse- og omsorgskomiteen som tilskuere. Slagordet var «Røykfri ungdom i 2020!». Rådets leder og nestleder møtte statsråden i februar. Rådet ga i 2010 blant annet høringssvar og innspill til ny Nasjonal helse- og omsorgsplan, arbeidsgruppens utkast til nye faglige retningslinjer for diagnostisering og behandling av kols og HODs utkast til ny nasjonal tobakksstrategi. Rådet ønsker å bli brukt mer aktivt av Helsedirektoratet. Rådets årsrapport har websak id: 11/1979.

#### *Opptappingsplan for rusfeltet*

Opptappingsplanen for rusfeltet gir rammene for regjeringens politikk på området og er forlenget med to år, ut 2012. Å forebygge at rusmiddelproblemer oppstår er det beste for individ og samfunn. Dette er ett av fem hovedmål i Opptappingsplanen for rusfeltet (2008–2010). Gjennom arbeidet med denne planen skal også kvaliteten og kompetansen i rusfeltet heves, og mennesker med rusmiddelproblemer oppdages – og få hjelp – så

tidlig som mulig. Planen har mål om bedre samhandling både på systemnivå og på individnivå. Sist, men ikke minst, brukerne og pårørende skal gis økt innflytelse, og barn og søsken av rusmiddelavhengige skal ivaretas bedre. Målene i planen samsvarer dermed godt med intensjonene i Samhandlingsreformen. Planen er omfattende og har 147 tiltak fordelt på 5 mål og 23 delmål. Ansvar for å iverksette tiltakene er fordelt mellom åtte departementer. Helsedirektoratet har ansvar for fire av ti tiltak og utgir i tillegg en årlig statusrapport for hele planen. Statusrapporten for Opptappingsplanen for rusfeltet for 2009 og erfaringer fra 2010 viser at ni av ti planlagte tiltak er påbegynt, og at mange allerede er gjennomført. Opptappingsplanen har bidratt til å sette fokus på forebygging, behandling og rehabilitering, kompetanse og kvalitet i kommuner og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det skal lages en egen stortingsmelding om ruspolitikken i løpet av 2011. Stortingsmeldingen skal oppsummere erfaringer med dagens opptappingsplan, følge opp Stoltenbergutvalgets rapport og behandle hovedutfordringer og strategier for ruspolitikken. Samhandlingsreformens forslag om økt satsing på kommunene og forebygging vil ha relevans for meldingens innhold. I påvente av stortingsmeldingen har regjeringen altså besluttet at opptappingsplanen for rusfeltet skal forlenges med to år.

#### *Strategiplan for diabetes 2011*

En brukerversjon av Nasjonale retningslinjer for diabetes ble lansert i desember. Det er første gang det lages en brukerversjon av retningslinjer. Det er gitt tilskudd til diabetesforeningen til «Diafon» (informasjonstelefon), og motivasjonskurs er videreført i 2010. Helsedirektoratet har ansatt en prosjektdirektør som følger gjennomføringen av strategien.

#### *Nasjonale strategier for kreftområdet 2006–2011*

En kartlegging av tilbudet om rehabilitering i kommuner til personer som har hatt kreft, har kreft eller lever med kreft er gjennomført og forventes ferdig våren 2011. Kartleggingen inngår i en større rapport om rehabilitering og kreft.

## 2. POLITISK STYRING

I Prop 1 S (2009–2010) fra Helse- og omsorgsdepartementet inngår et eget kapittel om Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering som gir status halvveis i perioden og legger føringer for 2010 og 2011.

## 3. BRUKERMEDVIRKNING

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
Større bevissthet om pårørendes rolle	Rundskrivet «Barn som pårørende» omhandler nye lovbestemmelser. Innholdet skal gi nødvendig informasjon til helsepersonell som har ansvar etter bestemmelsene. Stoffet er forsøkt presentert slik at det kan brukes som en veileder for helsepersonell som har plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende (IS-5/2010). Det ble også laget en informasjonsbrosjyre til barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige eller alvorlig somatisk syke eller skadde. Den har tittelen «Mor/far er syk» (IS-1811).
Brukerorganisasjonene skal trekkes aktivt med i oppfølgingen av strategien	Brukerorganisasjonene har deltatt i arbeidet med å gjennomføre ulike tiltak i strategien. Eksempel på dette er planlegging og gjennomføring av tiltak knyttet til ReHabuka, planlegging av seminaret Ut av uføret, deltakelse i arbeidsgruppen om syn, arbeidsgrupper for veilederne om habilitering av barn, ungdom og unge voksne.

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
Utvikling av lærings- og mestringssentre. Det skal tilstrebes å vinne erfaringer med nye former for lærings- og mestringssentre. Erfaringene skal benyttes både i det departementsforankrede oppfølgingsarbeidet og i oppfølgingen av den nasjonale samarbeidsavtalen.	Utvikling av modell for mestringskurs til personer med lett grad av utviklingshemning og/eller personer med utviklingsforstyrrelser er gjennomført i Helse Bergen HF. Rapporten ble ferdigstilt i 2010. Noen av prosjektene som har fått støtte gjennom midlene til lokalmedisinske sentre, har hatt utvikling av lærings- og mestringsstilbud i kommunene som tiltak.
Likemannsarbeidet skal gis økt fokus	På oppdrag for Helse Bergen HF har Rambøll utarbeidet rapporten «Tilskuddsordninger som omhandler hvordan små og sjeldne brukergrupper kan oppnå statsstøtte til organisasjonsarbeid». Bakgrunnen for rapporten er at det er svært mange grupperinger i dag som er for små til å fylle kriteriene for driftstilskudd fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Helse Bergen HF har sammen med Hørselshemmedes landsforbund planlagt tiltak for samarbeid mellom forbundets hørselshjelpere og kommunale hørselskontakter.

#### 4. SAMARBEID PÅ TVERS AV DEPARTEMENTS- OG DIREKTORATSOMRÅDER

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
<b>Intern koordinering i Helse Bergen HF</b>	
Avdelingsdirektørgruppe i Helse Bergen HF for koordinering av arbeidet med å følge opp habiliterings- og rehabiliteringsfeltet herunder Nasjonal strategi	Rehabiliteringsstrategien har i 2010 blitt fulgt opp av Rehabiliteringsforum bestående av avdelingsdirektører fra alle aktuelle avdelinger. Rehabiliteringsforum har blitt ledet av divisjonsdirektør for spesialisthelsetjenesten og har hatt månedlige møter.
Saksbehandlergruppe – rehabiliteringsstrategi	Ingen aktivitet i 2010.
Forum for rehabilitering – divisjonsdirektører	Forumet ble nedlagt etter en intern omorganiseringsprosess i 2009.
<b>Ekstern koordinering</b>	
Direktoratsnivå	Direktoratsforum med representanter fra fire direktorater ble etablert i 2008, der også representanter fra KS, FFO og SAFO deltok. Det har ikke blitt avholdt møter i direktoratsforumet i 2010. Det har imidlertid vært samarbeid mellom direktoratene på flere satsninger, blant annet arbeidet med veilederen for habilitering av barn, ungdom og unge voksne, arbeidsgruppen om synshemninger og Prosjekt familieveiviser.

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
ReHabuka 2010	ReHabuka ble gjennomført i uke 43, og Helse-Nord RHF, ved deres regionale koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, hadde ansvaret for den nasjonale gjennomføringen. Helsedirektoratet bevilget midler til dette. Tema var «Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering binder tjenestene sammen». Helse-direktoratet utlyste tilskuddsmidler til kommunene for å stimulere til aktiviteter og markeringer knyttet til temaet for ReHabuka. Ca. 50 kommuner fikk tilskudd til et mangfold av tiltak for å synliggjøre koordinerende enhets rolle og funksjon for samarbeidspartnere og publikum. Mange hadde et bredt tverrfaglig og tverrsektorielt fokus, og arbeidet med individuell plan stod sentralt. Regionale konferanser om koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering omtales under punkt 5. Helsedirektoratet arrangerte seminaret Ut av uføret.
Bidra til lokal samhandling mellom spesialisthelsetjenester og NAV	Lokal samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og NAV har vært tema for regionale konferanser om koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Det samme gjelder den nasjonale konferansen om rehabilitering med arbeid som mål, Åpen arena, i regi av Attføringscenteret i Rauland.

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
Styrke bruk av IKT mellom kommuner, spesialisthelsetjenesten og arbeids- og velferds-tjenesten – helsenett	Stadig flere kommuner benytter helsenettet til elektronisk kommunikasjon. Det har gjennom 2010 vært en voldsom økning av bruken av elektronisk innsending av sykemeldinger og legeerklæringer til NAV og elektronisk innsending av legeoppgjør til HELFO. Pr. 1. september 2010 kan 1757 legekontorer (4390 enkeltleger) sende inn elektroniske sykmeldinger/ legeerklæringer. Dette utgjør 78,8% av alle legekontorer. Andelen sykmeldinger som sendes elektronisk fra legekontor var pr. 1. september 72%. Når det gjelder elektronisk innsending av legeoppgjør, sendte rett i overkant av 85% av de privatpraktiserende fastlegene elektroniske oppgjør pr. september 2010. Legger man andel allmennleger (privatpraktiserende fastleger, kommunalt ansatte fastleger og legevakt) til grunn, er andelen ca. 65%. Ca. 55% av avtalespesialistene sender oppgjør elektronisk. Andel regninger som sendes helelektronisk var i september 2010 ca. 82%.
<b>5. INDIVIDUELL PLAN OG KOORDINERENDE ENHET</b>	
NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
Nasjonale rammeavtale for samhandling	Det har ikke vært aktivitet i 2010. Avtaler om samhandling og helse- og omsorgstjenester har skjedd under tiltaket Samhandling og lokalmedisinske sentre, eksempelvis erfaringskonferansen Helse-direktoratet arrangerte i november.

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
Publikasjoner og foredragsvirksomhet omkring individuell plan og koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering	Oppdatert veileder for individuell plan ble gitt ut i januar 2010. Veilederen er fremdeles meget populær, og Helsedirektoratet trykker stadig opp nye eksemplarer. Helsedirektoratet deltok med foredrag på en rekke kurs og konferanser i 2010. En undersøkelse om koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene ble sluttført i 2010. Fem kommuner var med i denne kvalitative undersøkelsen som synliggjorde faktorer og rammebetingelser for gode koordinerende enheter. Sluttrapporten «Perspektiver på god praksis» ble publisert i januar. Rapporten «Knutepunkt for koordinering», som gir en nærmere presentasjon av de fem kommunene, ble gitt ut i forbindelse med ReHabuka. IS-1842 Sjelden tilstand; med støtte og vilje til å forstå, kan hverdagen bli bra! ble utgitt. Heftet ble også utgitt i en kortform i forbindelse med ReHabuka.
En skjerping av fylkesmannens oppfølging av kravene til koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering samt oppfølging av individuell plan	Fylkesmennene fikk i oppdrag å arrangere regionale konferanser for formidling av nasjonale føringer og utveksling av gode eksempler. Det ble arrangert 9 konferanser fra nord til sør, de fleste i ReHabuka. De samlet til sammen omkring 1000 deltakere. Helsedirektoratet hadde foredrag på samtlige. Helsedirektoratet har gitt Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i oppdrag å oppsummere tilbakemeldinger fra deltakerne på konferansene. Rapporten kommer i 2011.

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
Opplæring av brukere i individuell plan	Det har ikke vært gjennomført målrettede tiltak fra Helsedirektoratet i 2010. Det er imidlertid gitt midler til ulike satsninger og tiltak gjennom andre tilskuddsordninger som også har satt tema opplæring av brukere på dagsorden. Flere av pilotprosjektene i Prosjekt Familieveiviser har gjennomført slik opplæring.
Utvikling av kvalitetsindikatorer som fanger opp samhandling og helhetlige behandlingsforløp	Helsedirektoratet har som fagmyndighet utarbeidet et rammeverk for indikatorer på kvalitet i habilitering og rehabilitering. Dette beskrives i IS-1878 som ble publisert i 2010.
AID skal utarbeide forskrift om individuell plan	Forskrift med hjemmel i NAV-loven kom i november.
Undersøkelser og kartlegginger	Helsedirektoratet har finansiert følgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agderforsknings FOU-rapport «Plan med plan» som kom i september. Rapporten handler om bruk av individuell plan i individuelt oppfølgingsarbeid. Undersøkelsen er basert på en kartlegging i 5 kommuner i Agderfylkene.</li> <li>• NOVAs rapport «Funksjonsnedsettelse, oppvekst og habilitering».</li> <li>• Synovates rapport «Fastlegenes oppfatninger av rehabiliteringstilbudet for ungdom og unge voksne med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne».</li> </ul>



NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapporten «Barrierer mot deltakelse» fra NTNU Samfunnsforskning AS.</li> <li>• Rapporten «Knutepunkt for koordinering», Helsedirektoratet.</li> <li>• Rapporten «Perspektiver på god praksis, undersøkelse om suksesskriterier for gode koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i kommunene», Rambøll.</li> <li>• Rapporten «Undersøkelse om de kommunale hørselskontaktene», Synovate.</li> </ul>

## 6. PRIVATE REHABILITERINGS-INSTITUSJONER

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
Gjennomgang av private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner	Rapporten «Gjennomgang av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten – hvilke oppgaver kan vurderes overført til kommunene?» ble publisert av Helsedirektoratet. Dette er en oppfølging av samhandlingsreformen med en utredning om hvilke typer rehabiliteringsoppgaver som kan overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Rapporten er basert på en gjennomgang av Norsk pasientregister og legger særlig vekt på tilbud til eldre, lærings- og mestrings-tilbud og polikliniske tilbud.

## 7. LEON-PRINSIPPET

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
En samlet gjennomgang og oppfølging av rettsbestemmelser på feltet	Rapporten ble ferdigstilt i februar 2010 og er oversendt HOD.
Gi tilskudd til videreutdanning i rehabilitering for helse- og sosialpersonell	17 pedagoger med etterutdanning om tinnitus ble uteksaminert våren 2010. Helsedirektoratet deltok på rapporteringsseminar i november.

## 8. FAGLIG KVALITET OG STATUS

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
Bidra til bedre statistikkgrunnlag	Helsedirektoratets henvendelse til Medisinsk fødselsregister om rapportering fra screening av nyfødte for å avdekke hørselstap, viste at innrapporteringen hadde vært særdeles mangelfull.
Utvikle kvalitetsindikatorer	I 2010 har det vært gjennomført et arbeid for å få på plass et «Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem» både for spesialist- og primærhelsetjenesten. Dette rammeverket skal benyttes i det videre arbeidet med utviklingen av konkrete kvalitetsindikatorer for habilitering og rehabilitering.

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
Følge opp avtale mellom KS og HOD om kvalitetsutvikling	Helsedirektoratet har en arbeidsgruppe sammen med Kommunenes Sentralforbund vedrørende kvalitetsavtalen og deltok i konsultasjonsmøter mellom HOD og KS.
Offentlig utvalg på hjelpemiddelområdet	Helsedirektoratet har hatt to representanter i utvalget og avgitt høringssvar på NOU 2010:5. Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering. Et helhetlig hjelpemiddeltilbud.
Gjennomgå legenes spesialistutdanning med henblikk på å sikre nødvendig kompetanse innen hab/rehab og samhandling, rus, psykiatri etc.	Dette arbeidet er ikke kommet i gang.
Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, fokus på rehabilitering	Ingen rapportering for 2010.
Ta initiativ til at Nasjonal enhet for pasientsikkerhet etablerer et prosjekt for å avdekke uønskede hendelser innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet	Ingen rapportering for 2010.

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
Sammenstilling av kunnskap om habiliterings- og rehabiliterings-tjenester og -prosesser	Se punkt over om undersøkelser og kartlegginger.
Etablere medisinske kvalitetsregistre for enkelte pasientgrupper, for eksempel pasienter med hjerneslag	Det har ikke vært arbeidet med kvalitetsregistre innen rehabilitering i 2010. Norsk pasientregister har utarbeidet en strategi for kvalitetsforbedring som omfatter rehabilitering.
Styrke forskning gjennom etablerte systemer	Norges forskningsråd har utlyst midler gjennom programmet Helse- og omsorgsforskning.
Vurdere behov for nasjonale retningslinjer	I 2010 er det utgitt nasjonale veiledere for barnehabilitering og voksenhabilitering. Det har vært arbeidet med oppfølgingsveileder for velocardiofacialt syndrom, og det er arbeidet med nasjonal veileder om habilitering for barn, unge og unge voksne.
Etablere koordinerende instans i Helsedirektoratet for å implementere ICF. Innføring av HRRP – prosedyrekodeverk for habilitering og rehabilitering	Arbeidet med ICF koordineres gjennom samarbeid i Helsedirektoratet. Hovedvekten er i 2010 lagt på bedre forståelse av ICFs begrepsapparat og terminologi. Forholdene ligger ennå ikke til rette for obligatorisk bruk av kodeverket ved rapportering til NPR. Helsedirektoratet har deltatt i samarbeid med WHO om utvikling av kjernesett på 4 fagområder. Barneversjonen ICD-CY er oversatt til norsk og er

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
	tilgjengelig på nett. Helsedirektoratet har bidratt til undervisningsmaterieell for utdanning ved universitet og høyskoler, og det er holdt konferanse for personell med ansvar for utdanning. Arbeidet med prosedyrekodeverk koordineres av de samme avdelingene som for ICF. Prosedyrene er innarbeidet i Norsk klassifikasjon for medisinske prosedyrer og ble fra 1. januar 2010 obligatorisk for rapportering fra habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Kodeverket blir justert og oppgradert i 2011 med virkning fra 2012.
Fremme forslag om at Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten tar likeverdighet og kvalitet innenfor habiliterings-tjenestene opp som sak	Rådet behandlet i 2009 og 2010 en sak med tittel Rehabiliteringsprosesser for ungdom/unge voksne med særlige helsetjenestebehov. Rådet konkluderte med at det er behov for å styrke tjenestens kvalitet, blant annet ved å styrke kunnskapsgrunnet. Rådet anbefalte at ungdom og unge voksne perspektiv og rehabiliteringsutfordringer skal omtales og ivaretas ved utvikling av veiledere, retningslinjer, planer osv. Rådet ba om å bli forelagt status fra Helsedirektoratet for hvordan arbeidet med Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008–2011) er fulgt opp, og særlig hvordan arbeidet med barn/unge er ivaretatt.

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
Veileder for voksenhabiliteringstjenesten	Det er arbeidet med implementering av veileder for voksenhabiliteringstjenesten i samarbeid med blant annet arbeidsutvalget for voksenhabiliteringstjenesten.
Rehabilitering av ungdom – unge voksne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Initiativ overfor de regionale helseforetakene om felles aldersgrenser og samarbeidsoppgaver for norske barne- og ungdomsklinikker/-avdelinger.</li> <li>• Bruk av dyreassistert terapi i rehabilitering av ungdom og unge voksne er et prosjekt i samarbeid med AntrozologiSenteret og Cato-senteret. Dette har resultert i en brosjyre med anbefalinger om bruk av hund og dyreassisterte intervensjoner på institusjon.</li> <li>• Utarbeidelsen av Nevroplan, som en delplan under Omsorgsplan 2015, er påbegynt i 2010.</li> <li>• Prosjekt Ungdom i svevet 2007– 2010 (også kjent som Nordlandsprosjektet). Prosjektets overordnede mål har vært å kartlegge, prøve ut, dokumentere og formidle kunnskap om virksomme tilnæringsmåter, metoder og samarbeidsformer overfor ungdom som er i risikozonen.</li> <li>• Fritid for alle i det kommunale rusarbeidet. I 2010 mottok 14 kommuner og bydeler tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet til å ta i bruk metoden Fritid med bistand i sitt kommunale rusarbeid.</li> <li>• Innenfor tilskuddsordningen for omstilling av de private rehabiliteringsinstitusjonene i Norge fikk</li> </ul>

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
	<p>åtte prosjekter i 2010 støtte til å utvikle innhold og metoder i rehabiliteringstilbudet til unge brukere. Stikkord i prosjektene har vært brukermedvirkning, overgangsfaser utdanning-arbeid, livsstilsendring, nettbasert oppfølging og samarbeid spesialisthelsetjenesten/lokale aktører.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barn, unge og voksne med kroniske sykdommer og funksjonshemminger kan ha kompliserte og sammensatte behov som gjør at de trenger tett og regelmessig oppfølging av sin tannhelse. Forebygging av sykdommer i munnhulen er viktig, men også å diagnostisere og behandle sykdom og avvik tidlig nok. Flere av disse personene trenger ekstra hjelp til munn- og tannstell. Nedsatt motorikk, økt sensibilitet i munnhulen og nedsatt spyttsekresjon på grunn av medikamentbruk kan øke risikoen for å utvikle karies (tannråte) og eventuelt andre munnhulelidelser. Både helsepersonell og tannhelsepersonell fra den offentlige tannhelsetjenesten trenger opplæring og fokus på Individuell plan. Tannhelsetjenesten kan også initiere til bruk av Individuell plan der dette er behov for sett ut fra et munnhelseperspektiv.</li> </ul>

## 9. VERDIGRUNNLAGET FOR HABILITERING OG REHABILITERING

Se innledningen i heftet

## 10. REHABILITERING SOM FOREBYGGING OG BIDRAG TIL BEST MULIG SELVSTENDIGHET OG DELTAKELSE

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
Aktiv omsorg I-5/2007	Gjennom Embetsoppdraget for 2010 har direktoratet gitt fylkesmannen i oppdrag å ha økt fokus på aktiv omsorg som en sentral del av et helhetlig omsorgstilbud (86.8 i Embetsoppdraget). I tillegg benytter direktoratet aktuelle møteplasser til å påpeke innholdet i rundskriv I-5/2007.
Helsedirektoratet skal etablere og drifte en erfaringsbank for helse- og sosialpersonell, brukere og pårørende	Helsedirektoratet har etablert en temaside på sine nettsider som inneholder kunnskap, statistikk, metodikk og erfaring fra helse- og omsorgstjenestene. Siden er ment å være en verktøykasse for ansatte i sektoren, men også brukere og pårørende vil kunne finne mye nyttig informasjon.
Systematisere erfaringer fra prosjekter innenfor arbeidsrettet rehabilitering i sykefraværsprosjektet	Sykmelderprosjektet er en videreføring av Mykletunutvalgets anbefalinger om å styrke den faglig veiledningen til, opplæringen av og tilbakemeldingen til sykmeldere. Det er nedsatt arbeidsgrupper i regi av Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet som skal sørge for at opplæring og bedre faglige beslutningsverktøy er tilgjengelig for alle sykmeldere fra 1/7 2011.

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
Strategiplan for arbeid og psykisk helse	Helsedirektoratet har hatt ansvar for FoU-tiltak i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet og Oslo universitetssykehus HF om (videre) utvikling av metode i skjæringspunktet mellom behandling og arbeidsrettet rehabilitering. I arbeidsrehabilitering for personer med psykoselidelse (Jobbmestrende oppfølging) er målet at flere mennesker med alvorlig psykisk lidelse skal komme i jobb og beholde tilknytningen til arbeidslivet. Senter for jobbmestring er etablert i 6 fylker fra 2008 (Oslo, Akershus, Hordaland, Sør-Trøndelag, Troms og Østfold). Fokus er metodeutvikling og å trekke opp grensen for behandling og jobbmestrende veiledning. Tilbudet innebærer symptom-mestrende veiledning (basert på kognitiv terapi) kombinert med oppfølging og ofte tilrettelegging i arbeid (basert på IPS-modellen). Dette er korttidstiltak med tilbud om 4–15 konsultasjoner og eventuelt oppfølging fra jobbkonsulent.
Videreutvikle tilbud om opptrening og funksjonsvurdering – deltakelse i arbeidslivet	Se blant annet rapporteringen nedenfor.

NASJONAL STRATEGI	AKTIVITETER
Raskere tilbake	<p>Raskere tilbake er en ordning i regi av de regionale helseforetakene og driftes etter plan og budsjett for 2010. Det har i 2010 vært økt fokus på evaluering av ordningen – i den sammenheng har Samfunns- og Næringsforskning AS (SNF) gjort en vurdering av samfunnsøkonomisk nytte basert på tall fra 2008. Evalueringen viser liten effekt på sykefraværet, men det er knyttet usikkerhet til tallmateriale og relevans for ordningen pr. idag. Det er gitt råd om prioritering av de største gruppene av sykmeldte, samt vektlegging av behovskartlegging og evaluering i videreføringen av ordningen i 2011. En arbeidsgruppe bestående av fagfolk fra både arbeids- og helsesiden har belyst «gråsoner» i Raskere tilbake og har foreslått tiltak som er under oppfølging.</p> <p>Prosjektet har i 2010 gitt tilskudd til totalt 37 prosjekter fordelt på 27 institusjoner i alle helse-regioner. Som tidligere er mange av omstillingsprosjektene knyttet opp mot de regionale helseforetakenes behov og ansvarsområde, men det er også samhandlingsprosjekter rettet mot kommuner og NAV. 16 av de nye prosjektene i 2010 er innrettet mot rehabilitering med arbeid som mål, og i tillegg pågår det relaterte prosjekter på overførte tilskuddsmidler. På Helsedirektoratets hjemmeside – under «Habilitering og rehabilitering» – er det lagt ut en fullstendig oversikt over alle prosjektene som har fått tilskudd i 2010.</p>



## HELSEDIREKTORATETS PUBLIKASJONER UTGITT 2010

- IS-0288 Perspektiver på god praksis – en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner. Rapport, januar 2010
- IS-1688 Behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Nasjonale faglige retningslinjer
- IS-1674 Diabetes – forebygging, diagnostikk og behandling. Nasjonale faglige retningslinjer
- IS-1694 Diabetes – forebygging, diagnostikk og behandling. Kortversjon av nasjonale faglige retningslinjer
- IS-1791 Kan det være synet? Brosjyre
- IS-1801 Behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Kortversjon av nasjonale faglige retningslinjer
- IS-1811 Mor/far er syk. Informasjonsbrosjyre
- IS-1817 Gode overganger. Eksempler fra fire kommuner. Rapport, juni 2010
- IS-1820 Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten. Prioriteringsveileder
- IS-1821 Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten. Prioriteringsveileder
- IS-1822 Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten. Veiledertabell
- IS-1823 Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten. Veiledertabell
- IS-1826 Hva skjedde i 2009? Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011
- IS-1835 Oppfølging av rettsbestemmelser innenfor helse- og sosialområdet som har særlig stor betydning for rehabiliteringsområdet. Rapport, mars 2010
- IS-1841 Knutepunkt for koordinering. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i fem kommuner. Rapport
- IS-1842 Sjelden tilstand. Med støtte og vilje til å forstå, kan hverdagen bli bra! Rapport
- IS-1878 Rammeverk for kvalitetsindikatorer i helsetjenesten
- IS-5/2010 Barn som pårørende. Rundskriv
- Informasjon, likemannsarbeid og interessepolitisk arbeid. En vurdering av modeller for organisering av små/sjeldne brukergrupper for å oppnå statsstøtte til organisasjonsarbeid. Rapport, april 2010
- Kartlegging av hørselskontaktordningen. Rapport, januar 2010
- Rapport fra undersøkelse om «Sjeldensentre», januar 2010  
Gjennomgang av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Hvilke oppgaver kan vurderes overført til kommunene? Rapport, august 2010
- Fastlegenes oppfatninger av rehabiliteringstilbudet for ungdom og unge voksne med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne. Rapport, oktober 2010
- Rehabiliteringstilbud til personer som har hatt kreft, har kreft eller lever med senskader/bivirkninger av kreft. Kartlegging i 5 utvalgte kommuner. Rapport, desember 2010



**Postadresse:** Postboks 7000  
St. Olavs plass, 0130 Oslo  
**Telefon:** + 47 810 200 50  
**Faks:** + 47 24 16 30 01  
**E-post:** postmottak@helsedir.no

**[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)**

Ulgitt 2011. Tekst og redigering: Gerd Vidle. Illustrasjoner: Pippip Ferner. Grafisk design: www.aaseble.no. Trykk: Andvord Grafisk AS

