

fysioterapeuten

Rehabilitering på fortet



Jobbe kveld, ta del i daglig stell

Få regioner, økt gjennomslag

Avhandling: Akselerometer

Fagdager om helse og arbeid

Norge bruker flere milliarder kroner i året på ulike former for arbeidsrettet rehabilitering. Men vi vet lite om hva som faktisk har effekt. Hjelper det for eksempel bedre å oppholde seg et par uker i en institusjon enn å få et tilbud i hjemkommunen? Vi har besøkt Hysnes Helsefort, etablert i 2010 etter betydelig press fra daværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen og i strid med anbefalingene fra styret i Helse Midt-Norge. – Det er absolutt ingen enighet aktørene imellom om innholdet i begrepet arbeidsrettet rehabilitering og hvordan det skal se ut i praksis, sier Knut Fossetøl, forskningsleder ved Arbeidsforskningsinstituttet (AFI).

Forskerfortet

De ansatte ved Hysnes Helsefort på Trøndelagskysten synes det er spennende at det forskes på omtrent alt de gjør. Blir de lagt ned, vet de i alle fall hvorfor.

TEKST og **FOTO** Anne Kristiansen Rønning
fysioterapeuten@fysio.no

FORELØPIG er Hysnes Helsefort kun et fem-årig prosjekt. Fra første stund har forskning vært stor del av virksomheten.

– Det drives mye god rehabilitering i Norge, men lite er evidensbasert. Hjelper det vi driver med? Hvordan og eventuelt for hvem? Når prosjektet her er ferdig, kan vi ikke bare dokumentere om Hysnes fungerer. Vi kan også presentere ny og spennende forskning, sier Vidar Johansen, konstituert prosjektleder ved Hysnes Helsefort.

Stedet er lokalisert i naturskjønne omgivelser på Trøndelagskysten. Her er det mye vær og vind, og pasientene kan se til havs når de går tur. Helsefortet drives av St. Olavs Hospital i lokaler som tilhører Rissa kommune. Tidligere var det forsvaret som eide og drev stedet. Den militære aktiviteten på fortet ble avsluttet i 1998, og lokalpolitikerne klodde seg lenge i hodet og tenkte «hva nå?», før konturene av Hysnes Helsefort begynte å manifestere seg. Høsten 2010 stod helsefortet klart til drift.

Har fått nytt ståsted

Sola skinner gjennom høye vinduer, og kafemaskinen jobber på dagligstua. Pasientene går ut og inn. Gunn Elisabeth Talmoaune og Elin Anita Oldervik ser nå enden på oppholdet. De tilhører en A-gruppe og har lenge slitt med smerter som har gjort det vanskelig å fungere på jobb. Talmoaune har jobbet på fabrikk, mens Oldervik har vært butikkansatt. Talmoaune er veldig fornøyd med hjelpen hun har fått.

– Du blir ivaretatt på en positiv måte, sier hun.

– På en respektfull måte, supplerer Oldervik.

– Hva har skjedd med dere her?

– Jeg har fått et annet syn på hva smerter er, og hvorfor jeg har det. Jeg takler det på en annen måte, sier Oldervik.

– Vi lærer oss å godta ting som de er, i stedet for å fokusere på det som er vondt, sier Talmoaune.

De synes det er litt nervepirrende å forlate Hysnes og komme tilbake til hverdagen

igjen, men de gleder seg også. Begge har klare planer om å komme tilbake i fast jobb, om enn ikke den samme som før. Målet er å trives i hverdagen.

Vel hjemme igjen

To uker etter hjemkomst ringer vi Oldervik. Hun forteller at hun har blitt trukket ut til å få oppfølging fra Hysnes i seks måneder.

– Jeg er glad for det. Det har hjulpet meg veldig mye å være på Hysnes. Det intensive oppholdet har fått meg til å snu den mentale biten. Nå føler jeg at jeg er fit for fight.

– Hvordan er det å komme hjem igjen?

– Man er på en måte i en boble når man er på Hysnes i tre og en halv uke, og man tror kanskje det vil bli tøft å komme tilbake til hverdagen. Men jeg har fått en styrke som jeg bærer med meg videre. På Hysnes har jeg møtt andre i samme situasjon – og ikke minst helsepersonell som tror på meg.

– Kunne et hjemmebasert rehabiliteringsopplegg, med mål å komme tilbake til jobb igjen, være like bra som å være på en institu-



HAR FUNNET EN VEI Gunn Elisabeth Talmoaune og Elin Anita Oldervik føler at de har blitt sett på Hysnes Helsefort, og at de har lært å mestre plagene sine på en ny måte. Målet er komme seg ut i jobb igjen.

sjon?

– For meg har det vært riktig å være på Hysnes. Det er godt å bli løftet bort fra hverdagens gjøremål en stund og ha tid til å bare fokusere på seg selv. Men folk er forskjellige. Og jeg ser ikke bort fra at et mer hjemmebasert opplegg, med tilrettelegging på arbeidsplass og så videre, kan være bra for noen, sier hun.

ACT i bunn

Annehver dag, fra klokka sju til åtte på morgenen, har Hysnes-pasientene «Gå til jobben». Hver gang er turruta ulik. Kanskje går de opp til utsiktspunktet, der det ofte er havørn å se – eller til et annet mål. De andre dagene er det mindfulness-trening på samme tid. Samtidig sitter mange av de ansatte på hurtigbåten fra Trondheim til Kristiansund og gjør unna en del arbeidsoppgaver, ved hvert sitt nettbrett.

Seksjonsleder og lege Hanne Tenggren forteller at tilpasset, individuell oppfølging er sentralt på Hysnes, samtidig som mange

av aktivitetene foregår i gruppe.

– De fleste pasientene har opplevd at ulike profesjoner hjelper dem på forskjellige måter, og de har vært igjennom mange runder med utredninger og fragmenterte løp. På Hysnes jobber alle ut fra en bio-psykososial forståelse. Intervensjonen vår har den kognitive atferdsterapeutiske modellen Acceptance Commitment Therapy (ACT) i bunn. De fleste ansatte er fagkoordinatorer, enten de er fysioterapeuter, sykepleiere, psykologer, sosionomer, idrettsfaglig ansatte eller leger. Mitt inntrykk er at folk synes det er spennende å jobbe på den måten. Utfordringen kan være hvordan vi får brukt faget vårt, sier hun.

Alliansebygging og verdikompass

– Et fellestrekk med pasientene er at de har et langt og gjentagende sykemeldingsforløp bak seg, forklarer fysioterapeut Line Bakkejord, som jobber som fagkoordinator på helsefortet.

– Det går igjen at mange føler seg mis-

forstått eller mistrodd av helsevesenet og andre. Vi har derfor fokus på alliansebygging. I ACT er det sentralt å lære å akseptere det som er vanskelig. Mange har fysiske utfordringer og/eller vanskelige tanker og følelser som hindrer dem i å leve et godt liv. Vi ønsker at de ikke skal fortrenge det, men lære å leve med det. Alle pasienter får hjelp til å lage sitt eget verdiverktøy; et såkalt ArbeidsACTiv verdikompass. Det hjelper dem å finne ut hva som betyr mest på flere områder i livet, og kursen legges opp deretter, sier Bakkejord.

Verdikompasset har tallverdier for ulike livsområder; for eksempel familie, jobb, utdanning og helse. Pasienten fastsetter hvor han befinner seg på en skala fra 1-10, og hvor han ønsker å være. Dermed avdekkes områder han vil bli bedre på. I samarbeid med fagkoordinator velger han ut to-tre fokusområder som han jobber målrettet mot. Pasientene kan også få ekstra oppfølging av fagpersoner som fysioterapeut og psykolog, noe som skjer i samarbeid med fagkoordi-



SPENNENDE ARBEIDSPASS Hanne Tenggren og Vidar Johansen er henholdsvis seksjonsleder og konstituert prosjektleder ved Hysnes Helsefort. De synes det er et utfordrende sted å jobbe.

nator.

– Ekstra undersøkelser og samtaler kan være riktig i noen tilfeller for å skape trygghet i endringsprosessene. Andre ganger er det best å unngå videre symptomfokus og utredning som pasienten har hatt mange runder med tidligere, sier Bakkejord.

Aktør i eget liv

Når verdiene er definert, kommer ofte hindringene frem.

– Pasienten kan si at han vet det er viktig å trene, men at han ikke kan på grunn av smerter i ryggen, eller fordi han fort blir veldig utmattet. Eller han tror det kan være farlig. Poenget da er å bevege seg i verdiretningen, til tross for begrensninger og hindringer, forteller Bakkejord. Hun opplever at de fleste er motiverte for endring, men at de er usikre på hvordan de skal få det til.

– Å finne gode tiltak kan være vanskelig, fordi de har prøvd så mye uten å lykkes. Mange har blitt lovet gull og grønne skoger,

uten at det har holdt stikk. Da er aksept viktig; å støtte dem på at det de har gjort er riktig. Aksept er et sentralt moment i ACT. Også du og jeg hadde nok prøvd alt, om vi hadde vært i samme situasjon som mange av disse pasientene, sier hun. Målet er at de skal bli aktører i sine liv og ta valg ut fra sine verdier.

– Vi vil at de skal komme på banen og kjenne at det er hensiktsmessig. Vi ønsker å bidra til økt psykologisk fleksibilitet, blant annet gjennom aksept og tilstedeværelse. *Mindfulness*, oppmerksomt nærvær, er også grunnleggende i ACT. For øvrig er samarbeidet med NAV viktig i hver enkelt sak. Målet er jo å komme tilbake i jobb, og i løpet av oppholdet skriver vi en arbeidsinkluderingsanalyse i samarbeid med NAV og fastlegen, sier Bakkejord.

Mye fysisk aktivitet

Pasientene på Hysnes er personer som ikke er i jobb på grunn av helseplager som kro-

niske smerter, muskel- og skjelettplager eller lettere psykiske lidelser. En god del av pasientene har en kombinasjon av flere plager. Ifølge Vidar Johansen kan det være tilfeldig hvilken diagnose man blir sykmeldt for. ACT er etter hans mening en god modell, både for kroppslige og psykiske plager.

– Vi er ikke symptombaserte, men funksjonsfokuserte. Når vi skal hjelpe pasientene tilbake i arbeid, fokuserer vi på mental trening, livsstil og samarbeid med nøkkelpersoner. Det kan være familie, arbeidsplass, fastlege og NAV. Vi jobber mye med hjemmesituasjonen og ønsker at pasientene skal få prøve flere typer fysisk aktivitet for å finne noe de kan ha lyst til å drive med når de kommer hjem, forteller han.

Pasientene kan delta i bevegelses- og spenningsgrupper, og det er én turdag i uka. Helsefortet har treningssal med spinningssykler, tredemøller og diverse treningsutstyr. I tillegg er det en stor og gammeldags gymsal der det foregår ulike aktiviteter, som fotball

” Vi er ikke symptom-baserte, men funksjonsbaserte.

og badminton.

– Noen kan synes det er utfordrende, fordi det vekker negative minner eller fordi de ikke tror de får det til. Da kan vi ta tak i det, og få i gang prosesser som er i tråd med verdiene de har valgt å jobbe med, sier Johansen.

Den lange kurven

Pasientene har også en støttespillerdag i løpet av oppholdet, der de kan invitere partner eller en annen nær person til å delta. Det kan bidra til å gjøre overgangen fra Hysnes til hjemmesituasjonen lettere. Johansen slår fast at det er den langvarige bedringskurven man er opptatt av.

– Pasientene kan oppleve det utfordrende å komme hjem etter endt opphold. Da gjelder det å jobbe videre med prosessene som startet i rehabiliteringen. Det har vi mye fokus på, sier han.

Forskningsresultatene

Om bord i båten på vei hjem til Trondheim, forteller Hanne Tenggren at hun gleder seg til å se forskningsresultatene.

– Ikke nødvendigvis for å få vite om det vi gjør fungerer eller ikke. Jeg vil vite hva som er effektivt og for hvem. Resultatene kan vise oss veien videre; hva vi kan yte til de forskjellige gruppene for at de skal komme seg tilbake i jobb, sier hun. Flere tilbakemeldinger fra pasienter tyder på at det startes en prosess på Hysnes som blir tydeligere for den enkelte over noe tid.

– Dette er også i tråd med forskning som viser at ACT ikke gir effekt der og da, men gir bedret funksjon over tid. Dette er nettopp hva vi ønsker. Ikke en kur med raskt resultat før nye nederlag. Vi vil gi pasientene varig endring, bedre livskvalitet og arbeidsveie, sier Tenggren. ■

Forskningen

DET MEDISINSKE FAKULTET ved NTNU forsker på rehabiliteringen som foregår på Hysnes Helsefort. Man ønsker å se på ulike faktorer:

- Får den multidisiplinære rehabiliteringen folk raskere tilbake i arbeid enn det ordinære tilbudet?
- Øker oppfølging etter rehabiliteringsopphold arbeidsdeltakelse? (50 prosent av deltakerne i A-gruppa får oppfølging fra fagkoordinator i seks måneder etter oppholdet. Oppfølgingen skjer på telefon eller i dialogmøte.)
- Er rehabiliteringstilbudene kostnadseffektive i et samfunnsperspektiv?
- Hvilke faktorer fremmer og hindrer tilbakeføring til arbeid? (Pasienter besvarer spørreskjema før, under og etter rehabilitering. Målet er å identifisere hvem man lykkes med - og ikke.)
- Bedrer rehabiliteringen de sykmeldtes livskvalitet, mentale eller fysiske helse?
- Finnes det biologiske markører som kan forutsi sykdom og/eller påvirke utfallet av rehabiliteringen?

Hovedresultatene av forskningen vil bli publisert i 2015.

Kilde: Hysnes Helsefort

Pasientene

HYSNES har et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud til tre pasientkategorier:

- A) Personer som har hatt sammensatte lidelser over lengre tid.
- B) Arbeidstakere med mellomlang sykemelding (8-12 uker).
- C) Unge mennesker (18-30 år) med langvarig sykemelding.

Rekrutteringen: Gruppe A blir henvist fra fastlege, mens gruppe B og C blir tilfeldig valgt ut fra NAV-listen. De får brev i posten med informasjon om Hysnes og spørsmål om de ønsker å delta i tilbudet. En kontrollgruppe blir rekruttert på samme måte fra NAV-listen. Det starter med at deltakerne kommer inn på helsefortets poliklinikk, som er lokalisert ved St. Olavs hospital. Der får de tverrfaglig utredning av lege, fysioterapeut og psykolog. Alvorlig sykdom, manglende motivasjon eller det å være i en utredning er eksklusjonskriterier.

ACT: Er en unik, empiriskbasert intervensjon som bruker aksept- og mindfulness-strategier sammen med strategier for forpliktelse og livsstilsendring for å øke psykologisk fleksibilitet. Les mer på: <http://contextualpsychology.org/act>.

Mer om intervensjonen: A- og C-gruppene er på Hysnes i tre og en halv uke. De har gruppeterapi basert på ACT, individuelle samtaler, gruppetrening, individuell trening og undervisning. B-gruppene er der i fire dager, før de er hjemme i to uker og avslutter med fire dager på Hysnes. I hjemmefasen har Hysnes kontakt med fastlege, NAV og eventuell arbeidsgiver på hjemstedet, enten ved personlig kontakt, videokonferanse eller på telefon.

Fagkoordinatorene: En pasientgruppe består av åtte personer. To fagkoordinatorer tar seg av gruppen. De to har alltid ulik fagbakgrunn for å kunne utfylle hverandre best mulig. De er kontaktperson for fire pasienter hver.

Kilde: Hysnes Helsefort

Myten om et inkluderende arbeidsliv

Vi setter inn store ressurser på å få folk med kroniske plager tilbake til arbeidslivet. Men i hvilken grad virker tiltakene? Ifølge forskningsleder ved AFI, Knut Fossestøl, handler rehabilitering verken om fag eller effektene av den, men om politikk og administrasjon.

TEKST og FOTO Tone Elise Galåen, fysioterapeuten@fysio.no

MELLOM 7-8 milliarder kroner. Det er hva den norske staten brukte på ulike former for arbeidsrettet rehabilitering i 2011. Samlet sett ligger Norge på verdenstoppen per innbygger. Likevel finnes det lite forskning som kan gi et presist svar på om omfanget av denne satsingen er for stort eller for lite, eller om tiltaksprofilen er den riktige i forhold til målene om økt arbeidsmarkedsdeltakelse.

Knut Fossestøl ved Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) har siden begynnelsen av nittitallet arbeidet med spørsmål knyttet til attføring og rehabilitering, sist i forbindelse med funksjonshemmedes arbeidsdeltakelse, og evaluering av NAV-reformen.

– Kanskje kunne man like gjerne brukt pengene til å subsidiere arbeidsgiverne, sier han.

– Vi vil ha alle i arbeid, men vi vil verken kvotere eller gi inntrykk av å være for slepphendte med å gi folk uførepensjon. I stedet setter vi inn en rekke tiltak som rehabilitering og attføring, men effekten er vanskelig å få øye på.

Politisk markering

Det kan være mange årsaker til at vi mangler kunnskap om effekten av arbeidsrettet rehabilitering. Ofte er det vanskelig å fremskaffe slik kunnskap, man prioriterer det ikke, eller det finnes slik kunnskap, men man tar den av ulike grunner ikke i bruk.

– Dette forsterker inntrykket av at rehabilitering med arbeid som mål, i stor grad handler om politiske markeringer, om å opprettholde velferdsstatens legitimitet, og om etablerte sektor- og profesjonsinteresser, mer enn av grundige analyser av hva som virker og er til beste for brukeren, sier Fos-

sestøl.

– Sendes folk til rehabilitering uten at vi vet om behandlingen er hensiktsmessig?

– Ja. Innholdet i begrepet arbeidsrettet rehabilitering og hvordan det skal se ut i praksis, er det ingen enighet om aktørene imellom. Det finnes forskning, men den er ikke systematisk og omfattende nok til å kunne gi et dekkende bilde av feltet. I praksis har vi lite kunnskap om hva som virker. Er dette riktig, må andre hensyn enn hensiktsmessighet ligge til grunn, sier han.

Ulik praksis

På den ene siden er rehabilitering et tilsynelatende nøytralt fagområde. Det har sin egen teknologi, sine egne profesjoner, institusjoner, studietilbud og forskningsinstitusjoner. På den andre siden er rehabilitering et fag-

nes kunnskap om hva som fungerer best for ulike diagnosegrupper, tas ikke denne kunnskapen i bruk innenfor NAV-systemet, sier Fossestøl.

Det finnes likevel eksempler på leverandører som selger arbeidsrettede rehabiliteringstjenester både til spesialisthelsetjenesten og til NAV.

– De burde jo levere ulike tjenester, siden utgangspunktet til brukerne angivelig er så forskjellig. Men i realiteten selger de ofte samme tjeneste til begge oppdragsgivere, sier han.

– Hvem kontrollere tiltaksleverandørene?

– Hvert enkelt fylke følger opp bedriftene ute og stiller krav til bemanning og måten de arbeider på. Arbeidsmarkedsbedriftene har også utviklet en sertifiseringsordning med ekstern revisjon å la ISO-sertifisering. Men dette løser ikke utfordringen. Fremdeles gjenstår spørsmålet om hva som skjer på NAV-kontorene hvor den konkrete koblingen mellom individ og tiltaksleverandør finner sted, sier Fossestøl.

Mangler kunnskap

I Norge er det NAV som er den viktigste portvakten inn i tiltakssystemet for arbeidsrettet rehabilitering. Førstelinetjenesten i NAV skal ideelt sett ha kunnskap om brukerne og deres problemer, og oversikt over hvilke virkemidler/tiltak som best kan settes



Politikere og lobbyister, ikke faginstansene, var pådrivere.

område som er uløselig sammenvevet med politikernes styringsambisjoner og velferdsstatens finansiering, organisering og ideologi. Dette gjør rehabilitering som fag lite entydig og robust, mener Fossestøl.

– Spesialisthelsetjenesten jobber ut i fra at hvis man vet noe om hva en person feiler, så har man etter hvert kunnskap om hvilken behandling som skal gis – også innen rehabiliteringsarbeidet. NAV derimot ønsker ikke å fokusere på begrensningene som ligger i en diagnose. Selv om det skulle fin-

inn for å bistå den enkelte i å få eller beholde arbeid.

Ifølge Fossestøl er det lite av dette som skjer i dag.

– Det behovs- og arbeidsevnesystemet som er innført synes ennå ikke å gi god nok kunnskap om den enkeltes bistandsbehov. I tillegg mangler mange av veilederne kunnskap om hva tiltakene de henviser brukerne til, går ut på. Dermed får tiltaksleverandøren betydelig makt inn i dette, sier han.

Fossestøl mener det burde være mulig å



KRITISK Forskningsleder ved AFI Knut Fossetøl er kritisk til utviklingen når det gjelder arbeidsrettet rehabilitering i Norge.

utvikle et system som på en enklere måte gir veilederne ved NAV-kontorene oversikt over tiltakene, hva de inneholder og hvilke erfaringer man har gjort seg.

– En slik oversikt kunne inneholde erfaringsbasert kunnskap, men også ulike former for forskningsbasert kunnskap, enten den handler om effekter eller mer caseorienterte studier, sier han.

Relasjonen helse og arbeid

I dag står et sted mellom 6-700.000 nordmenn i arbeidsfør alder utenfor arbeidslivet. Fellesnevneren for de fleste er at de på en eller annen måte har et helseproblem. Likevel er ikke relasjonen mellom helse og arbeid et sentralt element i organiseringen av NAV, ei heller i den arbeidsrettede bistanden som NAV gir. Medisinskfaglig kompetanse trekkes i liten grad inn.

– Arbeidsrettet rehabilitering er i dag et kompetanseområde for spesialisthelsetjenesten, men knapt et sentralt område, og det har lenge vært stemoderlig behandlet, sier Fossetøl.

Arbeidsrettet rehabilitering som sam-

funnsmedisinsk område og spesialisthelsetjeneste, gjenoppsto da ansvaret for oppreningsinstitusjonene ble flyttet over til spesialisthelsetjenesten i 2002. Da de regionale helseforetakene ønsket å legge ned flere av institusjonene, bevilget Stortinget et omstillingstilskudd slik at de skulle sikres et videre liv.

– Politikerne ønsket en arbeidsrettet rehabiliteringstjeneste, slik at de kunne imøtekomme kravet om tiltak for å få kronisk syke tilbake i arbeid. Det var politikere og lobbyister, og ikke faginstansene i forvaltningen, som var pådrivere for denne utviklingen, sier Fossetøl.

Oppfølging på arbeidsplassen

I Brofoss-utvalget (NOU 2012:6 Arbeidsrettede tiltak) om organiseringen og innrettingen på de arbeidsrettede tiltakene, legges det til grunn ny forskning, særlig på personer med tunge psykiske lidelser. Den viser at sjansen for å lykkes i å opprettholde en arbeidsrelasjon er større hvis personen plasseres rett ut i arbeidslivet og får oppfølging på arbeidsplassen, enn hvis personen først

mottar opplæring i en tiltaksbedrift og så formidles til arbeid.

– Hvis dette resonnementet utvikles til også å omfatte andre grupper, så vil den omfattende tiltakssektoren vi har i dag minske. Det er imidlertid viktig å huske at deler av denne forskningen bygger på premisset om helsefaglig oppfølging, det vil si at arbeid og helse sees i sammenheng, sier Fossetøl.

Tverrfaglig samarbeid

Ifølge Fossetøl ligger det store utviklingspotensialet når det gjelder rehabilitering med arbeid som mål, i å kople medisinsk inspirert faglighet med arbeidsrettet praksis.

– Alle vet at rehabilitering handler om tverrfaglighet, samarbeid og organiseringen av denne innsatsen, og at helsekunnskap og arbeidskunnskap må kombineres. Likevel er det en kamp innen og mellom sektorene om hvordan feltet skal defineres, og om hvor ressursene og stillingene skal gå. Vi jobber fremdeles innenfor systemer hvor sektororganisering, finansiering, lovgivning og faglige forståelser drar i ulike retninger, sier Fossetøl. ■

Følte seg presset til å gå for helsefortet

«Ja vel, statsråd Hanssen», het politisk redaktør Siri Wahl-Jørgensens kommentar i Adresseavisen etter at styret i Helse Midt-Norge i november 2008 motvillig vedtok etableringen av Hysnes Helsefort.

TEKST: Gro Lien Garbo

FOTO: Frode Hansen/Scanpix



HELSEFORTET Tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssen sto hardt på for å få et rehabiliteringssenter på Hysnes.

IFØLGE Siri Wahl-Jørgensen hadde ikke Helse Midt-Norge annet valg enn å si ja til etableringen av rehabiliteringssenteret på Rissa, til tross for skepsis både fra ledelsen ved St. Olavs Hospital, pasientgrupper og brukerutvalg. Daværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen hadde bestemt seg, og Helse Midt-Norge følte seg overstyrt.

– Vi oppfattet at det var fastlagt fra departementets side at man skulle gå for dette. Det var å si ja som gjaldt, ikke å si nei, sier kommunelege i Trondheim Tove Røsstad, som var nestleder i Helse Midt-Norge da avgjørelsen om å etablere Hysnes Helsefort ble kjørt igjennom som en hastesak, utenom vanlig saksgang. Røsstad er i dag tilknyttet Institutt for Samfunnsmedisin ved NTNU, i tillegg til jobben som kommunelege.

Hoderisting

– Utgangspunktet for etableringen av Hysnes helsefort var tanken om gjenbruk av det militære anlegget. Hensynet til etterbruk virket viktigere enn helsegevinsten. Det lå helt klart en politisk agenda bak, sier Røsstad, som var kritisk til etableringen.

– Det var en del hoderisting over føringene fra departementet i Helse Midt-Norge. Selv syntes jeg mye var uavklart. Jeg var skeptisk både til sammensetningen av pasientgruppen og til opplegget slik det var skissert, ikke minst til om noen ukers opphold på fortet ville kunne bidra til en mer vellykket rehabilitering i de mange kommunene pasientene kom fra. Jeg lyttet også til fagfolk

som mente det ville være riktigere å bygge ut rehabiliteringssentre, som allerede var etablert. Vårt innspill ble å legge inn noen betingelser for etableringen av Hysnes helsefort, blant annet at tiltaket ble grundig evaluert gjennom følgeforskning, sier Røsstad.

Hun forteller at hun ikke har fulgt utviklingen på fortet tett siden etableringen, i og med at hun ikke lenger sitter i styret i Helse Midt-Norge.

Fysioterapeuten har vært i kontakt med tidligere statsråd Bjarne Håkon Hanssen, som gikk inn for etableringen av Hysnes Helsefort både som arbeidsminister og som helseminister. Bjarne Håkon Hanssen, som i dag arbeider som partner og seniorrådgiver for rådgivingselskapet First House sier at han ikke ønsker å kommentere hvorfor han gikk inn for etableringen av Hysnes Helsefort da han var statsråd.

- Trodde jeg satt på tingen

– Vi ga oss ikke: Det må man ikke gjøre når man tror på noe, forteller Per Kristian Skjærvik, tidligere ordfører i Rissa kommune og fylkesleder i Arbeiderpartiet Sør-Trøndelag. Uten ham ville det, ifølge Adresseavisens politiske kommentator, neppe ha blitt noe helsefort på Hysnes.

Per Kristian Skjærvik, som fortsatt er sterkt involvert i driften av helsefortet, mener at rehabiliteringssenteret, slik det dri-

ves i dag, har vist at mange av skeptikerne tok feil.

– Flere mente at det ville være vanskelig å skaffe fagfolk, men da vi annonserte, fikk vi over 300 søkere til stillingene. Mange mente at vi lå «altfor langt uti periferien», men det tar bare 45 minutter med hurtigbåt ut hit fra Trondheim sentrum. Det er en vanlig pendleravstand. Andre rehabiliteringssentre ligger, så vidt jeg vet, heller ikke midt i byene.

– *Flere lokale beslutningstakere var skeptiske. Hvordan fikk dere daværende statsråd Bjarne Håkon Hanssen med på laget?*

– Han ble genuint interessert i ideen om at arbeid er den viktigste medisinen for å gi folk et godt liv. Vi stod på for saken både gjennom kommunevalg og stortingvalg i nærmere ti år. I en periode var jeg så mye på Stortinget at folk trodde jeg var stortingsrepresentant. Jeg tror storsamfunnet vil se nytten av det som skjer på Hysnes. Vi blir som et stort laboratorium som kan vise hvordan rehabilitering virker.

– *Hva om forskerne finner at Hysnes Helsefort ikke har noen effekt?*

– Signalene vi har fått fra dem så langt tyder på det motsatte.

– *Hva har etableringen av helsefortet betydd for Rissa kommune?*

– 22 kompetansearbeidsplasser i en landbruks- og industrikommune og masse ringvirkninger med glassblåserverksted, kafé og bakeri og næringspark. I dag har vi flere arbeidsplasser rundt fortet enn vi hadde før det militære trakk seg ut. Men vår argumentasjon for å etablere Hysnes Helsefort var aldri arbeidsplasser eller distriktshensyn. Vi hadde hele tiden fokus på at vi ville gjøre noe for mennesker som var rammet av sykdom og trodde på den ideen. Det mener jeg er grunnen til at vi lykkes. ■

Evalueringer av arbeidsrettede tiltak:

Få analyser av samfunnseffekt - usikre resultater

En oppsummering basert på NOU 2012:6 - «Arbeidsrettede tiltak».

TEKST John Henry Strupstad, fagredaktor@fysio.no

De fleste evalueringer av arbeidsrettede tiltak fokuserer på effekten sett opp mot sysselsetting for deltakerne. Det er publisert få analyser av den samfunnsmessige virkningen. Nyttvirkninger i form av økt livskvalitet eller redusert bruk av helsetjenester analyseres ikke. Resultatene framstår i tillegg som usikre.

En rapport fra 2003 forsøkte å vurdere kostnadseffektiviteten for arbeidsrettede tiltak for personer med psykiske lidelser. Konklusjonen var at tiltakene «Individual placement and support» (IPS) ga høyere sysselsetting enn andre tiltak det ble sammenliknet med, men datagrunnlaget var ikke tilstrekkelig til å fastslå om IPS var å foretrekke framfor andre behandlingsformer i et samfunnsøkonomisk perspektiv (1).

En britisk undersøkelse fra 2007 konkluderte med at arbeidsrettede tiltak overfor personer med nedsatt arbeidsevne ga en innsparing for offentlige budsjetter ved at reduksjonen i velferdsytelsen var større enn utgiftene til tiltaket. En svakhet med denne analysen var at datagrunnlaget ble karakterisert som dårlig, blant annet manglet man gode data for hvordan det gikk med brukerne som sluttet å motta velferdsytelser. Man vet med andre ord ikke om de kom i arbeid (2).

I Norge har Westlie utført en nytte- og kostnadsanalyse som ledd i sin evaluering (2008b) av ulike hovedkategorier av tiltak (3). Det er kun kostnader ved tiltaket, produksjon i tiden i tiltak samt arbeidsinntekt/produksjonsbidrag etter avsluttet tiltak som er med i analysen. Helseeffekter, bruk av offentlige tjenester og livskvalitet er ikke tatt med. Konklusjonen er at alle tiltak utenom «Arbeidspraksis i skjermet virksomhet» gir et positivt samfunnsøkonomisk bidrag. «Lønnstilskudd» gir det høyeste bidraget. Dette skyldes blant annet at tiltaket ikke

innebærer noen innlåsningseffekt i form av å holde deltakeren ute fra arbeidslivet i en periode. Virkningene av tiltakene er langvarige, men de avtar langt sterkere for enkelte tiltak enn for andre. Det er derfor viktig å ha en langsiktig tidshorisont i beregningene (3).

NOU 2012:6 (4) har foretatt en gjennomgang av evalueringer knyttet til effekter av arbeidsrettede tiltak. Litteraturstudien som ligger til grunn gjennomgår både brede evalueringer av arbeidsrettede tiltak generelt og kjeder av arbeidsrettede tiltak, og evalueringer av enkelte tiltakstyper (5). Studien omhandler både norsk og internasjonal forskning.

Det er store problemer knyttet til data-tilgang og metode som gjør det vanskelig å treffe sikre slutninger av den forskningen som finnes om effektene og samfunnsnyttene av tiltak rettet mot personer med nedsatt arbeidsevne. Det er også et problem at det er så lite norsk forskning på dette feltet.

Resultatene i evalueringene er også sprikende. Noe av årsaken kan være at det brukes ulike metoder. Det er allikevel en tendens til at tiltak som er sterkest knyttet opp mot ordinært arbeid, er mest effektive for å

få deltakerne over i ordinær sysselsetting. For at tiltakene skal virke positivt, er det avgjørende at man minimerer innlåsningseffekter som holder deltakere utenfor arbeidslivet. Disse er særlig sterke for personer som i utgangspunktet står nærmest arbeidsmarkedet. Oppfølging av brukere gjennom team med både arbeidsmarkedsfaglig og medisinsk kompetanse ser også ut til å gi gode resultater. Uavhengig av faglig tilnærming er det viktig å sikre god kvalitet på gjennomføringen av tiltakene. Studier kan tyde på at samme type tiltak kan gi svært forskjellige effekter. ■

Kilder

1. Schneider, J (2003). «Is supported employment cost effective? A review.» International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 7, 145-156.
2. Stafford, B. et. al (2007), New Deal for Disabled People. Third synthesis report - key findings from the evaluation. Research report no. 430. Department for Work and Pensions.
3. Westlie, L. (2008b), The Long Term Impacts of Vocational rehabilitation. Memorandum 25/2008. Oslo. Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning.
4. NOU 2012:6. Arbeidsrettede tiltak. Arbeidsdepartementet.
5. Berg, H. og A. Gleinsvik (2011), Virkning av arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne. En litteraturstudie. Rapport 2011-02. Oslo. Proba samfunnsanalyse.



FORTEF Hysnes Helsefort drives av St. Olavs Hospital i lokaler som tilhører Rissa kommune. Foto: Anne Kristiansen Rønning