

Fagmiljøer og brukere har lenge påpekt behovet for flere og bedre rehabiliterings- og habiliteringstiltak. Mange venter fortsatt

Rehabilitering – fra plan til handling

I Soria Moria-erklæringen uttaler regjeringen at alle som trenger rehabilitering og opptrening skal sikres tilbud. Dette følges opp i Nasjonal Helseplan med en nasjonal strategi for rehabilitering og rehabilitering i helse- og sosialtjenesten.

Det har vært sagt mye fornuftig om behovet for rehabilitering og koordinering av habiliteringstjenester i mange år. Men fortsatt er det langt igjen til at Soria Moria-erklæringens løfte blir innfridd. Det er derfor svært positivt at det nå varsles en strategi for å bedre helsetjenestens rehabiliterings- og habiliteringstilbud. Den må inneholde faglige løft, utvidelse av tjenestene med gode tilbud, tiltak knyttet både til primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og en betydelig oppmerksomhet omkring samhandling gjennom hele helsetjenesten.

Løftene om satsing på utvikling av tilbud står i kontrast til den informasjon Legeforeningen får om kutt i rehabiliteringsplasser innen en stram sykehusøkonomi. I følge norsk pasientregister sank antall døgnbaserte rehabiliteringsplasser med 16 % i 2006. Vi ser også at stillinger er ledige samtidig som det er en mangel på spesialister innen fagområdet. Det har vært satset på bedre faglig kvalitet, noe som er viktig, men volumet av tjenesten må like fullt styrkes.

Dagens finansieringsordninger medfører at rehabiliteringsavdelinger på sykehus fremstår som tapsprosjekter. Dette gjelder særlig avdelinger som behandler pasienter som trenger langvarig behandling. Private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner har ofte uakseptabelt kortsiktige avtaler som medfører ustabile fagmiljøer og manglende mulighet til langsiktig planlegging både for institusjon, ansatte og brukere.

Mangelfull rehabilitering kan påføre pasienter unødvendige plager, forlenget sykdomsperiode og i verste fall varig dårligere funksjon. Dette er heller ikke samfunnsøkonomisk lønnsomt, da det fort vil føre til økte utgifter for eksempel ved at eldre pasienter vil trenge mer hjelp fra hjemmebaserte tjenester eller en sykehjemsplass. Kompleks rehabilitering er kostbart, men dersom resultatet blir at pasienten kan mestre livet sitt selv og kanskje komme i arbeid, vil det både gi økt livskvalitet og være en samfunnsøkonomisk god satsing.

Overføring av ansvaret for rehabilitering til spesialisthelsetjenesten har påvirket tilbudene i kommunehelsetjenesten betydelig. Søknader fra primærhelsetjenesten innvilges langt sjeldnere. Man kan ha forståelse for at spesialisthelsetjenesten vil utvikle faglig god spesialisthelsetjenesterehabilitering. Problemet er at det finnes svært få gode alternativer i kommunehelsetjenesten. Manglende rehabilitering i primærhelsetjenesten kan raskt medføre at problemet havner på spesialisthelsetjenestens bord, noe som ikke er ønskelig verken fra pasientens eller samfunnets side. Den økende andelen eldre vil medvirke til å øke behovet. For denne gruppen vil det være særlig viktig å styrke den rehabilitering som skjer i kommunenes regi.

Rehabilitering betyr «å gjeninnsette i verdighet» og må sees i et tverrfaglig helhetsperspektiv hvor funksjon, mestringsevne, rett til et verdig liv og mulighet for yrkesaktivitet alle er faktorer som medvirker til fastsettelse av pasientens egne mål. Det er et komplekst og tverrfaglig fagområde hvor det nå trengs tid og midler til fagutvikling, satsing på tiltak med dokumentert effekt og evaluering av tiltak.

Rehabilitering har store utfordringer mht. samhandling. Kommunale tiltak må samordnes med tiltak i spesialisthelsetjenesten. Her blir aktiv bruk av individuell plan et viktig virkemiddel som på langt nær er tatt skikkelig i bruk. Informasjon og samarbeid med pårørende må også inngå i planarbeidet. Rehabilitering omfatter i tillegg en annen samhandlingsarena – den må ofte integreres i behandlingen. Slagpasienter er et godt eksempel på dette. En annen voksende gruppe hvor integrerte tiltak har effekt, er eldre som innlegges med akutte indremedisinske sykdommer eller bruddskader (1). Det må tilrettelegges for slike tilbud når det nå skal legges strategier for styrking av rehabilitering i Norge.

Habiliteringstjenesten er ulikt bygget opp og dimensjonert med store variasjoner i tilbudene. Det anslås at 0,5 til 0,7 % av befolkningen i yrkesaktiv alder har en medfødt eller tidlig ervervet helse-tilstand som innebærer behov for habilitering i spesialisthelsetjenesten. For barn anslås at mellom 2 og 2,5 % av barna trenger tilgang på habiliteringstjenester. Tjenesten skal dekke behov for barn og voksne med svært ulike behov. Helseregionene har laget egne handlingsplaner for hvordan behovene skal ivaretas. Tross dette mangler faglige standarder, fagfolk, forskning og god koordinering av tiltak. Samtidig er tjenesten underdimensjonert. Mange foreldre har måttet ta ansvar for koordinering av et mangfoldig oppfølgingsbehov – noe som kan bli en stor belastning for familien. Habilitering er et fagområde som fortjener en etterlengtet stor oppmerksomhet og satsing.

Tidsskriftet har i år publisert en artikkelserie om rehabilitering. Legeforeningen er i dialog med helsemyndigheter og politikere for å bidra til økt oppmerksomhet, informasjon og gjennomføring av tiltak. Den varslede strategi for prioritering av rehabilitering og habilitering imøtesees som svært positiv. Den største utfordringen vil ligge i iverksetting. Planer må omsettes til handling. Det har dette fagfeltet ventet lenge på.

Litteratur

1. Pettersen R, Bruun Wyller T. Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 600–3.



Torunn Janbu

torunn.janbu@legeforeningen.no
president