

Uttrykket «å vente på rehabilitering» avslører mangel på faglig innsikt og adekvat organisering og bør ikke forekomme

Rehabilitering – bare for spesielt interesserte?

Rehabilitering skiller seg på noen måter fra helsevesenets øvrige oppgaver. For det første involverer rehabilitering i særlig grad individet selv. Dypest sett er det som regel riktigere å si at en person rehabiliterer seg selv – helsevesenet kan i beste fall bistå. Å gjøre individet til objekt, som i den kliniske sjargongen «pasienten skal rehabiliteres», er egentlig lite dekkende. Innen rehabilitering er pasientens motivasjon enda mer avgjørende enn i annet helsearbeid; det er sjelden meningsfullt å tilby rehabilitering til en person som ikke ønsker det. For det andre er vurdering av effekt ofte en mer kompleks utfordring ved rehabilitering enn ved andre behandlingstiltak. En paraplegisk pasient som får tilpasset en elektrisk rullestol, en slagpasient som lærer å mestre personlig hygiene, og en snekker med skuldersmerter som får alternative arbeidsoppgaver i stedet for sykmelding, har alle tatt del i gode rehabiliteringstiltak. Men verken mål for muskelstyrke, selvhjelpenhet i aktiviteter i dagliglivet (ADL) eller deltakelse i yrkeslivet vil gjenspeile rehabiliteringseffekten hos alle tre.

Den internasjonale klassifikasjonen av sykdom og helse (ICF), utviklet av Verdens helseorganisasjon, representerer et betydelig fremskritt gjennom å beskrive samspillet mellom individ, funksjon og omgivelser, men mange norske leger og andre klinikere finner terminologien i denne klassifikasjonen fremmed. Det er beklagelig, for som konseptuelt rammeverk er den særdeles nyttig og bidrar til å tydeliggjøre angrepspunkter og effektmål innen rehabilitering. Samtidig gir den stringente alternativer til begrepet «livskvalitet», som lenge er blitt brukt om så mange forskjellige ting at det har tapt sin verdi som annet enn et honnørord (1).

I dette nummeret av Tidsskriftet starter en temaserie om rehabilitering. I de to første artiklene beskrives ICF-klassifikasjonen av både Erik Bautz-Holter og medarbeidere (2) og Ingstad & Eide (3). Dessuten omtales rehabiliteringstiltak for pasienter med epilepsi (4) og revmatiske sykdommer (5), to pasientgrupper som begge har behov for spesialisert rehabilitering. Senere i serien vil det komme artikler om rehabilitering ved blant annet hjertesykdom, obstruktiv lungesykdom og myofasciell smerte.

Om det er viktig å erkjenne rehabiliteringens særtrekk og behovet for høyspesialiserte tiltak, er det enda viktigere å ikke oppfatte rehabilitering som for spesielt til å bli ivaretatt også av det vanlige kurative helsevesenet. Det er her utfordringene for tiden er størst. Det er gjennom lang tid utviklet en arbeidsmodell der syke mennesker først behandles og *deretter* tilbys rehabilitering. En slik modell er ineffektiv og kostbar, men er dessverre sterkt grunnfestet. Modellen fremmes både av enkelte kurative miljøer og enkelte rehabiliteringsmiljøer, som har en tendens til å distansere seg fra hverandre. Dessuten fremmes modellen av en nærmest antimedisinsk holdning i noen rehabiliteringsmiljøer og i enkelte interesseorganisasjoner for funksjonshemmede, slik Ingstad & Eide er inne på i sin artikkel (3). I disse miljøene har en berettiget kritikk mot en autoritær medisin og mot en rehabiliteringstenkning utelukkende orientert mot defekter slått over i den motsatte ytterlighet. Disse holdningene er tragiske, fordi de bidrar til å vedlikeholde et for dårlig tilbud for svært mange mennesker med behov for rehabilitering.

Akutt sykdom og skade fører ofte til tap av funksjon. Norske forskere har vært pionerer når det gjelder å dokumentere bedre vital og

funksjonell prognose for pasienter med hjerneslag og akutt syke geriatriske pasienter når de behandles i spesialiserte sykehusenheter fremfor om de havner i tradisjonelle sengeposter (6, 7). Slike suksesser har naturligvis mange og sammensatte årsaker, men det er liten tvil om at umiddelbar oppstart av rehabilitering, tett integrert med kompetent akuttmedisinsk behandling, er en av de viktigste. Spennende modeller basert på beslektede tanker prøves ut for pasienter med traumatisk hode- og ryggmargsskade (2). Med dagens kunnskap om nytten av tidlig rehabilitering må vi kunne slå fast at uttrykket «å vente på rehabilitering» avslører mangel på faglig innsikt og adekvat organisering. Det bør ikke forekomme.

Effektene av en intensiv, tverrfaglig og strukturert kombinasjon av rehabilitering og akuttbehandling er betydelige. For gruppen akutt syke gamle, som fra før er preget av komorbiditet, polyfarmasi og funksjonsproblemer, indikerer data fra Trondheim at innleggelse i akuttgeriatrisk enhet gir en 15 % absolutt økning i tremåneders overlevelse med god funksjon sammenliknet med innleggelse ved andre indremedisinske sengeposter (7). Likevel er det nettopp enheten med slike gode resultater St. Olavs Hospitals styre velger å vingestekke når budsjettet skal salderes. Behandlingen ved sykehusets øvrige indremedisinske enheter, som altså er assosiert med 15 % høyere dødelighet, sies å være «forsvarlig» (8). Er det provoserende for det øvrige kliniske miljøet å erfare at nye faglige grep, basert på en helhetstenkning som også omfatter rehabilitering, men ingen ny medisinsk teknologi, faktisk gir stor helsegevinst? Hadde det ellers vært mulig for et sykehusstyre å servere den slags argumentasjon? Spørsmålet er hermed reist. Hvis det føles ubehagelig, ja, så var det meningen.

Torgeir Bruun Wyller
t.b.wyller@medisin.uio.no

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er dr.med. og spesialist i indremedisin og geriatri. Han er professor i geriatri ved Universitetet i Oslo, avdelingsoverlege ved Ullevål universitetssykehus og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Wade DT. Measuring the quality of life in acute stroke. I: Amery WK, Bousser M-G, Rose FC, red. Clinical trial methodology in stroke. London: Baillière Tindall, 1989: 166–76.
2. Bautz-Holter E, Sveen U, Søberg H et al. Utfordringer og trender i rehabilitering. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 304–6.
3. Ingstad B, Eide AH. Rehabilitering i et internasjonalt perspektiv. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 307–8.
4. Nakken KO, Brodtkorb E, Koht J. Epilepsi og rehabilitering. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 309–12.
5. Uhlig T, Christie A. Spesialisert rehabilitering av pasienter med revmatisk sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 313–5.
6. Indredavik B, Bakke F, Solberg R et al. Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial. Stroke 1991; 22: 1026–31.
7. Saltvedt I. Treatment of acutely sick, frail elderly patients in a geriatric evaluation and management unit. Doktorgradsavhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2006.
8. Styret for St.Olavs Hospital HF. Sak 73/06. www.stolav.no/stolav/resources/sakliste+151206.doc (7.1.2006).