

Mer og bedre dialog vil kunne bedre pasientenes utbytte, redusere forekomst av feilbehandling, øke tilfredshet hos pasienter og helsepersonell til lavere kostnader

Hva virker ved rehabilitering?

I dette nummer av Tidsskriftet beskrives rehabilitering av tre ulike pasientgrupper (1–3). Kunnskapsgrunnlaget for rehabilitering av personer med kronisk obstruktiv lungesykdom (1) og eldre pasienter med akutt sykdom (2) gjennomgås på bakgrunn av litteraturstudier. I den tredje artikkelen, om kroniske muskelsmerter, beskriver forfatterne egne kliniske resultater og sammenholder disse med kunnskapsbaserte tilrådninger (3). Alle de tre artiklene underbygger at tidlig og integrert kunnskapsbasert, strukturert og flerdimensjonal rehabilitering fører til mindre sykkelighet, bedre funksjonsevne og høyere livskvalitet. Og – i tillegg – rehabilitering synes å være helseøkonomisk gunstig. Fysisk trening øker mestringssevnen på mange måter, og kognitiv trening lærer pasienter å leve med sine plager. Det er ikke like åpenbart at disse ferdighetene også fører til mindre sykkelighet, færre reinnleggelses og mindre bruk av omsorgstjenester.

Strukturert oppfølging av akutt syke eldre og slagpasienter i egne avdelinger, enheter eller institusjoner gir mer vellykket rehabilitering til en lavere kostnad (4, 5). Hvorfor er det slik? Viktige felles trekk ved disse behandlingsoppleggene er at de er flerfaglige, de involverer pasient og pårørende i dialog om behovet for oppfølging, og de inkluderer en utvidet dialog mellom berørte instanser på ulike nivåer som er aktuelle tjenesteytere i oppfølgingen av den enkelte pasient. I tradisjonell samhandling mellom nivåene bestiller primærhelsetjenesten utredning, behandling eller omsorgsovertakelse av pasienten gjennom en skriftlig henvisning. Når bestillingen er effektivt, skjer tilbakeføring til kommunalt ansvar i form av en ny skriftlig bestilling om videreføring av behandling og behovet for omsorgstjenester. Hild Fjærtøft diskuterer i sin doktoravhandling om ikke den løpende dialogen mellom slagteamene og kommunens helse- og omsorgstjeneste er det viktigste elementet i oppfølgingen av slagpasientene etter utskrivning (6). I forsøket med intermediæravdeling i Trondheim er oppfatningen den at det er den nære og løpende dialogen mellom pasient, pårørende, institusjonens helsepersonell og kommunens helse- og omsorgspersonell som fører til optimalt tjenestetilbud og oppfølging. I de foreløpige analyser synes intermediæravdelingen å være kostnadseffektiv sammenliknet med tradisjonell ivaretagelse av aktuelle pasientgrupper (Helge Garåsen, personlig meddelelse). Erkjennelsen er ikke ny, men implementeringen av denne kunnskapen er vanskelig (7). Den innebærer at kommunikasjon og samhandling mellom nivåene ved utveksling av pasienter må reorganiseres og restruktureres. Dette er en formidabel utfordring for både statlig helsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

For personer i yrkesaktiv alder omfatter helhetlig rehabilitering også den fysiske, mentale og sosiale rehabiliteringen som deltakelse i arbeidslivet innebærer. Ett av tre mål i intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv er at flere funksjonshemmede skal ut i arbeidslivet. Forsøk med å få uførepensjonerte tilbake i arbeid har gjennomgående gitt liten gevinst. Samtidig har det vært oppmuntrende resultater av forsøk med strukturert dialog mellom arbeidstakere og arbeidsgivere i Kristiansand – som har gitt redusert sykefravær og mindre utstøting av eldre arbeidstakere (8).

I slutten av 1970-årene økte antall uføre i Norge sterkt. Dette legitimerer utstøting av eldre, kronisk syke og plagede fra arbeidslivet. I perioder da disse hadde redusert arbeidsevne måtte retten til

meningsfullt arbeid vike for retten til inntektskompensasjon når plagene kunne relateres til sykdom. De siste årene har man forsøkt å endre denne kulturen. Arbeidsgivere har fått større ansvar for at personer med funksjonssvikt kan forbli i arbeidslivet. Også legenes oppgaver er forsøkt endret – fra å legitimere at pasienten ikke kan arbeide når vedkommende er plaget av sykdom skal legen nå komme med en medisinsk vurdering av mulighetene for å utføre arbeidsoppgaver ved funksjonssvikt. Det tar tid å få gjennomført slike endringer, men etter vårt skjønn er det helt nødvendig for at personer med funksjonssvikt skal kunne rehabiliteres på en vellykket måte. Tradisjonelt er også arbeidsrehabiliteringen sekvensiell – først behandling, så trening, atferding eller gjenopptakelse av arbeid. Også her er det grunn til å anta at det beste resultatet oppnås ved løpende og gjensidig forpliktende dialog mellom partene. Både etablerte og potensielle arbeidsgivere må inngå. Det er grunn til å håpe at sammenslåingen av flere velferdsetater til en ny arbeids- og velferdsforvaltning, NAV, kan bidra til en mer helhetlig og mindre sekvensiell rehabiliteringspraksis.

Forutsetningen for å få til en god individuell plan for personer med langvarig eller kronisk sykdom, slik pasientrettighetsloven angir, er at den er basert på en strukturert dialog mellom pasienten og alle involverte parter. Slike dialoger er tidkrevende og kan oppleves som forstyrrende for noen, men det er god dokumentasjon for at dette fører til bedre behandlingsresultat (6). Kanskje er tiden moden for å fremheve dialog i produksjonsmålene for alle deler av helse- og velferdstjenestene.

Roar Johnsen
roar.johnsen@ntnu.no

Nils Fleten
nils.fleten@ism.uit.no

Roar Johnsen (f. 1944) er professor i samfunnsmedisin og helsetjenesteforskning ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim og ved Universitetet i Tromsø.

Nils Fleten (f. 1954) er førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Hjalmsen A. Rehabilitering av pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 609–12.
- Petterson R, Wyller TB. Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 600–3.
- Wigers SH, Finset A. Rehabilitering ved kroniske myofascielle smertetilstander. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 604–8.
- Fjærtøft H, Indredavik B, Johnsen R et al. Acute stroke unit care combined with early supported discharge. Long-term effects on quality of life. A randomized controlled trial. Clin Rehabil 2004; 18: 580–6.
- Fjærtøft H, Indredavik B, Magnussen J et al. Early supported discharge for stroke patients improves clinical outcome. Does it also reduce use of health services and costs? One-year follow-up of a randomized controlled trial. Cerebrovasc Dis 2005; 19: 376–83.
- Fjærtøft H. Extended stroke unit service and early supported discharge. Short and long-term effects. Doctoravhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2005: 205.
- European Association for Communication in Health Care. www.each.nl (11.2.2007).
- Fleten N, Johnsen R. Etter Prosjekt egenmelding. Kristiansand: Kristiansand kommune, 2007.