



## Innspill representantforslag om å sikre likeverdige og gode rehabiliteringstjenester i hele landet.

### Dokument 8:43 S (2020-2021)

Innspill fra Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering (NFFR), Den norske Legeforening vedrørende følgende forslag:

- 1. Stortinget ber regjeringen sette ned et offentlig utvalg som skal kartlegge ulikhetene i rehabiliteringstilbudet i kommuner og spesialisthelsetjenesten, og komme med konkrete forslag til hvordan det kan leveres gode rehabiliteringstilbud basert på medvirkning fra brukere og pårørende, reduksjon av forskjellene i tilbudet, bruk av velferdsteknologi, samarbeid mellom primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og andre velferdsaktører, og sikring av likeverdige tjenester i hele landet.*
- 2. Stortinget ber regjeringen etablere en langsiktig tilskuddsordning for kommuner som gjennom nyskapende utviklingsarbeid legger til rette for rehabiliteringstjenester der pasientens behov står i sentrum, og der pasienten får et løp tilpasset og tilrettelagt sine behov. Stortinget ber regjeringen komme tilbake med nødvendige forslag for å sikre dette.*

Fysikalsk medisin og rehabilitering er en medisinsk spesialitet som utreder, behandler og rehabiliterer personer som står i fare for å få eller har fått et langvarig funksjonstap som følge av alvorlig skade eller sykdom. Spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering har høy medisinsk faglig kompetanse i tillegg til en kjernekompetanse i forhold til funksjonsvurdering og rehabilitering. Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering (NFFR) er en fagmedisinsk forening i Den norske legeforening.

NFFR støtter forslag om å kartlegge ulikheter i rehabiliteringstilbud. Vi deler oppfatningen om at rehabilitering i svært ulik grad blir prioritert nasjonalt, men også innad i helseregioner samt mellom de ulike kommuner.

For å kanalisere de rette pasienter hjem til sine respektive kommuner, ivareta god samhandling og løfte kompetanse i primærhelsetjenesten kreves det et godt og likeverdig tilbud i spesialisthelsetjenesten. Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten inkluderer avansert utredning, behandling og helhetlig, tverrfaglig rehabilitering, i spennet fra sammensatte plager i bevegelsesapparatet til omfattende og komplekse funksjonsnedsettelse hos medisinsk komplekse pasienter.



### Kompleks rehabilitering i institusjon

Rehabilitering etter akutte skader/sykdom med omfattende og kompleks funksjonsnedsettelse, i kombinasjon med komplekse medisinske problemstillinger krever høyspesialisert rehabilitering i sykehus eller institusjon. De fysikalskmedisinske avdelingene skal være organisert i fortløpende behandlingsskjeder med akuttavdelinger og det bør utvikles gode pasientforløp fra skadested til rehabilitering. Vanlige pasientgrupper er ryggmargsskader, hodeskader, hjerneslag, multitraume, amputasjoner mm. Jo tidligere etter en skade rehabiliteringen igangsettes, dess bedre er utsiktene til betydelig funksjonsgjenvinning (1-5)

Også i senfase vil enkeltpersoner eller grupper med omfattende og kompleks funksjonsnedsettelse og fallende funksjon over tid ha behov for planlagt kompleks rehabilitering i institusjon. Dette gjelder pasienter som har et pågående samlet opplegg lokalt som tidvis behøver et utvidet rehabiliteringstilbud. Noen pasientgrupper har følgetilstander etter sin sykdom som ryggmargsskader, hjerneslag og multitraume, lungelidelser, hjertelidelser og muskel- og skjelettlidelser. Også sammensatte lidelser og sjeldne diagnoser som Marfans, Osteogenesis Imperfecta mm kan kreve rehabiliteringstilbud over lengre tid med behov for intervaller med mer intensiv og kompleks tilnærming. Også her vil det være en samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Rehabilitering er pekt ut som satsingsområde i en rekke utredninger de senere år (6-10), senest i Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2020 (11). Revidert Nasjonal traumeplan (12) gir sterke anbefalinger om å involvere spesialisert rehabiliteringskompetanse ved spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering innen 72 timer etter traume. Pakkeforløp for hjerneslag er klar på at rehabilitering er en sentral del av forløpet (13).

For å sikre at pasienter med slikt kompleks forløp får den rehabilitering de bør, og har krav på, støttes forslag om å kartlegge tilbudet som eksisterer i dag, samt se på konkrete forslag til hvordan man kan levere gode tilbud i tiden framover.

### Muskel- og skjelettlidelser

Muskel-skjelettlidelser utgjør en stigende andel av sykdomsbildet for befolkningen over 16 år og er årsak til 50 % av alle sykemeldinger. I globale studier over helsetap i befolkningen ligger korsrygg- og nakkesmerter på topp med andel av totalt helsetap i befolkningen på 20 %, foran angstlidelser med 6 % (14). I følge folkehelseinstituttets [rapport](#) (15) er dette et problem i hele befolkningen, og særlig problem for kvinner. Omtrent 1 av 4 har til enhver tid langvarige plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet (16).



Gruppen med langvarige forløp representerer en særlig utfordring, og står for ca. 90 % av totalkostnadene for muskel-skjelettlidelser i samfunnet. Det er viktig at det er et likeverdig tilbud i hele landet for utredning og behandling av pasienter med slike langvarige plager. Pasienter bør kunne henvises til tverrfaglige poliklinikker for fysikalsk medisin og rehabilitering når allmennleger, kiropraktorer og fysioterapeuter samt pasientene selv har behov for bistand i vurderingen. Eksakte faktorer som medfører at lidelsene får et selvbegrensende forløp hos de fleste, mens en del utvikler langvarige smerter og betydelige funksjonstap, er delvis ukjent og bør kartlegges videre.

Det er i dag en dreining fra kirurgi til konservativ behandling. Behandling bør fokusere på bedring i funksjon og ha elementer av trening og kognitiv adferdsterapi (17). Tverrfaglig rehabilitering som adresserer biopsykososiale faktorer bør derfor være tilgjengelig for pasienter hvor trygging og råd om egenmestring ikke er tilstrekkelig. For nakke-/rygg-plager, er det evidens for at denne behandlingen reduserer smerte og funksjonstap sammenliknet med vanlig oppfølging (18). Pr i dag er det uklart om et slikt tilbud er tilgjengelig i hele landet. Det er etablert et nasjonalt kvalitetsregister, Norsk nakke og ryggregister, som også indikerer at det er sprik i tilbudet som gis- [link resultater](#) (19). I forarbeid til pakkeforløp for muskel- og skjelettlidelser framkom det også at både helsepersonell og pasienter opplever at det er variasjon i tilbud som gis.

Legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering er også spesialister på sykdommer og skader i muskel/skjelettapparatet. Vi forventer derfor at pasienter med muskel-skjelettlidelser, som tidligere har blitt diagnostisert og behandlet ved ortopediske poliklinikker, i økende grad vil diagnostiseres ved fysikalskmedisinske poliklinikker og behandles/rehabiliteres i kommunal regi. Spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering vil i samarbeid med blant annet fastleger og fysioterapeuter i kommunen kunne lage gode behandlingsforløp, sikre god konservativ behandling og forhindre kostbar kirurgisk intervensjon med tvilsom indikasjon. Det er viktig at tilbudet for muskel- og skjelettlidelser kartlegges og at man kommer med konkrete forslag til hvordan man kan levere gode tilbud i framtiden som bidrar til økt mestring og økt yrkesdeltakelse.

#### Øke antall spesialister innen fysikalsk medisin og rehabilitering

Til tross for politiske signaler om rehabilitering som satsningsområde, økende dokumentasjon for nytten av tidlig, spesialisert rehabilitering og vridning fra kirurgisk til konservativ behandling mottar vi stadig meldinger fra utdanningsinstitusjonene om nedbygging av spesialisert rehabiliteringstilbud, både i sykehus og ved private rehabiliteringsinstitusjoner. Dette påvirker igjen utdanningskapasiteten av nye spesialister. Som følge av dette frykter vi en mangel på spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering i årene fremover.



DEN NORSKE  
LEGEFORENING



Norsk forening for  
Fysikalskmedisin og  
Rehabilitering

Kommunen har fått større ansvar for rehabilitering etter alvorlig sykdom og skade (8, 20). Per i dag er det omfattende mangler og stor variasjon i kommunenes rehabiliteringstilbud. I henhold til lov om spesialisthelsetjenesten § 6-3 (21) har spesialisthelsetjenesten veiledningsplikt overfor primærhelsetjenesten. Satsing på rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er nødvendig for å bygge opp tilstrekkelig rehabiliteringskompetanse i kommunehelsetjenesten. For å øke satsningen på spesialisthelsetjenesten må man også å øke antall spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering. Dette vil være et viktig tiltak for å sikre kompetanseutveksling. Slik kan koordinerte og sammenhengende tjenester oppnås.

### Rehabilitering i kommunene

Med en eldre befolkning må vi finne kreative løsninger for å ivareta rehabiliteringsbehovet inn i framtiden. Vi støtter derfor forslaget om langsiktig tilskuddsordning for kommunenes rehabiliteringstilbud.

### Oppsummering

Vi er bekymret for betydelige prognosetap for den enkelte pasient og medfølgende økonomiske konsekvenser av dette på samfunnsnivå dersom rehabilitering ikke prioriteres. Vi ber derfor om at det legges til rette for en kartlegging av rehabiliteringstilbudet nasjonalt og iverksettelse av tiltak slik at alle diagnosegrupper med behov for et videre rehabiliteringstilbud kan få dette. Et reddet liv skal også leves.

Tromsø 08.01.21

Hilsen styret i Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering (NFFR)

leder Maja Wilhelmsen og styremedlem Marianne Wesnes

### Referanser:

- 1) *Sorbo A, 2005*
- 2) *Andelic N, 2012*
- 3) *Micllvoy L, 2001*



- 4) Jourdan C, 2013;
- 5) Godbolt AK, 2014)
- 6) Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011
- 7) Forskrift av 1.januar 2012 om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012
- 8) Helsedirektoratet. Veileder til forskrift om habilitering og rehabilitering Helsedirektoratet; 2015; [oppdatert 6.juli 2017]  
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- 9) St.prp. nr. 1 (2007–2008) Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008
- 10) Helsedirektoratet. Rapport IS-1947: Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet [Internett] Oslo: Helsedirektoratet; 1.februar 2012 <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/avklaring-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet> NCD-strategi for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft (2013-2017)
- 11) Helse- og omsorgsdepartementet. Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2020 [Internett] Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 6.oktober 2016  
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-opptappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering/id2514667/>
- 12) Nasjonalt kompetansesenter for traumatologi. Revidert Nasjonal traumeplan [Internett] Nasjonalt kompetansesenter for traumatologi. <http://traumeplan.no/wp-content/uploads/2017/02/Nasjonalt-traumeplan---Traumesystem-i-Norge-2016.pdf>
- 13) Pakkeforløp hjerneslag, Helsedirektoratet  
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/hjerneslag>
- 14) Rapport 2016:1, Folkehelseinstituttet  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rapport-20161-pdf.pdf>
- 15) Rapport FHI Muskel- og skjeletthelse <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/>
- 16) Kinge, 2015
- 17) Foster et al., Lancet 2018
- 18) Kamper et al., 2014
- 19) <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/norsk-nakke-og-ryggregister>
- 20) Meld. St. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009
- 21) Lov av 1.januar 2001 om spesialisthelsetjenesten m.m. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2001.



**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**



**Norsk forening for  
Fysikalskmedisin og  
Rehabilitering**