

Styrket satsing på rehabilitering

Formålet med rehabilitering er å gi barn og voksne som er rammet av skade, sykdom eller funksjonshemming en mulighet til å mestre hverdagen og til å delta i samfunnslivet. I dag er det mange bruker- og pasientgrupper som ikke får dekket sine behov for tjenester. Dette påfører den enkelte person, pårørende og samfunnet store tap.

Rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.¹

Det har i mange år vært bred enighet blant partiene på Stortinget om behovet for å styrke rehabiliteringstilbudet, men utviklingen viser at ventetiden øker, at færre rehabiliteringspasienter får rett til nødvendig helsehjelp, og at antall senger og oppholdsdøgn reduseres.² Videre står mange personer med rehabiliteringsbehov uten tilbud fordi de forblir udiagnostiserte.³

Legeforeningen mener at:

- God kvalitet og samhandling mellom rehabiliteringstjenestene forutsetter tilstrekkelig kompetanse og kapasitet både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.
- Rehabiliteringstjenestene må organiseres slik at man raskt kan iverksette tidlig rehabilitering etter skade. Ansvar for tidlig, høyspesialisert rehabilitering må ligge hos helseforetakene og ikke overlates til andre aktører.
- Det må stimuleres til mer forskningsbasert kunnskap på rehabilitering.
- Offentlige sykehus må ha robuste fagmiljøer med kapasitet til å utdanne legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering.

Bakgrunn

Kvalitet og samhandling i rehabiliteringen

Kommunene spiller en viktig rolle innen rehabilitering. Imidlertid er det store ulikheter i tjenestene de tilbyr. Noen pasienter er bosatt i en kommune med et omfattende tilbud av tjenester av god kvalitet, og en spesialisthelsetjeneste som kan bistå den kommunale rehabiliteringstjenesten når det trengs. Andre pasienter med samme behov må ta til takke med et minimalt rehabiliteringstilbud i kommunen, hvor det er få muligheter for bistand fra spesialisthelsetjenesten i sitt nærmiljø.

¹ Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*.

² Riksrevisjonen (2012). Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten. Dokument 3:11 (2011-2012).

³ Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *NCD-strategi 2013 – 2017*.

Det er også forskjeller mellom rehabiliteringstjenestene i sykehusene. Mens noen sykehus integrerer rehabiliteringen i behandlingskjedene og utarbeider standardiserte pasientforløp på tvers av avdelinger og klinikker, preges andre av uklar arbeidsdeling og et mer oppstykket rehabiliteringstilbud. Barneavdelingene på sykehus har i varierende grad mulighet til å gi pasientene et tilstrekkelig godt rehabiliteringstilbud uten at det går ut over andre tjenester.

Myndighetene må sørge for et likeverdig rehabiliteringstilbud av god kvalitet og med god samhandling. Det bør settes nasjonale krav til innhold av et rehabiliteringsforløp med tydelige frister. Helseforetakene må sørge for at rehabilitering er en del av behandlingskjedene, og kommunene må ha klare krav til kompetanse og kapasitet.

Tidlig rehabilitering og høyspesialisert rehabilitering

Tidlig rehabilitering starter samtidig med, eller rett etter at pasienten har fått akutt behandling. Mange av pasientene med behov for tidlig rehabilitering har utfordrende og svingende forløp. Disse krever døgkontinuerlig tilgang til høyspesialiserte team med tverrfaglig medisinsk og rehabiliteringskompetanse, og tett samhandling med akuttavdelingen i sykehuset.

Tidlig overflytting til spesialiserte rehabiliteringsavdelinger er et viktig tiltak for å sikre best mulig funksjonsevne etter skade, og er i tråd med internasjonale anbefalinger.^{4:5;6} Ansvar for tidlig rehabilitering og høyspesialisert rehabilitering må derfor ligge hos helseforetakene og kan ikke overlates til andre aktører.

Mer forskningsbasert kunnskap om rehabilitering

Helseforskning er en nødvendig forutsetning for å opprettholde høy kvalitet i norsk helsevesen.^{7:8} Dessverre er kunnskapsgrunnlaget for deler av rehabiliteringen som ytes mangelfullt. En viktig grunn til dette er at rehabilitering er et forskningssvakt fagområde med lav status, rekruttering og fagutvikling.⁹ Myndighetene må ta ansvar for å snu denne retningen og iverksette tiltak for å styrke forskningsinnsatsen på rehabilitering.

Offentlige sykehus må ha sterke fagmiljøer med kapasitet til å utdanne nye spesialister

Et sterkt fagmiljø kjennetegnes av evnen til å utvikle, beholde og overlevere kompetanse. Fagmiljøet må bestå av et visst antall leger, slik at kompetansen ikke er avhengig av enkeltpersoner, eller at miljøet blir sårbart ved fravær. Offentlige sykehus må ha robuste fagmiljøer med kapasitet til å utdanne spesialister innen fysikalsk medisin og rehabilitering.

⁴ Jourdan, C., Bayen, E., Bosserelle, V., Azerad, S., Genet, F., Fermanian, C., . . . Azouvi, P. (2013). Referral to rehabilitation after severe traumatic brain injury: results from the Paris-TBI Study. *Neurorehabil Neural Repair*, 27(1), 35-44. doi:10.1177/1545968312440744

⁵ Fakhry, S. M., Trask, A. L., Waller, M. A., & Watts, D. D. (2004). Management of brain-injured patients by an evidence-based medicine protocol improves outcomes and decreases hospital charges. *J Trauma*, 56(3), 492-499; discussion 499-500.

⁶ Sorbo, A., Rydenhag, B., Sunnerhagen, K. S., Blomqvist, M., Svensson, S., & Emanuelson, I. (2005). Outcome after severe brain damage, what makes the difference? *Brain Inj*, 19(7), 493-503.

⁷ Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *HelseOmsorg 21*.

⁸ Legeforeningen. (2012). *Forskning er helsetjenestens grunnpilar*.

⁹ Helse og omsorgsdepartementet. *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011)*

