

Policynotat nr. xx/2015

**Styrket satsing på rehabilitering**

Formålet med rehabilitering er å gi mennesker som er rammet av skade, sykdom eller funksjonshemning en mulighet til å mestre hverdagen, og til å delta i samfunns- og arbeidsliv. 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.

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.[[1]](#footnote-1) Videre står mange personer med rehabiliteringsbehov uten tilbud fordi de forblir udiagnostiserte.[[2]](#footnote-2)

Legeforeningen mener at:

* God kvalitet og samhandling mellom rehabiliteringstjenestene forutsetter tilstrekkelig kapasitet og kompetanse både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.
* Rehabiliteringstjenestene må organiseres slik at man raskt kan iverksette tidlig rehabilitering etter skade. Ansvaret 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.

*Kvalitet og samhandling i rehabiliteringen*

Kommunene spiller en viktig rolle innen rehabilitering. Dessverre 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.

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.

Myndighetene må sørge for et likeverdig rehabiliteringstilbud preget av god kvalitet og samhandling. Første steg bør være å sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene må sørge for at rehabilitering er en del av behandlingskjedene.

*Tidlig rehabilitering og høyspesialisert rehabilitering*

Tidlig rehabilitering starter samtidig med, eller rett etter at pasienten har fått behandling. Mange av pasientene med behov for tidlig rehabilitering er utfordrende med svingende forløp. Disse krever døgnkontinuerlig 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.[[3]](#footnote-3);[[4]](#footnote-4);[[5]](#footnote-5)Ansvaret 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.[[6]](#footnote-6);[[7]](#footnote-7) Dessverre er kunnskapsgrunnlaget for deler av rehabiliteringen som ytes mangelfullt.4 En viktig grunn til dette er at rehabilitering er et forskningssvakt fagområde med lav status, rekruttering og fagutvikling.[[8]](#footnote-8) 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.

1. Riksrevisjonen (2012). Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten. Dokument 3:11 (2011-2012). [↑](#footnote-ref-1)
2. Helse- og omsorgsdepartementet (2013). NCD-strategi 2013 – 2017 [↑](#footnote-ref-2)
3. Jourdan C et al. (2013) Referral to rehabilitation after severe traumatic brain injury: results from the PariS-TBI Study. Neurorehabil Neural Repair 2013;27(1):35-44. [↑](#footnote-ref-3)
4. Fakhry SM et al Management of brain-injured patients by an evidence-based medicine protocol improves outcomes and decreases hospital charges. J Trauma 2004;56(3):492-499. [↑](#footnote-ref-4)
5. Sorbo A et al. Outcome after severe brain damage, what makes the difference? Brain Inj 2005;19(7):493-503. [↑](#footnote-ref-5)
6. Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). HelseOmsorg 21. [↑](#footnote-ref-6)
7. Legeforeningen. (2012). Forskning er helsetjenestens grunnpilar. [↑](#footnote-ref-7)
8. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) [↑](#footnote-ref-8)