

Helse- og omsorgskomiteen

Oslo, 17.01.21

### Høringsvar fra Norsk Fysioterapeutforbund, dokument 8:43 S (2020-2021)

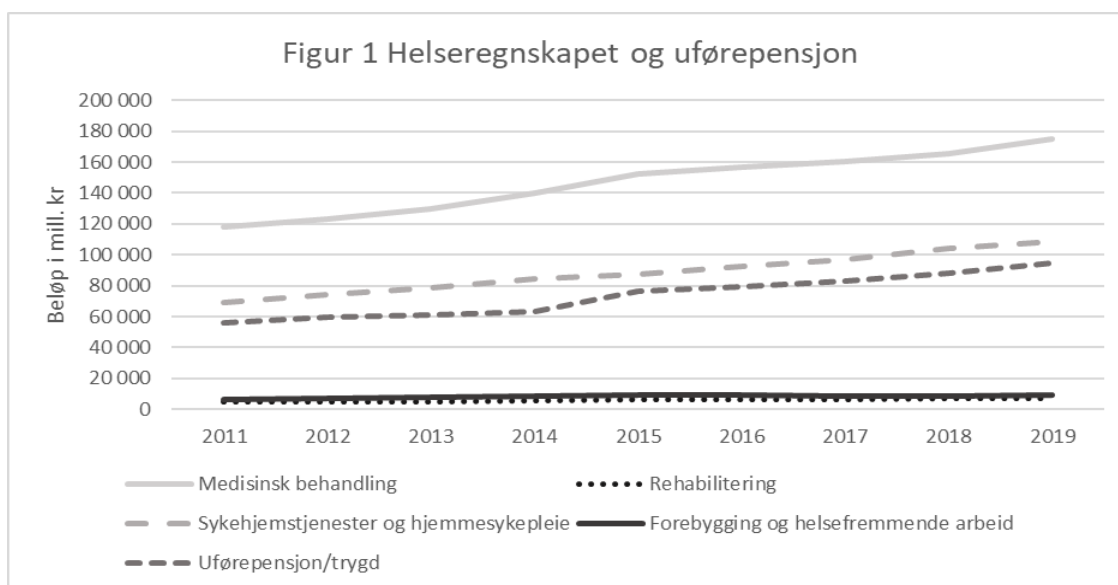
Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) er svært glad for at rehabilitering endelig er tilbake på dagsorden. NFF har flere ganger bedt om at det nedsettes et offentlig utvalg som skal kartlegge og vurdere kunnskap om dagens rehabiliterings- og habiliteringstilbud, herunder dimensjonering, organisering og hvilke pasientgrupper som i dag blir prioritert ned og ut av tjenesten. Landets pasient- og brukerombud beskriver rehabilitering som de hemmelige tjenestene, de man må vite om og særskilt be om å få. Flere mennesker opplever at de ikke får nødvendige habiliterings- og rehabiliteringstjenester, at tilbudet er oppstykket og at det ikke er likeverdige tjenester landet over.

Behovet for velfungerende rehabiliteringstjenester har fått økt oppmerksomhet det siste året. Dessverre var det nødvendig med kritisk syke Covid-19-pasienter for at fokuset skulle settes på nødvendigheten av et godt utbygd rehabiliteringstilbud. Covid-19 pasienter som har fått intensivbehandling på sykehuset er ikke friske når de skrives ut. Det samme gjelder Covid-19-pasientene som har hatt et mildere sykdomsforløp. De trenger opptrening, behandling, støtte og veiledning i lang tid. Covid-19-pasientene trenger rehabiliteringstjenester både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Mange kan med rehabiliteringsinnsats igjen oppnå normal funksjon, slik at de kan klare seg selv og delta i samfunnet slik de gjorde før de ble syke. Alternativet er at noen av disse menneskene vil måtte trenge pleie- og omsorgstjenester i kommunen og/eller ytelser fra NAV, kanskje resten av livet.

Det er ikke bare covid-19 pasientene som trenger rehabilitering. En lang rekke personer som får akutt- og intensivbehandling i sykehuset for å redde livet trenger rehabilitering både samtidig med intensivbehandlingen, og etter. Personer med kroniske sykdommer, personer som utsettes for mindre alvorlige sykdommer, skader og uhell trenger også habilitering og rehabilitering. Personer med stor arbeidsbelastning, slitasjeskader, muskel- og skjelettplager, psykiske lidelser og rusproblematikk trenger rehabilitering. Utfordringen er at det i alt for liten grad finnes helhetlige rehabiliteringsforløp, at det er for liten kunnskap om hvilke tilbud som finnes, og hva de ulike tilbudene består av.

Dersom helsetjenesten skal innrettes etter hva som er viktig for pasientene, må habiliterings- og rehabiliteringstjenestene styrkes. Det er viktig å redde liv. Det er tilsvarende viktig for pasientene, etter at livet er reddet, å kunne leve mest mulig som før. Pasientene ønsker å kunne gå igjen, å kunne stå, å kunne gå på toalettet, å kunne klare seg selv. Å mestre. Likeledes ønsker pasientene å komme tilbake til sosial omgang og helst til arbeid og utdanning. NFF mener derfor at det er nødvendig med økt oppmerksomhet og bevissthet rundt habiliterings- og rehabiliteringstjenestene. Det er nødvendig med økt kapasitet og det er nødvendig med nye styringssignaler på dette området. Å habilitere og rehabilitere flest mulig betyr mindre behov for pleie- og omsorgstjenester, og det betyr at færre har

behov for ytelser fra NAV. Å habilitere og rehabilitere flest mulig betyr samfunnsøkonomiske gevinster på systemnivået, og det betyr mestring og verdighet for den enkelte på det personlige nivået.



Figur 1 viser at mens utgiftene til medisinsk behandling, pleie- og omsorgstjenester og uførepensjon/uføretrygd har økt de siste årene, så har det ikke vært en tilsvarende økning i midlene bevilget til habilitering og rehabilitering og forebyggende og helsefremmende arbeid. Kilde: SSB tabeller 10454 og 10814.

## Geografiske forskjeller

På habiliterings- og rehabiliteringsfeltet er det store geografiske forskjeller mellom sykehusområder, og mellom kommuner. Det er store geografiske variasjoner i hvor stor andel av pasientene som mottar rehabilitering i sykehusene, og hvor stor andel som får rehabilitering i private institusjoner<sup>1</sup>. Det er også store forskjeller i kommunenes rehabiliteringstilbud<sup>2</sup>. Dette er forskjeller som i liten grad utjevner hverandre, og det er dermed ikke et likeverdig rehabiliteringstilbud i hele landet.

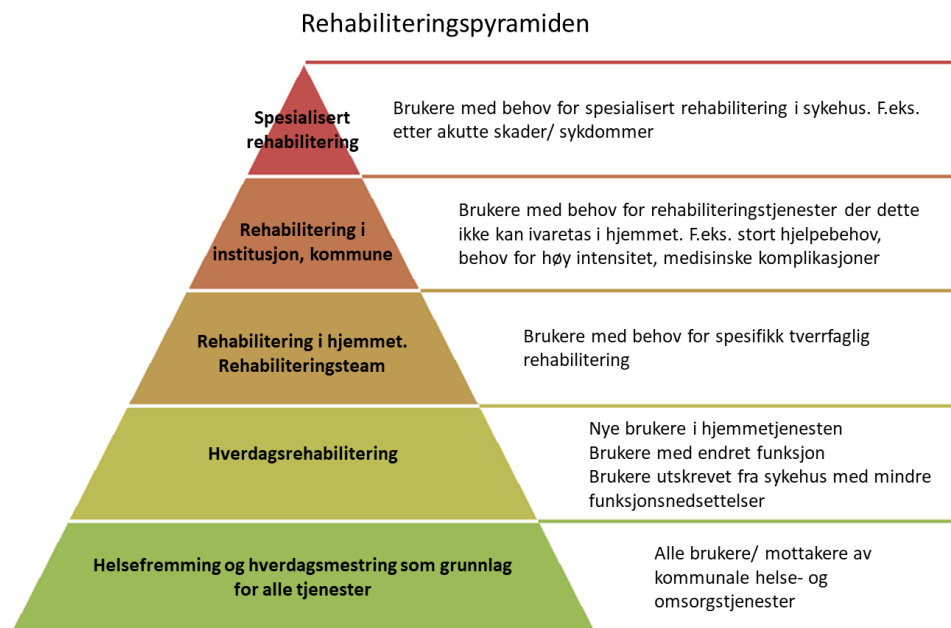
Rehabiliteringsopphold i institusjoner tilknyttet spesialisthelsetjenesten har i gjennomsnitt en varighet på 2-3 uker<sup>3</sup>. Habilitering og rehabilitering foregår dermed i hovedsak i kommunene. Ingen har oversikt over hvilket rehabiliteringstilbud som finnes i norske kommuner, og hva dette tilbudet består i. Det er i tillegg store forskjeller kommunene imellom når det gjelder innholdet i tiltak med samme navn. Noen kommuner har egne rehabiliteringsinstitusjoner, noen har rehabiliteringsopphold i sykehjemmene, noen tilbyr hverdagsrehabilitering, noen har tverrfaglige rehabiliteringsteam. Andre kommuner har organisert fysioterapeutene og ergoterapeutene under hjemmesykepleien, noen har ikke ansatte fysioterapeuter, flere har ikke tilknyttet hverken ergoterapeut eller logoped.

<sup>1</sup> Helsedirektoratet Analysenotat 8/2018: Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

<sup>2</sup> Et eksempel på kartlegging er en Spørreundersøkelse om rehabilitering i kommunene utført av Regional Kompetansetjeneste for Rehabilitering Helse Sør-øst i 2015

<sup>3</sup> Helsedirektoratet Analysenotat 8/2018: Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Det er ingen spesifikk befolknings- eller pasientgruppe som trenger rehabilitering, alle kan trenge et slikt tilbud. Det er derfor ikke slik at samme rehabiliteringstilbud treffer alle målgrupper. Det er behov for å dekke alle trinnene i rehabiliteringspyramiden i hver enkelt kommune. Enten i kommunen, ved kommunalt samarbeid eller ved kjøp av plasser i private institusjoner. Det er svært positivt at mange kommuner har satset på hverdagsrehabilitering, men som det fremkommer av figuren er det flere pasientgrupper som har behov for ytterligere og mer spesialisert rehabilitering og habilitering enn målgruppen for hverdagsrehabilitering. Disse menneskene har i dag et for dårlig utbygd rehabiliteringstilbud.



Norge har mange små kommuner. Samhandlingsreformen er fortsatt det styrende dokumentet på helseområdet. Reformens intensjon er at flest mulig skal motta helsetjenester i kommunen, det er bare spesialisert behandling som skal ligge til spesialisthelsetjenesten. Dette målet ble gjentatt i opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering som nå er avsluttet. Det er mye som tyder på at disse signalene har ledet til en gradvis nedtrapping av tilbudet i spesialisthelsetjenesten uten samtidig opptrapping i kommunene. Og, vår erfaring er at en styrking og ensidig fokus på hverdagsrehabilitering har gått på bekostning av pasientene som tidligere fikk behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er på høy tid at vi øker bevisstheten rundt avveiningen mellom nærhet til lokalmiljøet og behovet for spesialisert kompetanse. Det er nødvendig å vurdere hvordan alle kommuner, store som små, skal kunne tilby likeverdige habiliterings- og rehabiliteringstjenester til alle brukergrupper i kommunene. Derfor trenger vi det foreslåtte utvalget.

## Nødvendig med økt bevissthet og tydelige styringssignaler

NFF mener at det er nødvendig med nye styringssignaler på dette området, og, vi mener at det er på høy tid at gevinstene ved rehabilitering fremheves. Vi tenker da både på de samfunnsøkonomiske gevinstene og de personlige gevinstene. I en rapport skrevet på oppdrag fra Spekter står det at i «helseøkonomiske veiledere legges helsetjenesteperspektivet og ikke samfunnsperspektivet til grunn. Dette medfører at gevinsten ved økt yrkesdeltakelse ikke tillegges vekt i analysen og rehabiliteringstiltak som nettopp har som formål å øke funksjonsnivå og mulighet for arbeid

prioriteres ned»<sup>4</sup>. De påpeker at hensikten med å ikke innlemme gevinster fra samfunnsdeltakelse er å ikke gi grunnlag for aldersdiskriminering. På den andre siden begrenser det muligheten for å innlemme tiltak som har en samfunnsmessig gevinst ut over det å redde liv.

For å kunne øke funksjon og mestring hos befolkningen og ta ut de samfunnsmessige gevinstene av innsatsen, må den habiliterings- og rehabiliteringsfaglige kompetansen og bevisstheten styrkes. Det er i dag for liten kunnskap om innholdet i det eksisterende habiliterings- og rehabiliteringstilbudet til ulike pasient- og brukergrupper. Det er for liten bevissthet om gevinstene ved å satse på rehabilitering, det vil si både gevinster for den enkelte i form av økt funksjon, selvstendighet og verdighet og lavere kostnader til pleie- og omsorgstjenester og utbetalinger fra NAV. Og, det mangler tydelige styringssignaler som sier at habilitering- og rehabilitering er et satsingsområde. Å styrke habiliterings- og rehabiliteringstjenesten er ikke bare et kommunalt ansvar eller spesialisthelsetjenestens ansvar. NFF etterlyser tydelige signaler fra helsemyndighetene om at habilitering og rehabilitering er et prioritert område, og mener at det er nødvendig med et offentlig utvalg som kartlegger og vurderer kunnskap om dagens habiliterings- og rehabiliteringstilbud.

Vennlig hilsen



Gerty Lund  
Forbundsleder



Christine Thokle Martens  
Seniorrådgiver

---

<sup>4</sup> Oslo Economics: Samfunnsøkonomisk verdi av rehabilitering