

Hvor mange har behov for spesialisert rehabilitering?

-et første forsøk på å tallfeste det nasjonale rehabiliteringsbehovet i spesialisthelsetjenesten.

NHO Service 01/15

Oppsummering

NHO Service har private og ideelle rehabiliteringsinstitusjoner som medlemmer, disse leverer rehabiliteringstjenester til spesialisthelsetjenesten.

Vi har gjennomført et første forsøk på å kartlegge det landsdekkende rehabiliteringsbehovet i spesialisthelsetjenesten. Dette er gjort gjennom samtaler med organisasjoner som representerer noen av pasientgruppene som oftest skaper behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Fordi det har vært en underdekning i rehabilitering over flere år, vil det ha oppstått et etterslep – i kartleggingen beskrives derfor det akkumulerte rehabiliteringsbehovet.

Det rehabiliteres årlig rundt 60.000 personer i spesialisthelsetjenesten. Vi vet det er mange med behov for rehabilitering som ikke får tilbud, dette støttes av organisasjonene vi har vært i kontakt med.

Vi konkluderer med at det er et akkumulert rehabiliteringsbehov i spesialisthelsetjenesten på ca. 256.000 personer. Det betyr at rett under 200.000 kunne hatt behov for rehabilitering, og ikke fikk tilbud. Dette er personer med amputasjoner, diabetes, hjerneskader/slag, hjertesykdom, lungesykdom, personer som har hatt kreft de siste 3 årene, personer med muskel og skjelettsykdommer, nevrologiske sykdommer, revmatologi, sanseforstyrrelser, sykkelig overvekt, psykiske sykdommer og funksjonshemninger.

Til sammen utgjør rehabiliteringsbehovet som har samlet seg opp 9 % av de som lever med disse sykdommene og plagene. Noen av personene vil ha flere diagnoser, det vil således være en overlapping, dette er det ikke justert for. I tillegg kan enkelte grupper være underrepresentert, eller mangle helt i vårt forsøk på å anslå hvor mange som har behov for spesialisert rehabilitering.

Hva anbefaler NHO Service?

Først og fremst anbefaler vi at det foretas en grundigere analyse av rehabiliteringsbehovet, der man sikrer at alle pasientgrupper med rehabiliteringsbehov er inkludert. Dette bør gjøres i regi av Helsedepartementet. I analysen bør det kartlegges både akkumulert og årlige behov for rehabilitering innen spesialist- og kommunehelsetjenesten separat.

1. Bakgrunn

1.1 Hva er behovet for rehabilitering?

Riksrevisjonen la i mars 2012 frem en rapport hvor noen av hovedfunnene var;

- Det foreligger ikke metoder for å registrere hvilket behov det er for rehabilitering, men Riksrevisjonen fortolker ut fra en rekke forhold at det er en underdekning av behovet.
- Rehabiliteringstilbudet er i perioden 2005–2010 redusert: Mens man i sykehusene i 2005 hadde 25 plasser reservert til rehabilitering pr 100 000 innbyggere, var tallet i 2010 22 plasser pr 100 000 og tallet er ytterligere redusert i 2011.
- Ventetiden har økt og antallet som har fått innvilget *rett til nødvendig helsehjelp*, er redusert. Det er store variasjoner både mellom helseregionene og særlig mellom helseforetakene; mens 16 % er innvilget slik rett i Helse Nord, er tilsvarende tall for Helse Vest 61 %.
- Kun få kommuner har et rehabiliteringstilbud som med rette kan kalles rehabilitering og 20 % av kommunene har ikke opprettet en lovpålagt koordinator

Riksrevisjonens rapport har vært en viktig årsak til at NHO Service har ønsket å gjøre en undersøkelse, for om mulig, å få en første tallfesting av hvilket behov det er for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

For å estimere behovet for rehabilitering har NHO Service gjennomført samtaler med organisasjoner som representerer de diagnoser som oftest skaper behov for rehabilitering. Vi har, der det har vært mulig, supplert med tilgjengelig informasjon fra Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Norsk Pasientregister. I de tilfellene det heller ikke har vært tilgjengelig informasjon her, har NHO Service gjort estimater. Dette er et første forsøk på å estimere rehabiliteringsbehovet, og det anbefales at det gjennomføres grundigere analyser.

Rapporten er avgrenset til behovet for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Dette omfatter rehabilitering i sykehusene og i de private og ideelle rehabiliteringsinstitusjonene.

1.2 Rehabilitering

I vårt arbeid med kartlegging av rehabiliteringsbehovet har en utfordring vært at ulike aktører har ulik oppfatning av hvilke tjenester som inngår i rehabiliteringsbegrepet. Vi har ønsket å kartlegge rehabilitering underlagt spesialisthelsetjenesten. Rehabilitering i kommunene er ikke belyst i notatet. Flere brukerorganisasjoner savner gode utredelser om rehabiliteringsbehovet for rehabilitering i kommunen, samt analyser for arbeidsrettede rehabiliteringstiltak.

Rehabilitering defineres i forskrift om habilitering og rehabilitering som: "tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet." Habilitering og rehabilitering skal bidra til at mennesker med nedsatt funksjonsevne får muligheter til deltagelse i samfunnet på egne premisser. Det er i forbindelse med samhandlingsreformen og den nasjonale helse- og omsorgsplanen (2011-2015) behov for økt fokus på rehabiliteringsfeltet (Helsedirektoratet 02/2012).

Rehabilitering tilbys til de som har behov og potensiale for rehabilitering etter f. eks. ulykker, planlagte operasjoner og/eller behandling av kroniske sykdommer. All rehabilitering har som mål at den rehabiliterede skal kunne mestre dagliglivet bedre og/eller kunne ha en aktiv funksjon i arbeids- og samfunnslivet.

Rehabilitering har en klar sammenheng med:

- Evne til yrkesaktivitet (gitt at personen er i yrkesaktiv alder) eller annen aktivitet
- Selvhjelpenhet og selvstendighet, mulighet til å bo hjemme lenger for eldre, utsatt institusjonalisering
- Mindre bruk av medikamenter
- Økt fysisk aktivitet
- Helsetilstand og funksjonsevne (psykisk og somatisk)
- Bruk av helsevesen, velferdstjenester, og hjelp fra nærstående familie og andre frivillige
- Trivsel og livsutfoldelse/-kvalitet. (Proba 2012).

1.3 Dagens kapasitet i spesialisthelsetjenesten

Norske sykehus rehabiliterte i overkant av 30.000 personer i 2011, Omlag 15.000 av disse mottok rehabilitering i form av poliklinisk konsultasjon og var således dagpasienter.

I underkant av 25.000 ble rehabilitert i private rehabiliteringsinstitusjoner. Disse ble primært behandlet gjennom døgnopphold.

I tillegg mottok rundt 7.000 pasienter rehabilitering ved annen klinisk sykehusavdeling, før de så ble overført enten til en generell rehabiliteringsavdeling, privat rehabilitering eller til hjemkommunen (Helsedirektoratet, Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2011, gjengitt fra Helse Midt-Norges Prosjektrapport: Rehabilitering i Midt-Norge 2014).

2. Metode

Det er ikke en enkel øvelse å tallfeste det totale rehabiliteringsbehovet i Norge. Denne analysen må derfor ses på som et første forsøk. For å estimere behovet for rehabilitering, har vi med organisasjoner som representerer kronisk syke, samt supplert med tilgjengelig informasjon fra Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Norsk Pasientregister (NPR) og andre oppgitte kilder. I de tilfellene det heller ikke har vært tilgjengelig informasjon her, har NHO Service gjort estimater.

Det er NHO Service som står ansvarlig for anslag og tallstørrelser, ingen av organisasjonene vi har vært i dialog med (oversikt i vedlegg 1) eller våre medlemsbedrifter kan lastes for konklusjonene som trekkes. Rapporten har benyttet data fra Norsk pasientregister (NPR). NHO Service er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de utleverte data. NPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de utleverte data.

Vi har i vår rapport sett hen til det oppsett Helse Midt-Norge har benyttet i sin kartlegging av rehabiliteringsbehovet i Midt-Norge. Det er ikke utført og tilgjengeliggjort tilsvarende undersøkelser for de øvrige helseregionene.

3. Pasientgrupper med behov for spesialisert rehabilitering

I Helse Midt-Norges rapport om *Rehabilitering i Midt-Norge (2014)* omtales det hvilke pasientgrupper som kan ha behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. I stor grad benyttes samme utgangspunkt for vår rapport, men har supplert med enkelte pasientgrupper vi har vært i kontakt med. Følgende pasientgrupper inngår i vårt notat:

- Amputasjoner
- Diabetes
- Funksjonshemning/-svikt
- Hjernesker
- Hjerneslag
- Hjertesykdom
- Kreft
- Lungesykdommer
- Muskel-skjellet sykdommer
- Nevrologiske sykdommer
- Ortopediske pasienter
- Psykiske sykdommer
- Revmatologi
- Ryggmargsskade
- Sanseforstyrrelser (syn og hørsel)
- Sykelig overvekt

3.1 Amputasjoner

Det er både traumatisk og sirkulasjonsmessige årsaker til amputasjon. Ofte er pasientene leggamputerte grunnet kroniske leggsår og dårlige sirkulatoriske forhold i bena. Mange av pasientene er eldre og har betydelig redusert allmenntilstand, som resulterer i høyt hjelpebehov med sårstell og praktiske gjøremål. Yngre personer opplever også amputasjoner, i vesentlig grad forårsaket av skader og påfølgende traumer (Helse Midt-Norge 2014). Hva angår rehabiliteringsbehov vil legg- og låramputasjoner med behov for protesetilpasning være de dominerende gruppene.

Det finnes ingen sentrale registre over antall utførte benamputasjoner i Norge. En studie fra Trondheim angir at årlig insidens for benamputasjoner er 33 pr 100.000 (Witsø et.al 2010, gjengitt av Helse Stavanger 2014). Omtrent halvparten av amputasjonene gjøres hos personer med diabetes.

3.2 Diabetes

375.000 personer i Norge har diabetes. Av disse har 28.000 diabetes type 1, resten har diabetes type 2. Halvparten av de som har diabetes type 2 vet ikke selv at de har det. Hvert år får omtrent 6.000 mennesker diabetes, av disse er 10 % diabetes 1. Ca. halvparten av de som får insulinavhengig diabetes (diabetes 1) er under 15 år. Diabetes type 2 rammer primært mennesker over 40 år, men stadig yngre mennesker får også diagnosen. Jo yngre man er når man får diabetes, jo større er sjansen for kronisk og alvorlig sykdom. Type 2 diabetes kan til en viss grad behandles og reguleres

med vekttap, fysisk aktivitet og kosthold, men for de fleste er også medikamentell behandling nødvendig (Diabetesforbundet 2013).

En diabetes som ikke reguleres, fører ofte til komplikasjoner som kan føre til dårlig livskvalitet og forkortet levealder. Sykdommer i hjerte, øyne, føtter, nyrer og nerver forekommer. Noen blir blinde av sin diabetes, og det utføres årlig 500 underbensamputasjoner på personer med diabetes. Fotproblemer som følge av diabetes rammer ca. 30 % av gruppen og rundt halvparten av personer over 60 år med diabetes, har fotproblemer. Nerveskader og nedsatt sirkulasjon i beina bidrar til fotproblemene. De fleste personer med diabetes er bekymret for senkomplikasjoner (Diabetesforbundet 2012).

Det var 125.000 under 75 år som brukte blodglucosenedsettende medikasjon i 2012 (FHI 2014). Det er også mange med diabetesdiagnose i de eldre aldersgruppene, som vi har et rehabiliteringsbehov. I vår analyse anslår vi at 10 % av de tallfestede personene med medisineret diabetes har et rehabiliteringsbehov i spesialisthelsetjenesten. I tillegg kommer personer med medisineret diabetes som er over 75. En andel av disse vil også ha behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, men det har ikke lyktes oss å tallfeste dette.

3.3 Funksjonshemming/-svikt

Funksjonssvikt sett i forhold til daglige roller og oppgaver kan være mer omfattende enn graden av sykdom isolert sett. Den somatiske sykdommen er ofte ivaretatt i helseforetakenes primæravdelinger eller i primærhelsetjenesten, men funksjonssvikten kan være til hinder for å klare dagliglivet eller gjenoppta vanlig arbeid. Helse Midt-Norge skriver i sin rapport at "rehabiliteringsavdelinger i spesialisthelsetjenesten har kompetanse innen kognitive teknikker og i tillegg medisinsk spesialistkunnskap og vil kunne ivareta helheten. Basert på en slik strategi vil behandlingstilbudet favne funksjonsbegrensninger hos personer med ulike diagnosegrupper som f.eks. kompleks ortopedisk sykdom, generell funksjonssvikt etter ulike akutte sykdommer, kroniske smertetilstander og somatoforme plager. De private rehabiliteringsklinikene, med aktiv trening og kognitiv terapi i sine døgnbaserte opphold har vist seg å være et viktig tilskudd til poliklinisk- og dagtilbudsbaserte opplegg i sykehusene" (2014:46).

Rehabiliteringsprosessen sett under ett, er en komplisert kjede av ulike tjenester og tilbud. Disse administreres av ulike instanser og forvaltningsnivå. Norges Handikapforbund (NHF) peker på at samhandlingsreformen har ført til at kommunene har fått nye, store oppgaver på helseområdet – og er bekymret for prioriteringen av rehabiliteringstjenestene. I Riksrevisjonens rapport fra 2012, pekes det på at enkelte grupper faller mellom to stoler. De advarer derfor mot en nedbygging av tilbudet i spesialisthelsetjenesten før kommunene har bygget opp et forsvarlig tilbud (NHF 2013).

3.4 Hjerneskerader

De fleste av pasientene med hjerneskade som vil ha behov for rehabilitering, har dette på grunn av hjernekar sykdom. Pasienter med alvorlig hjerneskade etter traumer har stor dødelighet, om lag halvparten av personer under 65 år med alvorlig hjerneskade dør i løpet av 3 måneder, mens dette gjelder en enda større andel av de eldre hjerneskadde. I følge litteraturen varierer forekomsten av alvorlig traumatisk hjerneskade i Europa på ca. 5-20 av 100.000 innbyggere i de ulike landene, dette

skyldes varierende inklusjonskriterier og lite tidligere forskning (Manskow 2011). Rehabilitering av hjerneskadde krever spesiell kompetanse med blant annet nevropsykologi.

3.5 Hjerneslag

Hvert år rammes 15.000 personer av hjerneslag på landsbasis. Av disse dør ca. 1/3 i akutfasen, 1/3 gjenvinner full funksjon og 1/3 får varig funksjonshemning. Helse Midt-Norge oppgir i sin rapport at det er slagpasientene med mer sammensatte funksjonsutfall og et sannsynlig potensiale for funksjonsforbedring som har den største underdekningen i rehabiliteringstilbud, blant slagpasientene. Dette er ofte pasienter med kognitiv svikt, synsutfall og språkforstyrrelser. Denne pasientgruppen vil ha behov for tilbud i sykehus i tidligfase og privat rehabiliteringsinstitusjon senere (Helse Midt-Norge 2014).

3.6 Hjertesykdommer

Sykdommer i hjertets blodforsyning, muskulatur, klaffer og ledningssystem er svært vanlige. Norsk Pasientregister oppgir at det var i underkant av 120.000 pasienter med hjerteskadde i somatikk i 2013), 2060 ble rehabilitert i rehabiliteringsinstitusjoner samme år (NPR 2014).

Helse Midt-Norge trekker i sin rapport følgende konklusjoner om behovet for rehabilitering av hjertesyke: Anslagsvis 10 % av hjertepasientene vil ha behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (2014). Ressurscenteret for hjerterehabilitering ved Feiringklinikken jobber aktivt med dokumentasjon og kvalitetsutvikling innenfor fagområdet. Det er god dokumentasjon internasjonalt på effekten av hjerterehabilitering.

3.7 Kreft

Når man skal vurdere behovet for rehabilitering av kreftrammede, er det viktig å huske at dette er en heterogen gruppe mennesker med om lag 200 ulike diagnoser. 30.000 personer får kreft hvert år, det er om lag 200.000 som har hatt kreft, eller lever med sin kreftsykdom.

Kreftforeningen la i november 2013 frem et dokument om rehabiliteringsbehovet blant kreftpasienter. Målsetningen var å gi de som har hatt kreft og har behov for rehabilitering en tydelig stemme inn i diskusjonen om fremtidige rehabiliteringstilbud. Det viser seg at svært mange kreftpasienter opplever sen-effekter av kreftbehandlingen, disse oppstår på tvers av ulike diagnosegrupper. Undersøkelsen som baserer seg på svar fra 2.971 kreftrammede knyttet til 10 pasientorganisasjoner, viser at 80 % rapporterer om økt tretthet/fatigue. Flere får også ernæringsutfordringer og rapporterer om utfordringer tilknyttet angst og depresjon (Kreftforeningen 2013).

Kreftforeningens rehabiliteringsrapport «Rehabilitering og mestring blant kreftrammede» viser at respondentene i denne undersøkelsen har hatt forholdvis omfattende behov for ulike typer oppfølging og veiledning etter kreftsykdom. De mest rapporterte behovene er å snakke med en likeperson (61 %), samtale og veiledning med en fagperson (57 %), kurs om hvordan en bedre kan mestre sin nye livssituasjon (51 %), opptrening og eller behandling hos fysioterapeut (47 %) og hjelp til å sette seg inn i hvilke rettigheter en har i forhold til økonomiske ytelser o.l. (45 %) De fleste har hatt behov for minst et rehabiliteringstiltak og i snitt rapporterer respondentene å ha hatt behov for 4,8 ulike rehabiliteringstiltak hver.

I Helse Midt-Norges rapport heter det at 25 % av norske kreftpasienter hadde følt behov for rehabilitering under sykdomsforløpet, og at rehabilitering i private institusjoner er godt egnet for denne gruppen fordi de tilbyr spesialisert rehabilitering i omgivelser med mindre preg av sykehus.

3.8 Lungesykdommer

KOLS forekommer hos 7 % av den voksne befolkningen og har en årlig insidens på 1 %. (Helse Midt-Norge 2014). Det innebærer at rundt 370.000 personer har KOLS og at i overkant av 50.000 personer får KOLS årlig. Rehabilitering av KOLS-pasienter har dokumenterbar effekt på funksjonsnivå og livskvalitet og har vist seg å halvere antallet akutte sykehusinnleggelses. Svært mange pasienter med lungesykdom har respirasjonsforstyrrelser o.a. symptomer som opptrer om natten, noe som gjør at kartlegging og intervensjon gjennom hele døgnet er viktig i rehabiliteringen. Døgner rehabilitering har derfor fortsatt en sentral plass for denne gruppen pasienter (Helse Midt-Norge 2014).

Sammen med Landsforeningen for Hjerter og Lungesyke (LHL) har NHO Service kartlagt behovet for rehabilitering hos hjerte- og lungesyke. Dette er vedlagt i egen tabell i vedlegg 2.

3.9 Muskel- og skjelett-sykdommer

Ca. 15 % av voksenbefolkningen har til enhver tid plager fra muskel-skjelett-systemet. På landsbasis vil dette utgjøre rundt 600.000 personer. Ut i fra engelske beregninger gjengitt i Helse Midt-Norges prosjektrapport, trenger anslagsvis 10 % av disse kompleks tverrfaglig rehabilitering, dvs. 60.000 personer (2014). Lidelser i muskel-skjelett utgjør vår største gruppe uføre (ca. 33 %) og sykemeldte (ca. 45 %).

Personer med muskel og skjelettlidelser har i likhet med de andre pasientgruppene behov for rehabilitering utover det som tallfestes i vårt estimat for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

3.10 Ortopediske pasienter

Pasienter som har gjennomgått ortopediske eller andre operasjoner kan ha behov for rehabilitering for å få igjen funksjonsevnen. Nedenfor har vi gjort et anslag på hvor mange dette kan dreie seg om. I tillegg til denne gruppen gjengitt nedenfor, kommer personer som er rammet av brudd i ulike deler av kroppen av ulike årsaker.

Kirurgi/ortopedi	Behandles årlig	Estimert rehabiliteringsbehov
Hånd og håndledd, operasjon	5 100	1 530
skulder, avrivning, stor kikkeshullsoperasjon	1 600	480
Skulder, totalprotese	300	90
Ankelprotese	100	30
Hofteprotese	10 700	3 210
Kneprotese	4 300	1 290
SUM	22 100	6 630

Tabell 3.10: Det er hentet ut antall behandlede pasienter i spesialisthelsetjenesten i 2012 fra frittisyekehusvalg.no for de ovennevnte operasjoner. Vi har estimert at 30 % vil ha behov for rehabilitering etter operasjonen.

3.11 Nevrologiske sykdommer

Pasienter med kronisk og progredierende nevrologiske sykdommer omfatter flere diagnoser som blant annet, Mb. Parkinson, Multippel Sklerose, ALS, Guillain Barre, muskeldystrofier og epilepsi. Helse Midt-Norge anslår at 30 % av pasienter med Mb. Parkinson og Multippel Sklerose vil ha behov for rehabilitering. Mange av disse vil kunne få rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner.

Den største gruppen er personer med epilepsi. Forekomsttallene på Epilepsi er 110 nye tilfeller årlig pr. 100.000 personer (FHI 2013) Epilepsiforbundet peker helt riktig på at rehabiliteringsbehovet avhenger av hva man legger i rehabiliteringsbegrepet, men at NHO Service har rettet fokus mot et svært viktig tema.

Et fagutvalg nedsatt av Helsedirektoratet utredet i 1999-2000 behovet for supplerende rehabiliteringstilbud til barn/unge med Cerebral Parese. Forekomst av nye CP-tilfeller i denne aldersgruppen årlig er 120 – dvs. 2400 barn/unge totalt. Lofterødutvalget (2000) konkluderte med at ca 1/3 – dvs. 720 barn/unge – med CP vil ha utbytte av supplerende rehabiliteringstilbud med petö-metoden. Dagens petö-tilbud til denne målgruppen er lokalisert til tre sentra i regi av PTØ Norge og ett tilbud ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Dette dekker 10-15% av det behovet som Lofterødutvalget dokumenterte.

3.12 Psykisk sykdom

Det er vanskelig å tallfeste hvor mange psykisk syke det er i Norge i dag, men det estimeres at omkring 20 % av befolkningen til enhver tid vil lide av en psykisk lidelse, dette tilsvarer drøyt 1 million personer. Svikt i psykisk helse kan skje gjennom hele livet, og trenger ikke være en kronisk tilstand.

De fleste som har en psykisk lidelse diagnostiseres og behandles av primærhelsetjenesten. Om lag halve befolkningen vil i løpet av livet få en psykisk lidelse, som oftest i form av depresjoner, angstlidelser eller rusrelaterte lidelser. Forekomstene er på nivå med hva vi finner i andre vestlige land.

Psykisk	I løpet av livet	I løpet av et år
Angstlidelse	1 274 075	764 445
Depresjon	1 019 260	509 630
Rusrelaterte lidelser	1 274 075	764 445

Tabell 3.12: Forekomsttall av de vanligste psykiske lidelsene hentet fra Folkehelseinstituttet

I tillegg til disse lidelsene kommer personlighetsforstyrrelser, som har en forekomst på 5,5 % av befolkningen, samt spiseforstyrrelser som har en forekomst på om lag 4 % av befolkningen, Schizofreni med en forekomst på 1 %, psykotiske lidelser med en forekomst på 3,5 % og bipolar affektiv lidelse som rammer mellom 1 og 2 % av befolkningen årlig.

Mental Helse opplyser at det i dag er få rehabiliteringstilbud på dette området, og at mange vil ha nytte av rehabilitering.

I vår analyse utgjør psykisk syke en av de største gruppene personer med rehabiliteringsbehov. Tilsvarende 50.000 personer. Fordi behandling og rehabilitering av psykisk syke i spesialisthelsetjenesten lett kan gli litt over i hverandre, har NHO Service valgt å sette andelen som har behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten til 5 % i vårt første forsøk på en tallfesting.

3.13 Revmatologi

Revmatisme defineres av Verdens Helseorganisasjon (WHO) som "kroniske eller stadig tilbakevendende sykdommer og lidelser i muskel-/skjelettsystemet og i bindevevet". Disse deles inn i fire hovedgrupper;

- betennelsesaktige revmatiske sykdommer som leddgikt og lupus
- degenerativ revmatisme som slitasjegikt og artrose
- bløtdelsrevmatisme som fibromyalgi
- revmatiske manifestasjoner ved primært ikke-revmatiske sykdommer som benskjørhet.

Rehabiliteringsbehovet for revmatologi er tallfestet sammen med Muskel-og-skjelett-sykdommer.

3.14 Ryggmargsskade

I Norge lever anslagsvis 1700 med traumatisk ryggmargsskade, hvert år får ca. 60-80 personer en traumatisk ryggmargsskade og 30-40 personer får en atraumatisk ryggmargsskade. Slike skader krever livslang oppfølging pga. komplekse funksjonsutfall i ulike organer (Helse Midt-Norge 2014). NPR oppgir at det ble rehabilitert 19 personer med 23 rehabiliteringsopphold med nerveskader, herunder personer med skade på nerver og ryggmarg.

3.15 Sanseforstyrrelser (syn og hørsel)

Blindeforbundet var en av de få organisasjonene vi var i kontakt med som hadde utredet det udekkede behovet for rehabilitering. Dette ble gjort av Proba Samfunnsanalyse i 2012. Den 26-sider lange rapporten estimerer antallet synshemmede og beskriver dagens rehabilitering av synshemmede. I tillegg analyseres det hvorvidt det er tilstrekkelig kapasitet i rehabiliteringssystemet. 20 intervjuer med personer som har erfaringer fra Blindeforbundets rehabiliteringstilbud er også inkludert.

Det foreligger ikke en diagnosestatistikk i Norge som fastslår antall personer som er blinde eller synshemmede, derfor benytter vi det anslag som Verdens Helseorganisasjon (WHO) har gjort for nord-vest Europa. WHO anslår at 0,2 % av befolkningen i vår region er blinde og 1,3 % er synshemmet. Med synshemmet menes "sterkt nedsatt syn på beste øye selv med bruk av beste korreksjon". Dette tilsvarer om lag 10.000 blinde og 65.000 synshemmede.

Hørselshemmedes landsforbund (HLF) oppgir at:

- 700.000 nordmenn har nedsatt hørsel. 200.000 av disse bruker høreapparat, i tillegg er det estimert at det finnes 100.000 yrkesaktive som bør benytte høreapparat.
- 20.000 har invalidiserende grad av tinnitus (øresus)
- 40.000 har symptomer på menieres sykdom.
- 12.000 er døvblitte, 2/3 av disse er over pensjonsalder (HLF 2012).

I samtaler med HLF oppgir de at det spesielt vil være stort behov for rehabilitering av gruppen med invalidiserende tinnitus. Den desidert største gruppen med rehabiliteringsbehov er eldre tunghørte,

som enten er hjemmeboende eller hospitaliserte/institusjonsbeboere. Barn får tett oppfølging. Årlig forekomst er 30 nye brukere av Cochlearimplantat (CI) og ca. 120 "vanlige" tunghørte barn. Disse har lovfestede rettigheter til enten tegnspråklig eller talespråklig habilitering. Det er Statped som har ansvaret for dette. Yrkesaktive er også en stor gruppe, og de får et tilbud på HLF Briskeby i form av et NAV-finansiert tilpasningskurs.

3.16 Sykelig overvekt (BMI over 40, eller over 35 med følgesykdom)

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag viser at forekomsten av fedme er økende i alle aldersgrupper. Også andelen av personer med sykkelig overvekt er økende. Preliminære forskningsresultater fra St. Olavs Hospital viser at jevnlig opphold i institusjon for barnefamilier med overvektige barn har bedre effekt enn poliklinisk oppfølging (Helse Midt-Norge 2014).

Det er om lag 140.000 sykkelig overvektige personer i Norge. Behovet for behandling av overvektige i Norge overstiger langt hva som kan tilbys i spesialist- og kommunehelsetjenesten i dag. De mest komplekse tilfellene med behov for tverrfaglig tilnærming trenger et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Det er også her det bør utvikles gode modeller og erverves ny kunnskap til livsstilsendring for sykkelig overvektige. Denne kunnskapen må så formidles til kommunene, som fremtidig vil kunne ha et større ansvar i fremtiden (Helse Midt-Norge 2014).

4. Et første forsøk på å tallfeste rehabiliteringsbehovet i spesialisthelsetjenesten

Vi har i rapporten inkludert forekomsttall fra pasientorganisasjonene vi har vært i kontakt med gruppert etter de pasientgrupper som har behov fra spesialisert rehabilitering, jfr. Helse Midt-Norges rapport.

I vårt estimat angis hva som ansees som det akkumulerte behovet. Det er få tilgjengelige tall på årlig forekomst av de ulike diagnosene. I gjennomsnitt er det beregnet at ca. 9 % av dem som inngår i de pasientgruppene som er vurdert i undersøkelsen, har et rehabiliteringsbehov i spesialisthelsetjenesten.

For noen grupper vil snittet være høyere, for andre – lavere. Vi ønsker ikke å mene noe om prioriteringen av de ulike diagnosene, men heller så nøkternt som mulig kvantifisere det totale rehabiliteringsbehovet i spesialisthelsetjenesten.

Oppsummeringstabell

Oppsummeringstabell	Diagnostisert/ forekomst	Est. rehabiliteringsbehov	Andel som rehabiliteres
Amputasjoner (årlig, est.)	1 300	390	30 %
Nevrologi, Epilepsi	45 000	4 500	10 %
Muskel og skjelett	600 000	60 000	10 %
Kreft (diagnostisert siste 3 år)	90 000	27 000	30 %
Døvblitte, Tinnitus og Meniers	72 000	7 200	10 %

Blinde og synshemmede	75 000	3 100	4 %
Hjerte og lungesyke (se vedl.2)	515 550	52 150	10 %
Diabetes (medisinert, type 1+2)	125 000	12 500	10 %
Sykkelig overvekt	141 000	14 100	10 %
Nevrologi, Parkinson	8 000	2 400	30 %
Psykisk sykdom	1 000 000	50 000	5 %
Hjerneslag	55 000	16 500	30 %
Ortopedi	22 100	6 630	30 %
SUM	2 709 450	256 000	9 %

Tabell 4.1: Estimert rehabiliteringsbehov i spesialisthelsetjenesten som inkluderer det akkumulerte behovet. Dette tilsvarer om lag 8 % av de som er diagnostisert med de ulike lidelsene.

Etter det akkumulerte behovet er tatt unna vil rehabiliteringsbehovet reduseres, men likevel være langt høyere enn dagens gjennomførte rehabilitering på ca. 60.000 pasienter. Vi anbefaler at det iverksettes en kartlegging som ser på akkumulert og årlig behov for rehabilitering i alle helseregioner.

5. Anbefalinger:

På bakgrunn av vår gjennomgang har vi følgende anbefalinger til offentlige myndigheter:

- 1) Iverksett en egen kartlegging av rehabiliteringsbehovet i Norge. Kartleggingen bør vise rehabiliteringsbehov på både spesialist- og kommunehelsetjenestenivå.
 - Hvor mange har behov for rehabilitering?
 - Når i sykdomsforløpet bør man iverksette rehabilitering for de ulike pasientgruppene og hvor hyppig bør rehabilitering foretas?
- 2) Ta i bruk den ledige kapasiteten i private rehabiliteringsinstitusjoner som vil gi mulighet til å rehabiliterer 14.000-15.000 flere personer i året. I tillegg vil det komme en mulig økning i dagrehabilitering.

Kilder

Diabetesforbundet. 2014. Fakta om diabetes. Tilgjengelig fra URL: http://diabetes.no/no/Om_diabetes/

Folkehelseinstituttet 2012. Utbredelsen av hørselstap: Et viktig helseproblem blant eldre. Tilgjengelig fra URL: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,6102&MainContent_6263=6496:0:25,6109&Content_6496=6178:50246:25,6109:0:6562:14:::0:0

FHI. 2009. Første omfattende rapport om status for psykiske lidelser i Norge. Tilgjengelig fra URL: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6496:0:25,6348&Content_6496=6178:80186:25,6348:0:6562:61:::0:0

Folkehelseinstituttet 2012. Utbredelsen av hørselstap: Et viktig helseproblem blant eldre. Tilgjengelig fra URL: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,6102&MainContent_6263=6496:0:25,6109&Content_6496=6178:50246:25,6109:0:6562:14:::0:0

Fritt sykehusvalg Norge. 2014. Antall behandlinger i 2013, ulike ortopediske operasjoner. Tilgjengelig fra URL: <http://www.frittisykehusvalg.no/start/>

Helse Midt-Norge. 2014. Prosjektrapport. Rehabilitering i Midt-Norge. Tilgjengelig fra URL: <http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2014/Prosjektrapport%20REHABILITERING%202014.pdf>

Helse Stavanger. 2014. Fakta om amputasjon v 1.0. Tilgjengelig fra URL: http://eqs-forlop.sus.no/docs/doc_21430/index.html

HLF. 2012. Hørsel – samfunnsmessige konsekvenser av hørselnedsettelse. HLF Kunnskap

Høy Knudsen, Andreas. 2008. Hva er funksjonshemming. Forskning.no. Tilgjengelig fra URL: <http://www.forskning.no/artikler/2008/september/195831>

Manskow, Unn Sollid. Nevrosykepleier. Rehabilitering ved alvorlig traumatisk hjerneskade. En nasjonal multisenterstudie. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/729754/Nevrokongress_torsdag%201.%20sept_%20Unn%20Manskow.pdf

NHI. 2013. Muskel-skjelettsykdommer. Fibromyalgi. Tilgjengelig fra URL <http://nhi.no/sykdommer/muskel-skjelett/ulike-muskelsykdommer/fibromyalgi-oversikt-1193.html>

Norsk Pasientregister (NPR) Spesialbestilling 2014. Data for 2012 og 2013 ICD-10 koder for enkelte pasientgrupper.

Proba samfunnsanalyse. 2012. Behovet for og lønnsomheten av rehabilitering av synshemmede. Utarbeidet for Blindeforbundet. Rapport 2012-05. Tilgjengelig fra URL: <https://www.blindeforbundet.no/internett/fakta-og-publikasjoner/undersokelser/filer-us/PROBA-rapport-pdf.pdf>

Riksrevisjonen. 2012. Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten. Dokument 3:11. 2011-2012. Tilgjengelig fra URL: https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase_3_11_2011_2012.pdf

Lundeby, L.E, Jensen, L., Hernes, F.H, og Sletvold, E. (2013). Rehabilitering og mestring blant kreftrammede. Den kan leses elektronisk <http://www.kreftforeningens-blogg.no/wp-content/uploads/2013/12/rehabilitering-og-mestring-blant-kreftrammede.pdf>

Vedlegg 1: Oversikt over Organisasjoner vi har konsultert

For å kunne gi et estimat for hva som er behovet, har vi gjennomført samtaler med representanter for følgende organisasjoner:

- Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
- Norsk Epilepsiforbund
- Mental Helse
- Norges Handikapforbund (NHF)
- Norsk Revmatikerforbund
- Norges Fibromyalgiforbund
- Kreftforeningen
- Hørselshemmedes Landsforbund (HLF)
- Norges Blindeforbund
- Diabetesforbundet
- Landsforeningen for Hjerte- og lungesyke (LHL)

Disse organisasjonene har medlemmer som representerer de største pasientgruppene. Grunnet begrensninger i tid og kapasitet har vi ikke vært i kontakt med organisasjoner med mindre enn 5.000 medlemmer. Det er også mulig at enkelte personer telles to ganger, da diagnoser kan overlappe, noe en har søkt å unngå. Representantene fra organisasjonene listet opp ovenfor har blitt stilt følgende spørsmål:

- 1) Hvor mange lever med diagnosen i Norge?
- 2) Hvor mange av disse er i arbeidsfør alder?
- 3) Hvor mange av de diagnostiserte i arbeidsfør alder mottar AAP eller uførepensjon?
- 4) Hvor mange i arbeidsfør alder har behov for rehabilitering?
- 5) Hvor mange utenfor arbeidsfør alder har behov for rehabilitering?
- 6) Av disse, hvor stor andel bør rehabiliteres i dagrehabilitering, og hvor mange i døgnrehabilitering?
- 7) Av de som bør rehabiliteres, som er i arbeidsfør alder og står utenfor arbeidslivet – hvor stor andel er det sannsynlig å kunne tilbakeføre i arbeid? Ikke nødvendigvis full stilling.
- 8) Om disse kom tilbake i arbeid, hvor mye vil du anslå at man kunne økt arbeidskapasiteten (fra 0-100%)?

Samtalene ble gjennomført i desember 2013 og januar 2014.

Under samtalene har respondentene ikke bestandig hatt tallmateriell eller forutsetning for å komme med estimater. Det er NHO Service som står ansvarlig for anslag og tallstørrelser, ingen av organisasjonene vi har vært i dialog med kan lastes for konklusjonene som trekkes. Vi har forsøkt å være så konservative i anslagene våre som mulig.

Vedlegg 2: Anslag på rehabiliteringsbehov i spesialisthelsetjenesten for hjerte og lungesyke.

Foreningen for Hjerte- og Lungesyke (LHL) har gjort noen anslag på hvor mange som har diagnosen og hvor stort rehabiliteringsbehovet er. Dette estimatet er redigert i samråd med NHO Service.

Diagnose	Antall pasienter	Antall med behov for spesialisert rehabilitering pr. år
Coronar sykdom, PCI (pr.år)	9 000	900
Hjerteopererte (ACB og hjerteklaffer) (pr.år)	3 800	1000
Hjertesvikt	100 000	10 000
Implantert ICD (pr.år)	600	120
Implantert pacemaker og/eller CRT (pr.år)	2 750	280
Pulmonal arteriell hypertensjon	UKJENT	30
Hjertetransplanterte og de som venter	UKJENT	30
Bronkietasier	1 900	190
Interstielle lungesykdommer	1 000	100
KOLS	370 000	37 000
Sarkoidose	1 000	100
Kronisk respirasjonssvikt	2 500	500
Yngre med hjerte eller lungesykdom	6 000	200
Arbeidsrettet rehab for hjerte, lunge, kreft	17 000	1700
SUM	Ca. 500.000	52 150

Tabell 2: estimert rehabiliteringsbehov (Foreningen for Hjerte- og Lungesyke og NHO Service)

Tabellen oppgir prevalensen der annet ikke er oppgitt.