



Forslag til en National Rehabiliteringsstrategi 2017

Departementet for sundhed, FM 2017



Indholdsfortegnelse

Forord	2
Resume	3
1. Baggrund.....	4
2. Begrebsafklaring	5
3. Behovet for rehabilitering	7
4. Forslag til indsatsområde 1: En holistisk, helhedsorienteret tilgang	8
4.1. Samarbejdsaftaler	8
5. Forslag til indsatsområde 2: Lovrevision	10
6. Forslag til indsatsområde 3: Et nationalt rehabiliteringsteam	11
6.1. Potentiel organisering af rehabiliteringsteamet	11
6.2. Lokale teams og den ansvarlige koordinator	11
7. Forslag til indsatsområde 4: Organisering på det individuelle niveau	12
7.1. Behovsvurdering.....	12
7.2. Individuelle rehabiliteringsplaner.....	12
8. Økonomi	13
9. Afslutning.....	14
9.1 Opsamling på konklusioner	14

Forord

Det er mig en stor glæde at kunne præsentere dette forslag til en landsdækkende rehabiliteringsstrategi. Som Naalakkersuisoq for Sundhed er det ikke bare vigtigt for mig at vi leverer den bedst mulige behandling til vores borgere, men også at vi hjælper dem til at vende tilbage til deres normale tilværelse efter behandlingen. Dette er essentielt formålet med vores foreslåede rehabiliteringsstrategi.

Ulykker, sygdom og selv behandlingen af disse, kan have hårde eftervirkninger på både krop og sind. At miste nogle af sine færdigheder kan have store konsekvenser, både for den enkelte borger, for familien og for samfundet generelt.

Funktionsnedsættelse kan forhindre borgeren i at være i stand til at passe et arbejde og dermed føre til arbejdsløshed. Det kan forhindre borgeren i at hente børn eller passe sin familie. Det kan forhindre borgeren i at klare sig selv selvstændigt i eget hjem, og gøre borgeren afhængig af hjælp fra det offentlige. Funktionsnedsættelse er således noget der kan påvirke både individet, familien, økonomien og samfundet som helhed.

Ligesom tab af færdigheder kan tage mange forskellige former, og ramme meget bredt, kan rehabilitering også betyde mange ting. Det kan være fysisk genoptræning efter ulykker og invaliderende sygdom. Eller det kan være noget så simpelt som en samtale med en rådgiver om livet med en kronisk sygdom. Rehabilitering er en indsats der starter allerede på behandlingens første dag. Indsatsen hjælper borgeren til at håndtere og overkomme sin sygdom, så borgeren kan vende tilbage til så normalt et liv som muligt.

Med dette forslag til en national rehabiliteringsstrategi, har vi forsøgt at lægge grundlaget for en omfattende og innovativ indsats. Det kræver nytænkning at sørge for, at borgeren får så god en rehabiliterende indsats som muligt, og at borgeren så vidt muligt kan modtage denne i sit eget lokalområde. Der er behov for nye metoder til at hjælpe borgere med funktionsnedsættelse. Det kræver investeringer i ressourcer og personale. Samtidigt kræver det en struktureret og sammenhængende organisering igennem både sundhedsvæsenet og kommunerne.

Der er i dag allerede mange dygtige og dedikerede mennesker involveret i rehabiliteringen. Med den rigtige strategi på området, kan vi derfor sørge for, at alle borgere her i landet får den støtte som de har brug for, for at kunne leve et normalt liv med den bedst mulige levekvalitet.

På vegne af Naalakkersuisut, er det er mit håb og ønske, at vi allerede i 2017 kan tage de første skridt i arbejdet med at få etableret denne indsats.

Agathe Fontain
Naalakkersuisoq for Sundhed

Resume

”Forslag til en National Rehabiliteringsstrategi 2017” bygger på tidligere strategier, såsom ”Muligheder for rehabiliterende og lindrende (palliativ) indsats til personer med livstruende sygdom.”

Den bygger på et politisk ønske om at blive bedre til at hjælpe borgere tilbage til en normal og selvstændig tilværelse, og at dette kan ske i deres lokalsamfund. Den vil ikke kunne realiseres medmindre der er politisk vilje til at afsætte betydelige økonomiske investeringer til arbejdet.

”**Baggrund**” redegør for strategiens baggrund, og for hvilke beslutninger der er nødvendige, for at den vil kunne realiseres.

”**Begrebsafklaring**” definerer først begrebet rehabilitering. Rehabilitering er en tværfaglig indsats der skal hjælpe borgere til at leve så godt og selvstændigt liv som muligt. Målgruppen er alle med funktionsnedsættelser efter sygdom og ulykker.

”**Behovet for rehabilitering**” forsøger at vurdere hvor stor behovet for rehabilitering er i Grønland. Det er svært at sige hvor stort behovet er. Men erfaringer fra Danmark viser at mange målgrupper som kræftpatienter, hjerte-kar patienter, psykisk syge og ældre, vil have behov for en rehabiliterende indsats på et tidspunkt.

I ”**Forslag til indsatsområde 1: En holistisk, helhedsorienteret tilgang**” beskrives den overordnede ideologi for rehabiliteringsstrategien. Der anbefales en mere holistisk og helhedsorienteret tilgang. Det er nødvendigt ikke kun at se på fysisk funktionsniveau, men også på sociale relationer, boligsituation, muligheder for at have et arbejde og mere. Samtidig er det nødvendigt med bedre kommunikation og samarbejde på tværs af sektorer.

”**Forslag til indsatsområde 2: Lovrevision**” behandler et af de vigtigste udgangspunkter for strategien, som er en revision af lovgivningen der vedrører rehabilitering. Lige nu er loven mangelfuld og uklar, hvilket fører til et dårligt forløb for mange borgere. Det er nødvendigt at gennemgå og revidere sundhedslovgivningen.

I ”**Forslag til indsatsområde 3: Et nationalt rehabiliteringsteam**” skitseres der et nationalt rehabiliteringsteam, som der ønskes oprettet. Teamet skal varetage den nationale, rehabiliterende indsats. Derudover vil teamet understøtte lokale indsatser og tilse patienter ved rejser eller ved telemedicin. I lokalområderne samles et lokalt team af relevant personale. Hver borger skal desuden have tilknyttet en koordinator, der sørger for en sammenhængende og koordineret indsats. De lokale teams og koordinatoren understøttes af det nationale team.

”**Forslag til indsatsområde 4: Organisering på det individuelle niveau**” omhandler en række tiltag centreret omkring den enkelte borger. Behovsvurderingen er kernen i den rehabiliterende indsats. Denne skal indtænke fysiske funktioner, sociale relationer, bolig og mere. Hver rehabiliteringspatient skal også have lavet sin egen, individuelle rehabiliteringsplan. Planen beskriver indsatser og mål for borgeren.

I ”**Økonomi**” overvejes de økonomiske konsekvenser af strategien. Det kan ikke udregnes nu hvad strategien kommer til at koste, kun at der vil være tale om en betydelig ressourcetilførsel.

”**Afslutning**” runder af med en kort konklusion om betydningen af en god rehabiliteringsindsats, og strategiens hovedbudskaber.

1. Baggrund

Efter indstilling fra Familie- og Sundhedsudvalget besluttede Inatsisartut ved Efterårsmødet i 2015 ved forslag til Inatsisartutbeslutning EM2015/44, at:

Naalakkersuisut senest til FM 2016 pålægges at fremlægge strategi for udbredelse af initiativer, der kan bidrage til målrettede, veltilrettelagte og sammenhængende forløb for alle med behov for rehabilitering, herunder genoptræning.

Dette forslag til en rehabiliteringsstrategi er blevet udformet på baggrund af Naalakkersuisuts forslag.

Rehabilitering er et område, der vedrører flere forskellige fag – og ressortområder. Strategien reflekterer derfor indsatser på tværs af sektorer og faggrupper. Naalakkersuisut har nedsat en tværfaglig arbejdsgruppe på embedsmandsniveau og har holdt dialogmøder på tværs af Selvstyret og andre interessenter. Drøftelserne i denne arbejdsgruppe har bidraget til udarbejdelsen af denne strategi.

Anbefalingerne og forslagene i denne strategi bygger videre på redegørelsen ”Muligheder for rehabiliterende og lindrende (palliativ) indsats for personer med livstruende sygdom”, som blev omdelt under EM2015. Denne redegørelse har allerede gjort meget af forarbejdet i forbindelse med udviklingen af rehabiliteringsindsatsen i Grønland.

Denne strategi er designet til at give en overordnet skitse for den ønskede udvikling på rehabiliteringsområdet. Ved vedtagelse af strategien, skal der derefter udvikles en række handleplaner på området. Strategien har derfor ikke medtaget detaljerede økonomiberegninger. Disse vil følge med handleplanerne.

For at kunne implementere strategien, kræves en betydelig ressourcetilførsel til både sundhedsvæsenet og kommunerne. Præcist hvor mange er ikke muligt at sige nu, men der vil være tale om et større millionbeløb.

Af denne betydelige ressourcetilførsel vil den største del skulle tildeles kommunerne, da det er i deres regi, at størstedelen af rehabiliteringen kommer til at foregå.

2. Begrebsafklaring

Hovedkonklusion

Det er en tværfaglig og tværsektoriel opgave, at sikre et godt rehabiliteringsforløb for borgere med erhvervet funktionsnedsættelse.

Den danske Hvidbog for Rehabilitering fra 2004 definerer rehabilitering som:

”Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.”¹

Denne definition bør også være udgangspunktet for den rehabiliterende indsats i Grønland.

I kraft af Rigsfællesskabet er Grønland også omfattet af FN’s Handicapkonvention, hvori artikel 26 netop nævner habilitering og rehabilitering, som helst skal inkludere både sundhed, erhverv, uddannelse og det sociale område.²

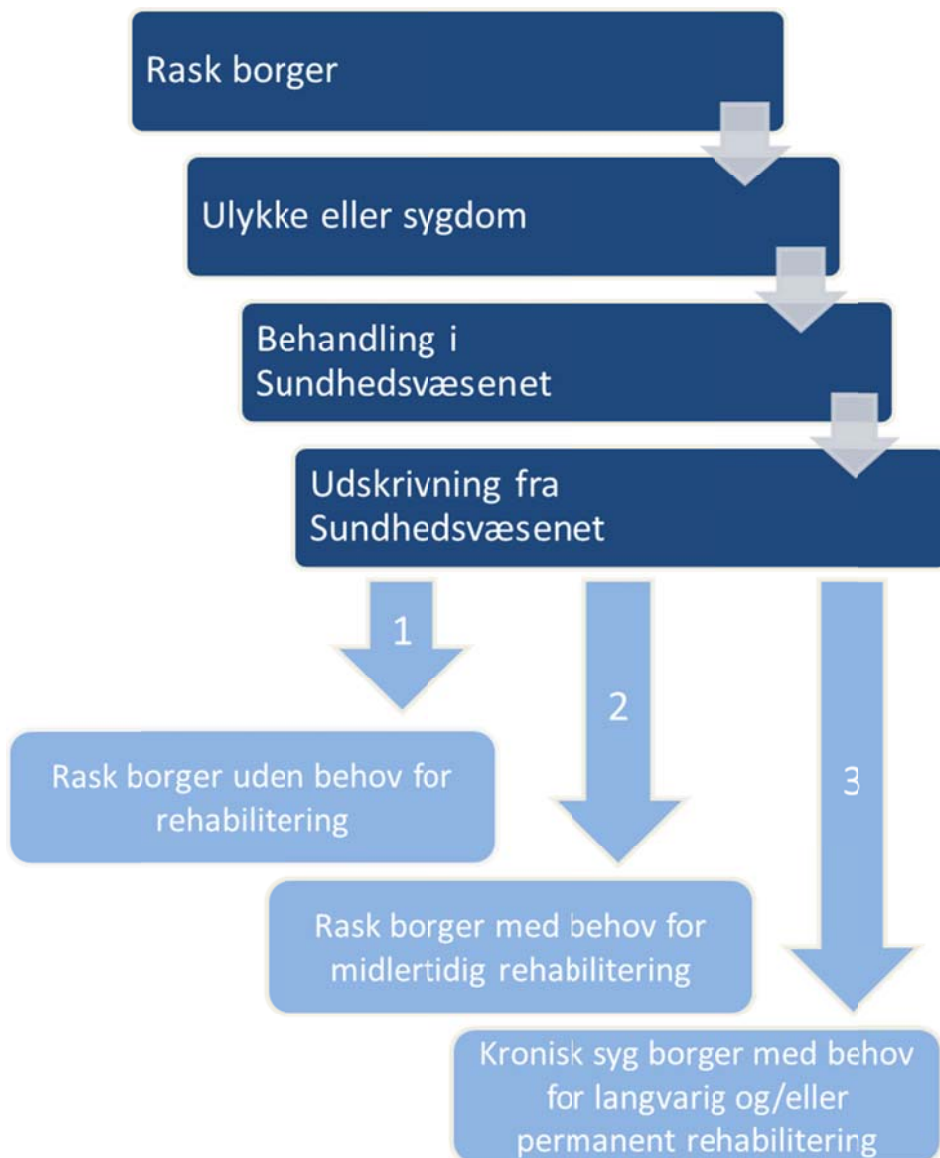
Det gode rehabiliteringsforløb skal være målrettet borgere med erhvervet funktionsnedsættelse efter sygdom eller ulykke, for at maksimere funktionsniveau og livskvalitet. Udgangspunktet skal i videst mulige omfang udgøre borgerens egne beslutninger, mål og ønsker, dog med udgangspunkt i landets ressourcer. Borgeren skal opleve sammenhæng mellem ydelser på tværs af sektorer og faggrænser. Indsatsen skal tage stilling til flere aspekter af borgerens liv, udover fysisk funktionsniveau. Der skal også tages højde for familiesituation, erhvervsmuligheder, bolig og andet.

Rehabilitering påbegyndes under indlæggelse og fortsætter efter udskrivelse fra sundhedsvæsenet i det kommunale regi. Det er en indsats som kan være nødvendig, når selve behandlingen er overstået, hvis borgeren fortsat har brug for hjælp, til at vende tilbage til sin normale tilværelse igen. Nogle patienter får aldrig brug for rehabilitering. Nogle har behov for et kortere forløb. Og andre igen har måske brug for rehabilitering resten af deres liv for at sikre, at de ikke taber de færdigheder, de har opnået under den primære indsats.

Figur 1 repræsenterer de forskellige udfald af et sygdomsforløb.

¹ Rehabilitering i Danmark – Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet

² <http://www.dch.dk/content/konventionsteksten>



Figur 1. Visuel repræsentation af en borgers udvikling igennem et sygdomsforløb.

Målgruppen for rehabilitering er alle borgere med funktionsnedsættelse efter ulykker og sygdom.

3. Behovet for rehabilitering

Hovedkonklusion

Der er et stort behov for en styrket rehabiliterende indsats blandt borgere med invaliderende, livstruende eller kroniske sygdomme.

Det er svært at fastslå, hvor mange borgere der har behov en rehabiliterende indsats, da der kun findes meget begrænset forskning og data der specifikt handler om rehabiliteringspatienter her i landet.

Det er sundhedsvæsenets vurdering, at en væsentlig del af patienterne i de målgrupper, der nævnes nedenfor, har behov for rehabilitering i et eller andet omfang. Disse patienter bør vurderes af en lægefaglig ekspert og tilbydes rehabilitering, hvor det er gavnligt og ønsket.

Der er mange kræftpatienter og kræftoverlevende, som under og efter behandling har behov for rehabilitering til at komme op på normalt funktionsniveau igen.

En dansk undersøgelse angav at 15 måneder efter diagnosen oplever 35 % af alle kræftpatienter at have behov for hjælpemidler og fysisk genoptræning.³ Det kan forventes at der er nogenlunde samme behov blandt kræftpatienterne i Grønland. I 2014 var der 192 nye tilfælde af kræft her i landet.

Patienter med hjerte-karsygdomme, sygdomme i muskler og skelet samt apoplekspatienter er andre patientgrupper, som i særlig grad har brug for rehabilitering, og hvor der samtidig er stor samfundsøkonomisk gevinst ved at investere i rehabilitering.

Tallene for de seneste år er:

	Antal patienter i 2015	Antal patienter i 2016
Hjerte-karsygdomme	228	226
Muskel- og knoglesygdomme	449	328
Apopleksi	121	82

Tabel 1. Antallet af indlagte patienter i sygdomsmålgrupper der specielt har behov for rehabilitering.⁴

Mange psykisk syge borgere kan også have gavn af psykosocial rehabilitering. Denne form for rehabilitering handler om at hjælpe borgeren med at få en selvstændig tilværelse. Dette involverer fx øgning af funktionsvurdering, sygdomshåndtering, sundhedsfremme, afstigmatisering, og sygdomsundervisning.⁵

Flere ældre som oplever sygdom eller uheld, vil også have gavn af et rehabiliterende forløb. Flere i denne målgruppe, har en øget risiko for at blive ude af stand til at klare sig selvstændigt i eget hjem efter sygdom. Et rehabiliterende forløb kan hjælpe ældre tilbage på normalt funktionsniveau igen, og forhindre at de har behov for hjemmehjælp eller at komme på alderdomshjem.

Rehabilitering ville kunne hjælpe i hvert fald en markant del af disse forskellige borgergrupper med at fungere bedre i hverdagen, være mere selvstændige, og eventuelt vende tilbage til arbejdsmarkedet.

³ Sundhedsstyrelsen - Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft – del af samlet forløbsprogram for kræft. 2012

⁴ Datamateriale fra Sundhedsledelsen

⁵ <http://www.psykisksaarbar.dk/code/pages/subpage192.aspx>

4. Forslag til indsatsområde 1: En holistisk, helhedsorienteret tilgang

Hovedkonklusion

En god rehabiliteringsindsats tager højde for alle de områder af borgerens liv, som bliver påvirket af funktionsnedsættelse.

Funktionsnedsættelse er en udfordring der påvirker borgeren og samfundet på en bred række af områder. Rehabilitering er derfor en indsats der kræver en holistisk og tværfaglig tilgang. Det er nødvendigt at inkludere alle berørte områder i borgerens liv i indsatsen.

Naalakkersuisut anbefaler at udviklingen indenfor rehabiliteringsområdet tager en holistisk og tværsektoriel tilgang til patientens behov.

Nogle centrale anbefalinger for en mere helhedsorienteret tilgang er:

- Bedre strukturelle muligheder for at samarbejde på tværs af sektorer
- Bedre kommunikation og vidensdeling mellem sektorer, specielt omkring behovsvurdering af borgeren
- Klarhed omkring opgavefordeling og ansvarsområder

En mere holistisk tilgang til patienten kan og bør skabe mere overblik og klarhed over hvad de forskellige systemer og sektorer har at bidrage med til patientservice. Eksempelvis:

Sundhedsvæsenet	Genoptræning, hjemmesygepleje, fysio- og ergoterapi, hjælpemidler
Socialområdet	Rådgivning, hjemmehjælp, støtte til praktiske opgaver, aflastning, vedligeholdelsestræning i kommunen, hjælpemidler, beskyttet beskæftigelse
Erhverv	Tilknytning til arbejdsmarkedet, revalidering, arbejdsprøvning
Andet	Dagtilbud, transportmuligheder, videreuddannelse

En mere holistisk indsats er både bedre i stand til at hjælpe borgeren med at vende tilbage til så normal en tilværelse som muligt. Samtidig vil det være gavnlige for presset personale, der har bedre muligheder for faglig sparring, støtte og samarbejde omkring borgerindsatsen.

4.1. Samarbejdsaftaler

Ansvarsområdet for koordination af den samlede plan for rehabilitering af patienter under udredning og initial behandling er placeret hos sundhedsvæsenet. Kommunerne har en hovedopgave i forhold til rehabilitering, idet patienten/borgeren gennem hele forløbet kan have behov for en bred vifte af indsatser, der ydes i kommunal regi.

Selvstyret og kommunerne bør indgå samarbejdsaftaler for mindst nedenstående områder indenfor rehabilitering:

- Indlæggelses- og udskrivningsforløb
- Træningsområdet
- Behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Forebyggelse og sundhedsfremme
- Hjælp i hjemmet

Samarbejdet omkring udskrivningsforløbet er særligt vigtigt at beskrive. Det drejer sig blandt andet om varsling af udskrivelse, udskrivelsessamtaler, snitflader omkring genoptræning samt ansvaret for levering af hjælpemidler.

5. Forslag til indsatsområde 2: Lovrevision

Hovedkonklusion

Loven er lige nu mangelfuld og uklar omkring rehabilitering, og der er behov for en fyldestgørende lovrevision på området.

Rehabilitering med sigte på at genvinde funktionsevne efter overstået sygdom eller bedring af funktionsevne ved en kronisk sygdom fremgår ikke eksplicit af den nuværende lovgivning på social- eller sundhedsområdet.

Det fremgår af Sundhedsstrategien fra 2014, at:

Lovgivningen foreskriver, at det er sundhedsvæsenets opgave at yde genoptræning til højst mulige niveau, medens kommunens opgave er at tilbyde vedligeholdelsestræning. Erfaringerne peger på, at der mellem sundhedsvæsenet og kommunerne eksisterer fortolkningsproblemer bl.a. i forhold til, hvornår en borger går fra et genoptræningsforløb til et vedligeholdelsesforløb.

Det er nødvendigt at få afklaret grænsefladerne mellem de to sektorer og at få udarbejdet retningslinjer, som kan reducere usikkerhederne om, hvornår en borger går fra et genoptræningsforløb og til et vedligeholdelsesforløb, samt at få opbygget bedre samarbejdsrelationer sektorerne imellem.

Hvad der skrives i Sundhedsstrategien 2014, er stadig gældende. Ved udskrivelse fra sundhedsvæsenet, mangler der ofte formaliseret koordination mellem sundhedsvæsenet og kommunerne, omkring det videre forløb for borgeren.

Det er nødvendigt med en revision af sundhedslovgivningen, så den bedre tager højde for rehabilitering, og sikrer et godt forløb for borgeren.

Ved den fremtidige lovgennemgang på rehabiliteringsområdet, er det især nødvendigt at se på de tværsektorielle overgange og det tværsektorielle samarbejde.

For at gennemføre denne rehabiliteringsstrategi samt kommende handleplaner vil det være hensigtsmæssigt, at man blandt andet ser på, hvordan man via den relevante lovgivning kan sikre bedre rammer for et fyldestgørende rehabiliteringsforløb.

Dette lovarbejde vil blive prioriteret i Departementet for Sundhed i 2017, og skal udarbejdes i tæt samarbejde med andre relevante departementer.

6. Forslag til indsatsområde 3: Et nationalt rehabiliteringsteam

Hovedkonklusion

Det anbefales at der oprettes et specialiseret og nationalt rehabiliterende team, der understøtter lokale teams og koordinatore.

Med hensyn til organiseringen af det specialiserede rehabiliterende tilbud anbefales det, at der på sundhedsområdet oprettes et nationalt, rehabiliterende team. Teamet skal sikre standarden for den specialiserede rehabiliterende behandling på et nationalt plan, og for den lokale rehabiliterende indsats.

6.1. Potentiel organisering af rehabiliteringsteamet

Den overordnede organisering af rehabilitering skal som de øvrige sundhedstilbud være i overensstemmelse med LEON-princippet (Lavest Effektive Omkostningsniveau), således at en indsats tilbydes så lokalt som muligt og på det laveste effektive specialiseringsniveau.

Rehabiliteringsteamet skal fungere som et specialiseret landsdækkende team. Teamet vil kunne levere vejledning, rådgivning og supervision både i forhold til konkrete patientforløb og på et overordnet niveau på tværs af sektorerne.

Nogle af kerneopgaverne forventes at inkludere:

- Koordinering af den nationale indsats.
- Tilse borgere ved besøg eller over telemedicin.
- Sikre at tilbud sker ud fra ny viden og 'best practice'.
- Facilitere koordination og samarbejde på tværs af sektorer.

Teamet forventes at have en faglig fordeling, så det både kan tage sig af fysiske, sociale og psykologiske behov. Fx med en almenmediciner, ergoterapeut, socialrådgiver og psykolog.

6.2. Lokale teams og den ansvarlige koordinator

Det lokale team vil ikke være et permanent team, men vil skulle dannes i regioner eller sundhedscentre, når der lokalt er en person med rehabiliterende behov, der kræver en tværfaglig og tværsektoriel indsats. Ved specialiserede behov kan rehabiliteringsteamet inddrages.

Alle patienter med invaliderende sygdom bør have mulighed for at få tilknyttet en primært ansvarlig koordinator. Den ansvarlige koordinator er den lokale tovholder for den rehabiliterende indsats. Tovholderfunktionen betyder, at koordinatoren med sit kendskab til patientens helbredsmæssige historik samler de forskellige tråde i indsatsen. Denne sikrer, at der er en sammenhæng i tilbuddet, så behandlingen forbliver relevant i forhold til patientens helbredsproblemer og sygdomsstadie.

Den ansvarlige koordinator arbejder med udfyldelsen af elementerne i behovsvurderingen og funktionsvurderingen, herunder jævnlige behovsscreeninger med relevant screeningsredskab. Han eller hun henviser til en anden faglig vurdering, hvis der ved screeningen er fundet behov herfor. Den ansvarlige koordinator understøttes/superviseres omkring faglige spørgsmål af det nationale rehabiliteringsteam. Dette kan blandt andet ske ved hjælp af telemedicin.

7. Forslag til indsatsområde 4: Organisering på det individuelle niveau

Hovedkonklusion

Det gode rehabiliteringsforløb udarbejder individuelle planer for borgeren, baseret på borgerens behov.

7.1. Behovsvurdering

En hjørnesteen i det rehabiliterende tilbud er en solid behovsvurdering.⁶ Målet er at afdække både borgerens fysiske funktionsniveau, såvel som psykologiske og sociale udfordringer. Fx om borgeren kan klare sig selv i hjemmet, hvilke gøremål borgeren evner, hvordan borgerens sygdom hæmmer ham/hende i hverdagen, hvordan de sociale relationer er, og borgerens mentale velvære. Behovsvurderingen gør det muligt for personalet at levere den mest gavnlige videre indsats for borgeren, og vurdere om der er sket fremskridt eller tilbagegang i borgerens funktionsniveau.

Behovsvurderingen starter ved den første kontakt med sundhedsvæsenets eller kommunernes personale, og gentages herefter ved:

- Sektorskift, fx udskrivelse til eget hjem.
- Ændring i tilstanden.
- Ændring i medicin eller indsatser fra fx terapeuter, psykolog, sociale forandringer eller lignende.
- Ved henvisning til samarbejdspartnere.⁷

Behovsvurderingen bør baseres på en screening med et nationalt, standardiseret spørgeskema, der kan bruges af både sundhedsvæsenets og kommunernes personale. Screeningen danner efterfølgende basis for en samtale og evt. en klinisk undersøgelse.

En patients behov for rehabilitering kan skifte både karakter og sværhedsgrad igennem forløbet. Organiseringen bør derfor muliggøre, at indsatsen kan tilpasses og gradueres efter behovene. Vurderingen af patientens funktionsniveau er essentielt for at afgøre om borgeren har brug for en rehabiliterende indsats og hvilken form for indsats borgeren har brug for.

7.2. Individuelle rehabiliteringsplaner

Det er tilrådeligt, at alle patienter med funktionsnedsættelse efter et sygdoms- og behandlingsforløb får lavet en individuel rehabiliteringsplan, som følger patienten igennem det fulde forløb. Planen skal laves ved indlæggelse i sundhedsvæsenet i samarbejde med kommunen.

Planen skal beskrive hvad der skal ske med borgeren efter diagnosticering, under genoptræningen i sundhedsvæsenet, og under den videre rehabilitering i kommunen efter udskrivelse. Planen skal forsøge at sætte et realistisk og opnåeligt mål for borgeren, som er koordineret med de involverede parter. Fx kunne målet være at blive i stand til at blive så selvhjulpne som muligt, og blive i stand til at klare sig i eget hjem uden hjælp fra offentligt personale.

⁶ Denne anbefaling kommer blandt andet fra REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, som bygger denne anbefaling på tidligere erfaringer fra Danmark.

⁷ Inspireret fra Dansk Selskab for Almen Medicin. Palliation. Klinisk vejledning for almen praksis..

8. Økonomi

Det er ikke muligt at opgøre økonomien på det rehabiliterende område før der er udarbejdet handlingsplaner for strategien, og lovrevisionen gennemføres. Det skal klargøres hvilke områder der skal arbejdes videre med, og hvordan ansvaret for indsatsen fordeles mellem sundhedsvæsenet og kommunerne.

Men det er tydeligt, at denne strategi kræver en betydelig ressourcetilførsel til såvel kommunerne som sundhedsvæsenet, herunder til bl.a. udvikling og drift, mere personale, opkvalificering af medarbejdere og flere hjælpemidler.

9. Afslutning

Der er ingen tvivl om at et sundhedsvæsen med et større fokus på rehabilitering, kan være en stor gevinst for Grønland. Ikke bare for borgerne, men også for den mest effektive brug af vores ressourcer.

Men det kræver tæt samarbejde sektorerne imellem for at kunne levere denne indsats. Og det kræver en betydelig ressourcetilførsel til både sundhedsvæsenet og kommunerne. Der er tale om en fundamental ændring i den måde vi arbejder med borgere med funktionsnedsættelse. Det er en ny arbejdsform og tankegang som skal gå på tværs af ressortområder, og som skal gennemføres tværfagligt.

Denne strategi har forsøgt at skitsere de tiltag som vurderes at være nødvendige for at få en solid rehabiliteringsindsats op at køre. Der skal laves juridiske og strukturelle forandringer, der i højere grad tager højde for en rehabiliterende tilgang. Samtidig skal der indføres nye arbejdsmetoder der i højere grad sætter borgeren i centrum af indsatsen, og tænker hele dennes liv ind.

Ændringerne er omfattende, men vi må indrømme at den indsats vi gør for vores borgere med rehabiliteringsbehov, lige nu ikke er tilfredsstillende. Vedtagelsen af denne strategi vil ikke bare hjælpe vores borgere, men også samfundet som helhed, ved at vi forebygger udgifter i det lange løb.

9.1 Opsamling på konklusioner

De hovedbudskaber det defineres i rehabiliteringsstrategien er følgende:

1. Det er en tværfaglig og tværsektoriel opgave, at sikre et godt rehabiliteringsforløb for borgere med erhvervet funktionsnedsættelse.
2. Der er et stort behov for en styrket rehabiliterende indsats blandt borgere med invaliderende, livstruende eller kroniske sygdomme.
3. En god rehabiliteringsindsats tager højde for alle de områder af borgerens liv, som bliver påvirket af funktionsnedsættelse.
4. Loven er lige nu mangelfuld og uklar omkring rehabilitering, og der er behov for en fyldestgørende lovrevision på området.
5. Det anbefales at der oprettes et specialiseret og nationalt rehabiliterende team, der understøtter lokale teams og koordinatore.
6. Det gode rehabiliteringsforløb udarbejder individuelle planer for borgeren, baseret på borgerens behov



Photo: Ulrik Bang