
Rehabilitering som distriktpolitisk øvelse

REDAKSJONELT

GULBRANDSEN P

Statskonsult, Direktoratet for forvaltningsutvikling utarbeidet i 1997 en rapport om opptreningsinstitusjonene, detsom tidligere het rekonvalesenthjem og kurbad (1). Rapporten har i liten grad vært omtalt i mediene, til tross for at den kommer med kritikk av ordningen på en rekke punkter, bl.a. finansieringen, kontrollen med bruk av midler, enurettferdig refusjonsordning og store geografiske forskjeller i bruken av plassene.

Formålet med opphold i opptreningsinstitusjoner er å bedre pasientens funksjonsevne, bidra til å hindre tilbakefall av sykdom og bedre muligheten for egenomsorg (2). At en del politikere lever i den villfarelse at dette formålet også dekker rehabilitering til arbeid er ikke underlig, idet alle offentlige dokumenter omtaler institusjonene som et supplement til det fylkeskommunale og kommunale rehabiliteringstilbudet (3). For noen pasientgrupper fungerer institusjonene etter hensikten, men det er ikke først og fremst yrkesaktive dette tilbudet tjener i dag. Det er på tide å kalle en spade for en spade: Opptreningsinstitusjonene dekker et enormt, udekket behov i kommunene for avlastning og rekreasjon, som av uklare grunner fortsatt er finansiert over folketrygden.

Det er for så vidt utmerket at et slikt tilbud finnes. Det problematiske er at det gir inntrykk av å være et viktig supplement til det rehabiliteringsarbeid som kommuner og fylkeskommuner er pålagt å drive, og som, nøkternt vurdert, står meget tilbake å ønske. En kjent problemstilling i allmennpraksis er pasienten som er for frisk til å få uførepensjon, men for syk til å beholde arbeidet på vernede arbeidsplasser.

Rekonvalesenthjem og kurbad har ikke vist seg velegnet for denne pasientgruppen, som ofte verken har råd til oppholdet eller har tilstrekkelig nytte av det til å komme tilbake i arbeid. Når folketrygden har anstrengt økonomi, må det stilles spørsmål ved om det er riktig å bruke nærmere 400 millioner kroner årlig til rehabilitering slik det gjøres i dag.

Statskonsult dokumenterer dessuten at norske pasienter på minst to vis behandles urettferdig i henhold til denne ordningen. Ortopediske pasienter og pasienter som kommer direkte fra sykehus, får full refusjon for oppholdene, mens endårlig hjerte- eller lungepasient henvist fra allmennpraksis må betale. I tillegg er det en svær geografisk skjevfordeling i tilbudet. Pasienter i Rogaland benytter opphold i opptreningsinstitusjoner langt sjeldnere enn pasienter i østlandsområdet.

Mange leger har erfart at pasienter har takket nei til opphold i opptreningsinstitusjon på grunn av kostnadene. IRikstrygdeverkets rundskriv er det lagt vekt på at minstepensjon alene ikke er grunn god nok til å yte bidrag til dekning av egenandelen. Pasienten må i tillegg ha store utgifter på grunn av sykdom som ikke dekkes av trygden (4). Dette passer med et inntrykk man kan få i allmennpraksis, nemlig at hovedtyngden av forespørsler om å søke plass kommer fra eldre som har råd til gjentatte opphold. En kommunal eller fylkeskommunal prioritering ville muligens ha bidratt til at helsepersonell med god kjennskap til pasientene kunne sørge for en mer rettferdig fordeling.

Men Stortinget har gang på gang motsatt seg departementale forslag om å overføre ansvaret for opptreningsinstitusjonene til kommuner og fylkeskommuner. En av grunnene som er nevnt, er at uten finansiering over folketrygden vil institusjonene kunne bli behandlet ulikt. Er det verre enn at pasienter blir behandlet ulikt? Det er nærliggende å spørre om ikke bakgrunnen er en annen. Opptreningsinstitusjonene ligger i all hovedsak i det østnorske bakland, regioner som - med unntak av i OL-året 1994 - sliter med å få samme fart på økonomien som resten av Sør-Norge. Vi snakker om store arbeidsplasser i små kommuner, tradisjonelt nærmest uangripelige størrelser i norsk politikk.

Tilbudet som opptreningsinstitusjonene gir er et vesentlig supplement til hjemmesykepleie og sykehjem, og tilslører kommunenes og de pårørendes ansvar for å gi de eldre verdifull støtte og avveksling i sine ofte ensomme liv. Dessuten bidrar det til å skjule at rehabiliteringstilbudet i kommuner og fylkeskommuner er utilstrekkelig. Det er å håpe at Stortinget, når rehabiliteringsmeldingen skal behandles, gjør vedtak som bidrar til en mer rettferdig geografisk fordeling og styrker rehabiliteringen av de vanskeligst stilte i yrkesaktiv alder. Et slikt vedtak kan koste stemmer, ikke bare i institusjonenes hjemkommuner. Det er nok lettere å identifisere seg med et eldre menneske med avlastningsbehov enn med en yngre arbeidsufør med et sammensatt fysisk, psykisk og sosialt problem.

Pål Gulbrandsen

LITTERATUR

1. Lidahl NK, Kvalvåg MI, Hansen F, Ingvaldsen J. Tilskudd til opptrening. En gjennomgang av statlige tilskudd til opptreningsinstitusjoner og spesielle helseinstitusjoner. Rapport nr. 19/1997. Oslo: Statskonsult, Direktoratet for forvaltningsutvikling, 1997.
2. Retningslinjer for bidrag til dekning av utgifter til opphold i opptreningsinstitusjon. 4.7.1997. Oslo: Rikstrygdeverket, 1997.
3. Gulbrandsen P, Vetti A. Staten uten kontroll over opptreningsmillionene. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3010-1.
4. Kapittel 5, §5-22 (Nr. 1), Opptreningsinstitusjon. Rundskriv nr. 8-97, 1.8.1997. Oslo: Rikstrygdeverket, 1997.

Publisert: 20. august 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.