

## Aktiv rehabilitering

Rehabilitering er et stort fagfelt der fokus på forskning har vært lite, i forhold til de ressurser som går med til rehabilitering i Norge og i forhold til helseøkonomiske aspekter ved satsing på kunnskapsutvikling om hva de ulike rehabiliteringstiltakene koster samfunnet. I vårt forskningsmiljø har vi valgt å fokusere på aktiv rehabilitering som den type rehabilitering som drives innenfor den pasientstrømmen som vi har på Ortopedisk senter (sengeposter, poliklinisk virksomhet, Legevakten og aktive samarbeidspartnere i primærhelsetjenesten).

Aktive rehabiliteringsprogram skal være målrettede treningsprogram basert på optimalt dosert trenings- og øvelsesprogram for å gjenvinne, bevare og utvikle funksjonsevnen hos enkeltindividet. Utvikling av og implementering av metoder for vurderinger av pasienters funksjonsevne står helt sentralt for å kunne tilpasse og progredierende treningstiltak for å oppnå treningseffekt for enkeltindividet.

Passive behandlingsformer og avlastning var behandlings- og rehabiliteringsform for individer med muskelskjelettlidelser, til langt ut på 80-tallet. Men med den økende grad dokumentasjon for positive effekter av fysisk aktivitet og aktiv rehabilitering for pasienter med skader eller lidelser i muskelskjelettet har fokuset endret seg og behovet for utvikling av treningsprogram og dokumentasjon innen feltet er økende (Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, rapport 2/2000).

Noen muskelskjelettsykdommer kan behandles kasuelt, men etterlater en nyoperert eller behandlet pasient med en betydelig redusert funksjon, hvor riktig rehabilitering er en forutsetning for gjenvinning av funksjonsnivå og for tilbakeføring til samfunnet. Vi vet imidlertid at riktige rehabiliteringstiltak i et tidlig utviklingsstadium av muskelskjelettlidelser (artrose), eller kort tid etter en skade har skjedd (ligamentskader) kan påvirke pasientenes funksjon, enten ved å unngå kirurgiske inngrep eller der preoperativ rehabilitering viser seg å være vesentlig for å gjenvinne funksjonen på et tidligere tidspunkt postoperativt. Dersom en pasient først har fått et brudd som skyldes osteoporose er det vesentlig at man setter inn rehabiliteringstiltak som inkluderer tiltak for å unngå flere brudd og flere re- innleggelser. Andre lidelser som f.eks kroniske ryggplager har ingen ultimat kirurgiske eller farmakologiske behandlingstilbud, og aktiv rehabilitering som konservativ behandling er ett godt alternativ for å bedre funksjonsnivå og livskvalitet.

Fysioterapeuter har rehabilitering som et av sine viktigste kompetanseområder, men rehabiliteringsfagfeltet favner også andre profesjonsgrupper som er vesentlige for utvikling og igangsetting av de rette behandlingstiltak for den enkelte pasient. Nettopp derfor har vi knyttet forskning omkring aktiv rehabilitering opp mot de kliniske miljøene og mot yrkesgruppene: fysioterapeuter, ortopeder, fysikalskmedisinere og treningsveiledere. Fysioterapeuter har de senere årene satset betydelig på å øke dokumentasjonen innen sitt fagfelt, noe som har ført til flere fysioterapeuter med forskningskompetanse. Rehabiliteringsforskningsfeltet står således sterkere enn før med sin økte forskningskompetanse innen fysioterapi.

Rehabilitering er i mange henseender sekundærforebyggende tiltak. I Norge har satsningen på trening som både primær- og sekundærforebyggende tiltak vært betydelig og er nå et av Helsedepartementets største satsningsområder. Grønn

resept er bare et av mange tiltak i St. meld. 16, "Resept for et sunnere Norge", noe som helt klart gjenspeiler den politiske viljen til å prioritere dette fagfeltet. Men satsing forutsetter kunnskap, og kunnskapen fra forskning må implementeres i praksisfeltet, en stor utfordring for helsepersonell.

Det er behov for solide forskningsmiljøer som kan bidra til kunnskapsutvikling, til utdanning av høyt kvalifiserte forskere og yrkesutøvere, og som kan bidra til et gjensidig samarbeid mellom forskningsfeltet og praksisfeltet. Forskningsresultater har begrenset verdi om de ikke blir implementert i klinisk praksis, og/eller formidlet til aktuelle målgrupper. Å gjennomføre forskningsprosjekt i et klinisk miljø vil kunne øke forståelsen av de data som innhentes, og kunnskapen som erverves vil kunne utnyttes maksimalt i klinikken. Det vil videre arbeides for å utarbeide informasjonsmateriell, holde kurs/foredrag, samt tilby treningsgrupper for å forebygge utviklingen av muskelskjelettlidelser.