

Rehabiliteringsmetodiken är läkarspecialitetens kärnpunkt

CENTRALT ÄR SAMARBETET MELLAN DEN DRABBADE, NÄRSTÅENDE OCH TEAMET UNDER LEDNING AV EN SPECIALIST I REHABILITERINGSMEDICIN

Jan Lexell, professor i rehabiliteringsmedicin, överläkare, Lunds universitet; Skånes universitetssjukhus Lund

● jan.lexell@med.lu.se

Xiaolei Hu, med dr, adjungerad universitetslektor, specialistläkare i rehabiliteringsmedicin, Norrlands universitetssjukhus; Umeå universitet

Rehabiliteringsmedicin är en läkarledd specialistverksamhet inom hälso- och sjukvården och en av de fyra neurologiska basspecialiteterna. I Sverige och internationellt finns hos läkare inom specialiteten kunskap om medfödda och förvärvade skador och sjukdomar med fokus på deras konsekvenser för den drabbade personen och dennes närstående [1]. Som specialister i rehabiliteringsmedicin har vi ett övergripande ansvar för en persons rehabiliteringsprocess och särskilda kunskaper om hur man bedömer, diagnostiserar, förebygger och behandlar olika typer av funktionsnedsättningar samt aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar med hänsyn till person- och omgivningsfaktorer. Inom specialiteten finns också kunskap om hur man med olika rehabiliteringsåtgärder kan stödja personer med funktionsnedsättning att återvinna och bibehålla bästa möjliga funktionsförmåga och att bli så aktiva och delaktiga som möjligt inom familjeliv, på arbetet och fritiden.

Rehabiliteringsmedicin i Sverige riktar primärt in sig på personer med komplexa tillstånd till följd av en neurologisk skada eller sjukdom eller långvarig icke-malig smärta. För dessa personer finns oftast ett behov av nära samordning mellan olika yrkeskategorier, långsiktig uppföljning och justering av olika rehabiliteringsåtgärder. För personer med andra skador eller sjukdomar eller mindre omfattande behov kan rehabilitering inom andra delar av sjukvården, kommuner eller övriga samhället vara fullt tillräcklig. Det rehabiliteringsmedicinska arbetssättet kan dock med fördel användas inom alla delar av hälso- och sjukvården, även utanför specialistverksamheten.

HUVUDBUDSKAP

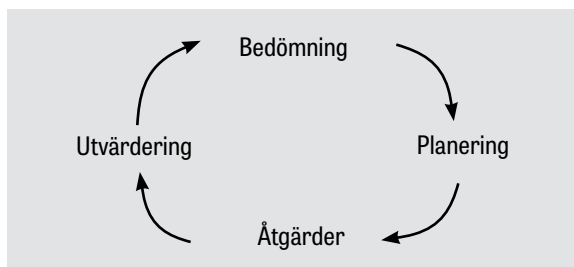
- Rehabilitering vid komplexa tillstånd erbjuder en bro från skada, sjukdom och funktionsnedsättning över till ett mer självständigt och aktivt liv.
- Centralt i modern rehabilitering är samarbetet mellan den drabbade personen, dennes närstående och teamet under ledning av en specialist i rehabiliteringsmedicin.
- Specialister i rehabiliteringsmedicin har särskilda kunskaper om hur man bedömer, diagnostiserar, förebygger och behandlar olika typer av funktionsnedsättningar.
- Kärnan i läkarspecialiteten rehabiliteringsmedicin är rehabiliteringsmetodik med viktiga delar som rehabiliteringsprocess, rehabiliteringsplan, mätning och utvärdering.

Trots att vår specialitet funnits internationellt i snart 100 år och i Sverige över 50 år är rehabiliteringsmedicin som självständig medicinsk specialitet i allmänhet ganska okänd. För att fokusera på kärnan i läkarspecialiteten rehabiliteringsmedicin och för att beskriva hur vi arbetar har begreppet rehabiliteringsmetodik tagits fram [2]. Under de 20 år som rehabiliteringsmetodik har utvecklats inom svensk rehabiliteringsmedicin har centrala delar som rehabiliteringsprocess, rehabiliteringsplan, teamarbete, målformulering, mätning, utvärdering och internationell ackreditering fått ett allt större utrymme. En ökad forskning om dessa delar och kunskap om betydelsen av olika rehabiliteringsåtgärder har även gjort att vi i dag har en allt bättre grund att stå på när vi bedömer, planerar och genomför en evidensbaserad individuell rehabiliteringsprocess.

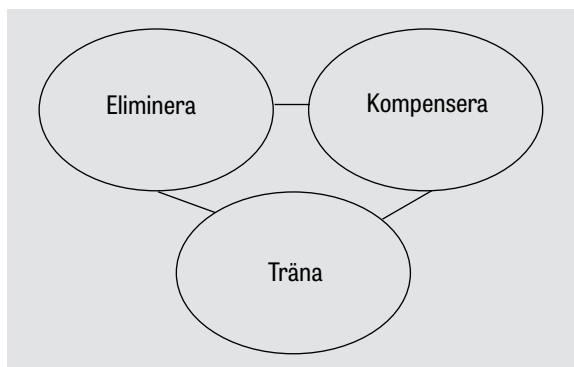
Modern rehabilitering – en process med många delar

I Socialstyrelsens termbank definieras rehabilitering så här: »Rehabilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.»

Denna definition gör att vi inom vår specialitet beskriver rehabilitering som en process, som startar när skadan eller sjukdomen uppstår och fortsätter så länge behovet av åtgärder finns. I det kliniska arbetet leder vi ofta ett team med olika yrkeskategorier som tillsammans med den drabbade personen och dennes närstående planerar och genomför olika målinriktade rehabiliteringsåtgärder. Målen sätts i nära samverkan med personen, utifrån hans värderingar och prioriteringar, och engagerar närstående när det är möjligt. En utmaning för teamet kan vara att personen till följd av sin skada inte kan uttrycka några mål eller att målen, till följd av bristande sjukdomsinsikt (till exempel kognitiv funktionsnedsättning efter en förvärvad hjärnskada), är realistiska. Det är heller inte alltid möjligt att prioritera vissa mål och insatser på grund av de lokala förutsättningarna eller samhällets organisation. En viktig uppgift för teamet blir därför att i nära samverkan med personen och dennes närstående utnyttja alla tillgängliga resurser inom och



Figur 1. Rehabiliteringsprocessens fyra steg. Från [2].



Figur 2. Rehabiliteringens tre huvudtyper av åtgärder. Från [2].

utom sjukvården för att uppnå bästa möjliga slutresultat.

Teamarbete – processinriktat och personcentrerat

Definitionen av rehabilitering - samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter - förutsätter en samverkan mellan olika yrkeskategorier i form av ett team. I dagens rehabiliteringsmedicinska verksamheter möter teamet ofta personer med komplexa funktionsnedsättningar, som är drabbade såväl fysiskt och kognitivt som psykiskt och emotionellt. De olika yrkeskategorierna strävar därför efter att samverka med den drabbade personen och dennes närstående för att uppnå mål som integreras utifrån de olika yrkeskategoriernas kunskap samt personens behov. Detta personcentrerade arbetssätt benämns interdisciplinärt teamarbete [2] och har visat sig vara det mest ändamålsenliga, och därmed blivit modell för modern rehabiliteringsmedicin över hela världen.

Vilka yrkeskategorier som ingår i ett rehabiliteringsmedicinskt team avgörs bland annat utifrån den drabbade personens behov. I praktiken och inom de allra flesta rehabiliteringsmedicinska verksamheter som bedriver allmän eller specialiserad rehabilitering ingår läkare, som leder teamet och är medicinskt ansvarig, samt omvårdnadspersonal (sjuksköterska och undersköterska), arbetsterapeut, fysioterapeut och kurator. Ofta har man också psykolog/neuropsykolog, logoped och dietist anställda inom verksamheten. Ibland innehåller teamet även fritidsledare och rehabiliteringsinstruktör, som många gånger kan vara en person som själv har en funktionsnedsättning.

Eftersom det interdisciplinära arbetssättet utgår från en samverkan mellan olika yrkesprofessioner och den drabbade personen ingår hen som medlem i teamet. Den drabbade personen är med i besluten och

REHABILITERINGSPLAN				
Namn Personnummer		Diagnos Rehabiliteringsperiod		
BEDÖMNING				
Funktionshinder				
Funktionsnedsättning och strukturavvikelse		Svårigheter i aktivitet och problem i delaktighet		
Omgivnings- och personfaktorer				
Resurser		Hinder		
PLANERING – ÅTGÄRDER – UTVÄRDERING				
Huvudmål – Egna förväntningar				
På kort sikt På lång sikt				
Delmål	Åtgärd	Tidsplan	Ansvarig	Utvärdering

Figur 3. Rehabiliteringsplanen – grunden för de målinriktade åtgärderna. Från [2].

tillsammans med teamet ansvarig för dessa. Så långt som möjligt, och efter personens samtycke, involveras även närstående i teamarbetet.

Rehabiliteringsprocessen i praktiken

Den rehabiliteringsmedicinska processen, oavsett vilken skada eller sjukdom personen drabbats av, genomförs efter en gemensam modell (Figur 1) [2]. Inledningsvis görs en noggrann bedömning och beskrivning av de konsekvenser en skada eller sjukdom har för den drabbade personen och dennes närstående, tillsammans med personens förmågor, resurser, egna mål och behov av åtgärder.

Själva rehabiliteringen består sedan av tre huvudtyper av åtgärder (Figur 2) [2]: elimination, kompensation och träning. I det praktiska arbetet vävs dessa delar ihop under en rehabiliteringsprocess.

- Elimination är åtgärder som på olika sätt ska minska eller ta bort konsekvenserna av en skada eller sjukdom. Det kan vara symtomatisk behandling mot till exempel smärta, men kan också vara att man tar bort ett miljöhinder, som en tröskel i en bostad.
- Kompensation är olika åtgärder som gör att personen kan anpassa sig till en funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning eller delaktighetsinskränkning. Det kan ske genom utprovning av ett hjälpmedel eller genom att lära in ett kompensatoriskt sätt att utföra en aktivitet.
- Träning är ett samlingsbegrepp för åtgärder som syftar till förbättra en funktion eller aktivitet, till exempel muskelstyrka, kognition, påklädning, gångförmåga eller mer komplexa vardagsaktiviteter som att ta sig ut i samhället, kunna delta i en fritidssyssla eller återgå i arbete.

Rehabiliteringsplanen – grunden för åtgärderna

Den interdisciplinära bedömningen ligger sedan till grund för framtagandet av rehabiliteringsplanen, det dokument som teamet - personen, dennes närstående och de olika yrkeskategorierna - använder sig av under en rehabiliteringsprocess. Från att tidigare ha

varit en enkel blankett där information om patienten samlades och där åtgärderna listades, har rehabiliteringsplanen utvecklats till att bli ett centralt dokument i en persons rehabiliteringsprocess. Numera bygger rehabiliteringsplanen på termer och begrepp i den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) (Figur 3) [2].

Även om detta arbete kan uppfattas som omständligt och tidskrävande har det många fördelar. Inte minst den drabbade personen beskriver rehabiliteringsplanen som värdefull, och den ökar personens delaktighet i sin egen rehabilitering och den aktiva förändringsprocess som hen går igenom genom att målen fokuserar på vad personen vill kunna göra och hur hen ska uppleva sig delaktig i sin livssituation [2].

Mätning, utvärdering och internationell ackreditering

Sist men inte minst i rehabiliteringsprocessen kommer mätningen och utvärderingen (Figur 1) av de olika åtgärderna, faktorer kopplade till personens rehabiliteringsprocess, vad man har uppnått samt hur nöjd personen är med processen och utfallet. Oavsett diagnos är det viktigt att skilja mellan utvärderingen av de mål man satt upp och mätningen av effekten av en given åtgärd. I det första fallet skattas måluppfyllelse, i det andra mäts förbättringen av den givna åtgärden.

Mätningen och utvärderingen inom modern rehabilitering har under det senaste decenniet utvecklats. Nya utvärderingsmetoder och nya sätt att analysera data har tillkommit. Detta förklaras bland annat av ett ökat intresse för forskning inom rehabiliteringsmedicin, men även av de behov sjukvården har att visa på effekter av olika åtgärder.

Under mer än 20 år har det inom svensk rehabiliteringsmedicin funnits kvalitetsregister för neurologisk rehabilitering och smärtrehabilitering. Dessa register - Webrehab Sweden (neurologisk rehabilitering) [3] och NRS (Nationella registret över smärtrehabilitering) [4] - samlar årligen in data från närmare 100 kliniker och enheter. Sedan över 20 år har svenska rehabiliteringsmedicinska kliniker och enheter även deltagit i ett internationellt ackrediteringssystem - CARF (Commission for the Accreditation of Rehabilitation Facilities) [5] - vilket bidragit till att kvalitets-säkra och vidareutveckla evidensbaserade rehabiliteringsprogram i Sverige.

Generisk modell för rehabilitering

Under år 2020 har det inom »Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård« [6] genomförts ett arbete med att ta

fram en generisk modell för rehabilitering. Den syftar till att säkerställa att rehabilitering integreras på ett enhetligt sätt i de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen som är under utarbetande. Det ska i sin tur bidra till en jämlik och god vård och omsorg till alla personer oavsett diagnos, kön, ålder, bostadsort och socioekonomisk bakgrund. Som specialister i rehabiliteringsmedicin har vi deltagit i den nationella arbetsgrupp (NAG) som tagit fram denna modell, som i allt väsentligt bygger på rehabiliteringsmetodik i vår specialitet [2]. Den generiska modellen är beslutad, och nu återstår ett omfattande arbete att imple-

»Den generiska modellen är beslutad, och nu återstår ett omfattande arbete att implementera rehabiliteringsmetodiken i alla standardiserade vårdförlopp.«

mentera rehabiliteringsmetodik i alla standardiserade vårdförlopp. När det lyckats är vi övertygade om att det leder till betydande förbättringar inom hälso- och sjukvården för alla som är i behov av rehabilitering efter en skada eller sjukdom.

SAMMANFATTNING

Rehabilitering vid komplexa tillstånd erbjuder en bro från skada, sjukdom och funktionsnedsättning över till ett mer självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. Vägen dit kräver samarbete mellan den drabbade personen och dennes närstående och det interdisciplinära teamet under ledning av specialister i rehabiliteringsmedicin. För att främja god rehabilitering inom alla delar av hälso- och sjukvården, kommun och samhälle behövs kunskap om modern rehabilitering och rehabiliteringsmetodik. Ämnet behöver därför ha en naturlig plats inom våra grundutbildningar, inte minst läkar- och omvårdnadsprogrammen, och finnas med som ett delmål (b-nivå) för ST-läkare. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2021;118:21028*

REFERENSER

1. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White book on physical and rehabilitation medicine in

Europe. Introductions, executive summary, and methodology. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2018;54(2):125-55.

2. Lexell J, Rivano Fischer M. Rehabiliteringsmetodik. Lund: Studentlitteratur; 2017.

3. Webrehab Sweden. <https://www.ucr.uu.se/webrehab/>

4. Nationella registret över smärtrehabilitering. <https://www.ucr.uu.se/nrs/>

5. Commission for the Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF). <https://www.carf.org>

6. Sveriges regioner i samverkan. Kunskapsstyrning hälso- och

sjukvård. Generisk modell för rehabilitering. 26 mar 2021. <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstod/personcentreradesammanhallnavardforlopp/godkandavardforlopp/>

generiskmodellforrehabilitering.1914.html