

En modell för rehabiliteringsbedömning i hälso- och sjukvården

Martin Fahlström

Anna-Karin Öhman

Sven-Olof Andersson

I början av 1995 initierades i Umeå sjukvård en utredning för att peka ut områden som behövde utvecklas för att människor med behov av rehabilitering skulle få en förbättrad livskvalitet. Olika aktörer hade skilda uppfattningar om innebörden av begreppet rehabilitering. Definition och tillämpning av begreppet varierade såväl inom som mellan olika yrkeskategorier. För att konkretisera de problem som kan uppstå i patienternas kontakter i hälso- och sjukvården utarbetades en modell för att beskriva olika grupper med olika behov av rehabilitering. Modellen kan användas för bedömning av rehabiliteringsbehov hos den enskilde patienten och rehabiliteringsverksamhet vid en enhet eller inom ett område. Modellen kan också användas för handledning av personal och för att följa en rehabiliteringsprocess.

Martin Fahlström är överläkare och sektionschef och Anna-Karin Öhman socionom och kvalitetsutvecklare vid Kvalitets- och utvecklingsenheten, Umeå sjukvård och Sven-Olof Andersson distriktsläkare vid Mariehems vårdcentral, Umeå.

INLEDNING

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen § 3a ska landstinget erbjuda dem som är bosatta i landstinget habilitering och rehabilitering. Med rehabilitering i hälso- och sjukvården menas tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter, vilket innebär att medicinska, psykologiska, pedagogiska, sociala och tekniska insatser kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är därför nödvändigt att den enskilde aktivt deltar och att man tillgodoser dennes rätt och möj-

lighet till inflytande i processen. Rehabiliteringsinsatserna kan ju växla över tiden mellan olika vårdnivåer, yrkeskategorier och aktörer såväl inom som utanför hälso- och sjukvården. En god rehabilitering förutsätter därför också fungerande vårdlänkar och samverkan, samt klart formulerade och realistiska mål som delas av aktörerna i hela processen (1).

I litteraturen används olika sätt att beskriva rehabiliteringsbehov. Ofta utgår man från WHO:s klassificering av rehabiliteringsbehov, som beskriver följderna av sjukdom eller skada i termer av nedsatt funktion, aktivitet

Uppdelning i allmän, medicinsk och yrkesinriktad rehabilitering är svår och olycklig och styrs mer av byråkrati och regelverk än av patienternas behov av olika insatser

och handikapp (1). WHO:s klassificering har haft stort inflytande på debatten kring funktionella konsekvenser och skador men den har också betydande brister vad gäller definitioner och avgränsningar (2). Modellen har därför kompletterats med feed-backmekanismer mellan patientens upplevda situation och symptom, funktion och förmåga (3). Andra klassificeringar av rehabilitering bygger på bedömningar av funktion och förmåga vid specifika sjukdomstillstånd, såsom hjärnskada och ländryggssmärta (4,5), medan åter andra beskriver nivåer eller organisation i vården (1,6).

Rehabilitering är dock inte en självklar del med ett tydligt innehåll i hälso- och sjukvården. Uppdelning i allmän, medicinsk och yrkesinriktad rehabilitering är svår och olycklig och styrs mer av byråkrati och regelverk än av patienternas behov av olika insatser (7). Det finns därför skäl att utveckla modeller som bättre tillgodoser behovet av integration av rehabiliteringen i hälso- och sjukvården. I början av 1995 initierades i Umeå Sjukvård en utredning med uppdrag att peka ut områden inom hälso- och sjukvården som behövde utvecklas för att människor med behov av rehabilitering, oavsett ålder och diagnos, skulle få en förbättrad livskvalitet (8). Utredningen visade att olika aktörer hade skilda uppfattningar om innebörden av begreppet rehabilitering. Definition och tillämpning av begreppet varierade såväl inom som mellan olika

yrkeskategorier. Många var inte medvetna om skillnaden mellan medicinsk behandling och rehabilitering. Sjukvård är traditionellt inriktad mot diagnostik och behandling av sjukdom, rehabilitering utgår från patientens ned-sättning av funktion, förmåga och välbefinnande. Trots att olika patientgrupper har behov av olika rehabiliteringsinsatser, användes begreppet rehabilitering av de olika aktörerna som om det gällde samma typ av problem och åtgärder för alla patienter. I arbetet med att konkretisera de problem som kan uppstå i patienternas kontakter i hälso- och sjukvården användes i utredningsarbetet därför en beskrivning av olika grupper av patienter, som har olika behov av rehabilitering. Med hjälp av dessa grupperingar kunde patienternas svårigheter att få sina behov av rehabilitering tillgodosedda göras tydligt.

Grupperingarna har sedan bearbetats ytterligare. Resultatet redovisas i det följande i form av en modell för bedömning av rehabiliteringsbehov i hälso- och sjukvården.

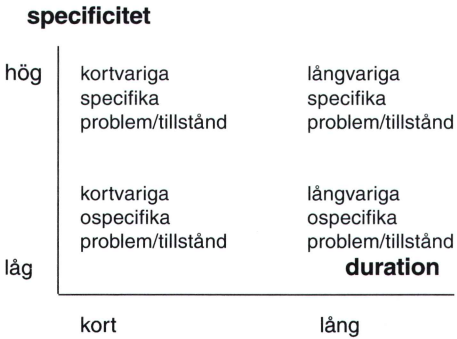
MODELL FÖR BEDÖMNING AV PATIENTENS BEHOV AV REHABILITERING

Bedömning av åkommans karaktär

Patientens funktions- och förmågenedsättning bedöms med utgångspunkt från två dimensioner. Den första dimensionen handlar om graden av specificitet i skadan/sjukdomen, vilket anknyter till den medicinska diagnosens precision och i viss mån med möjligheter till behandling. Den andra dimensionen handlar om problemets duration som i

Patientens funktions- och förmågenedsättning bedöms med utgångspunkt från två dimensioner

sin tur kan sammanhånga med effekter av behandling. Fyra huvudtyper av patientgrupper kan urskiljas och beskrivs i *figur 1*.



Figur 1. Skadans/sjukdomens specificitet och duration är två dimensioner av betydelse för rehabilitering i hälso- och sjukvården.

1. Patienter med kortvariga, specifika problem

- Patienten har kortvariga och/eller enstaka funktions/förmågenedsättningar.
- Specifik sjukdom eller skada föreligger.
- Mål och åtgärder är tydliga.
- Oftast behövs kortvariga och begränsade insatser.
- Samordning mellan aktörer är ej alltid nödvändig.

Till denna grupp hör t.ex. patienter med okomplicerade ryggskott, knäskador, epikkondyliter, distorsioner, behov av kortvarig postoperativ träning etc. Patientgruppen behöver god tillgänglighet och information, kortvariga och relevanta behandlings- och rehabiliteringsinsatser i rätt följd, medan kvalificerat teamarbete mera sällan erfordras.

Svårigheter med rehabiliteringen uppstår i

första hand efter den primära medicinska bedömningen och behandlingen. Besvär kan bli långdragna på grund av att patienter ej får tillgång till den rehabilitering de behöver på grund av vårdgivares bristande kunskap om behoven och betydelsen av rehabilitering och dess möjligheter, dålig tillgänglighet i vård eller rehabilitering, eller dålig instruktion till patienten om egen träning och behandling.

2. Patienter med kortvariga, ospecifika problem

- Patienter med kortvariga och/eller enstaka funktions/förmågenedsättningar.
- Ingen specifik sjukdom eller skada kan påvisas.
- Mål och åtgärder kan vara otydliga.
- Ofta kan kortvariga och begränsade insatser räcka.
- Samordning mellan aktörer är ej alltid nödvändig.

Till denna patientgrupp hör t.ex. patienter med sömnbesvär, förmodade infektioner, smärtor eller andra symptom utan påtaglig skada eller sjukdom, men som vid bedömningstillfället påverkar funktion/förmåga och där bedöms ha kort duration. I denna grupp finns många patienter i öppen vård och på akutmottagningar. Problemen kan ofta lösas med kortvariga insatser såsom uteslutning av allvarligt eller mer specifikt tillstånd. I det okomplicerade fallet krävs sällan samordning mellan olika yrkeskategorier eller vårdaktörer. Svårigheter kan uppstå om den initiala diagnosen eller bedömningen ej varit korrekt eller då åtgärden ej varit relevant. Såväl under- som överbehandling kan förekomma. Ibland kan patientens till synes tillfälliga och begränsade symptom visa sig vara mera komplex, omfattande och långvarigt och/eller patienten

kan samtidigt ha mer komplicerade tillstånd som obeaktade medför svårigheter.

3. Patienter med långvariga, specifika problem

- Patienten har långvariga/bestående och/eller multipla funktions/förmågenedsättningar.
- Specifik sjukdom eller skada föreligger.
- Mål och åtgärder är ofta tydliga.
- Ofta krävs långvariga och återkommande insatser.
- Samordnade insatser mellan olika aktörer är nödvändiga.

Till denna grupp hör t ex patienter med stroke eller andra hjärnskador, synnedsättning, schizofreni, MS, astma, reumatoid artrit, utvecklingsstörningar och vissa ärftliga sjukdomar.

Här ställs större krav på samordning. Specifika vårdprogram kan behöva formuleras. Samarbete och uppföljning i vårdkedjor är nödvändigt för att möta långvariga och kanske livslånga behov av rehabilitering.

Dessa patienters behov av rehabilitering uppfattas inte alltid vid besök i hälso- och sjukvården när den primära medicinska behandlingen är färdig. Begreppet "medicinskt färdigbehandlad" leder lätt tankarna fel, dvs man avser inte att vidta mer åtgärder mot patientens grundsjukdom på den aktuella vårdnivån. Patienten riskerar att bli utan fortsatta rehabiliteringsinsatser (och ibland även fortsatt uppföljning av sin sjukdom) därför att patienten betecknats som just "medicinskt färdigbehandlad". Även om behov av rehabilitering uppfattas, formuleras sällan specifika och individuella mål och åtgärder riktade mot patientens nedsättning av funktion eller förmåga. Målen kan också formuleras alltför

snävt. Vid förändringar i tillståndet finns ej alltid skyddsnet som fångar upp och tar ställning till patientens nya behov. Vid byte av vårdgivare och vårdnivå eller om patienten har fortsatt kontakt med flera enheter brister ofta informationen och överföringen/fördelningen av ansvar är ofta oklart.

4. Patienter med långvariga, ospecifika problem

- Patienter med långvariga/bestående och/eller multipla funktions/förmågenedsättningar.
- Specifik sjukdom eller skada kan ej påvisas/har ej påvisats, eller förklarar inte fullt ut patientens funktions/förmågenedsättning
- Mål och åtgärder är ofta otydliga.
- Ofta krävs långvariga och återkommande insatser.
- Samordning av insatser mellan olika aktörer är nödvändig.

Bland dessa patienter finns t ex patienter med kroniska smärtsyndrom, kroniskt trötthetssyndrom, sjukahussyndrom, patienter med upplevd reaktion mot tandfyllnadsmaterial, missbruksproblem, somatisering, psykosomatiska sjukdomar och besvär.

Bemötande, besvärstolkning och problemformulering kan variera beroende på var i hälso- och sjukvården som problemställningen först presenteras. Patienter med oklar diagnos blir lätt misstrodda. Rehabiliteringsbehov kan bedömas som medicinska behov. En begränsad "apparatfelsesmodell" tillämpas ofta och blir lätt vägledande för patientens fortsatta vandring i vården. Det kan leda till att patienter söker sig eller skickas runt i vården med många gånger inadekvata och oklara frågeställningar. Av varandra oberoende och okända parallella utredningar och behand-

lingsinsatser kan förekomma. Patienten kan kräva fortsatt medicinsk utredning men accepterar inte ställda diagnoser och föreslagna behandlingar eller försök till rehabilitering. Inte sällan misslyckas hälso- och sjukvården med att etablera en sådan förtroendefull relation och delaktighet som är förutsättning för lyckat resultat. Till detta kommer att problem med tillgänglighet, väntetider i vårdkedjor etc kan föreligga och bidra till att problem som kunde varit tillfälliga förvärras och blir kroniska.

Rehabilitering av denna grupp av patienter ställer stora krav på relationen mellan patienten och behandlare, samt ett gott samarbete mellan olika yrkeskategorier och discipliner. En individuell planering med utgångspunkt från den enskilde individens situation är nödvändig. Allmänläkarens roll som samordnare av olika insatser kan här vara särskilt betydelsefull. För denna patientgrupp finns ett stort behov av utveckling av metodik för bemötande och rehabilitering. Detta har nyligen belysts i två aktuella avhandlingar (9,10).

Gemensamt för de fyra patientgrupperna

Patienten kan möta de ovan beskrivna svårigheterna överallt inom hälso- och sjukvården. Hur patienten lyckas få hjälp beror ofta på vem patienten träffar initialt. Systemet inom hälso- och sjukvården bygger på att olika vårdgivare har eget yrkes- och behandlingsansvar. Läkaren - oavsett dennes grad av rehabiliteringskompetens - har emellertid en

Systemet inom hälso- och sjukvården bygger på att olika vårdgivare har eget yrkes- och behandlingsansvar

Läkaren är därmed den som samordnar insatserna, sammanfattar resultaten, och följer upp hur patientens tillstånd förändras

nyckelroll och är oftast den som träffar patienten först och blir därför också den som formulerar den initiala problemställningen - oavsett tillgången på övrig kompetens inom vårdenheten. Läkaren initierar utredning, remittering och överföring mellan olika vårdnivåer samt ansvarar för sjukskrivning, medicinerar etc. Läkaren är därmed den som samordnar insatserna, sammanfattar resultaten, och följer upp hur patientens tillstånd förändras.

Bedömning av patientens coping-resurser

För användning i enskilda patientärenden bör modellen kompletteras med en bedömning av patientens copingresurser. Med coping menas här i vid mening patientens förmåga till anpassning under existentiellt hot eller stress. Rehabilitering syftar till att mobilisera denna förmåga hos patienten (11). Patientens copingresurser kan i en processmodell för coping delas upp i personliga och socio-ekologiska. Patientens möjligheter att bemästra situationen beror således både på interna som externa mekanismer, vilka kan förändras över tiden. Dessa är i varje enskilt fall viktiga att ta hänsyn till (12).

Dessa tre variabler - problemets specificitet, duration och patientens förmåga till coping ger en struktur för bedömning av vilka insatser som är relevanta i det enskilda fallet och hur rehabiliteringen kan läggas upp. De tre dimensionerna är var för sig kontinuerliga

variabler (Figur 2). Med utgångspunkt från dem kan olika situationer särskiljas som var för sig kan kräva helt olika förhållningssätt från hälso- och sjukvården.

grad av specificitet		
låg		hög
duration		
lång		kort
copingresurser		
små		stora

Figur 2. Tre dimensioner av betydelse för rehabilitering av enskilda patienter i hälso- och sjukvården. Med utgångspunkt från hur patientens problem bedöms i dessa tre avseenden kan insatserna anpassas.

MODELLENS ANVÄNDNINGSSOMRÅDEN Individuella ärenden

Modellen kan användas för avvägning av diagnostik, behandling och rehabilitering i individuella patientärenden. Patienter som uppfattas ha kortvariga problem av hög specificitet kan kanske kallas hälso- och sjukvårdens "idealpatienter". Man vet diagnosen, den är tydlig och avgränsad och det finns ofta känd och effektiv behandling eller kännedom om tillståndets naturlförlopp. Ibland handlar man dock på samma vis, trots att tillståndet är mera oklart. Man insätter utvidgad utredning eller behandling med förhoppning om att detta trots allt kan vara till hjälp för patienten. Sådana medicinska åtgärder kan dock

Patienter som uppfattas ha kortvariga problem av hög specificitet kan kanske kallas hälso- och sjukvårdens "idealpatienter"

utgöra ett inslag i en medikaliseringsprocess, som utan andra relevanta rehabiliteringsinsatser således inte bidrar till lösning av patientens problematik. En excessiv utredning eller remittering med avsikt att diagnosticera en specifik åkomma kan medföra lång sjukskrivning och inaktivitet som fördröjer eller hindrar andra specifikt rehabiliterande insatser riktade mot patientens copingförmåga. Å andra sidan finns exempel på att dessa patienter kan ha odiagnosticerade tillstånd, t ex ångest, depression, somatoforma syndrom eller psykosomatiska tillstånd. De kan behöva både diagnostik och behandling av eventuella specifika sjukdomar, men också rehabiliteringsinsatser avseende sin totala situation.

Även om patienten har en tillfällig, specifik skada, som borde ha god prognos, blir inte alla patienter återställda trots stora ansträngningar. Anledningen kan vara att patientens situation i vid mening låser möjligheterna till återställd funktion och förmåga. Å andra sidan kan patienter med långvariga ospecifika problem, där sjukvården givit upp hoppet, plötsligt och oväntat finna kraft och resurser till återställd funktion och förmåga, inte till följd av medicinska eller rehabiliterande insatser utan därför att avgörande förändringar har skett i individens globala situation. Patientens situation kan också förändras oberoende av de insatser hälso- och sjukvården erbjuder. Svåra förhållanden på arbetsmarknaden kan t ex medföra att patienten utöver sin specifika åkomma drabbas av arbetslöshet och depression som förhindrar effektiv rehabilitering.

Ett särskilt svårt område gäller patienter med långvariga ospecifika problem. Dessa patienter

ters problematik medför stora kostnader för samhället. Trots stora vårdinsatser missförstås många av dessa patienter på grund av vårdens svårigheter att förstå problemaiken och att bemöta dem konstruktivt och patienterna kan därmed åsamkas onödigt lidande (13).

Modellen kan här användas för att skapa underlag för bedömning av problem, hinder och möjligheter vid rehabilitering av enskilda patienter.

Kartläggning och bedömning av rehabilitering

Modellen kan också användas vid kartläggning av rehabiliteringsverksamhet hos en yrkeskategori, i ett team, på en enhet eller i ett sjukvårdsområde. Den kan användas för att kategorisera inriktning på verksamheten, ge underlag för prioritering, lokalisera systemfel och inventera problem i rehabiliteringen. Frågor som kan formuleras är : "Vilken typ av patienter arbetar vi med?", "Vilka är resultaten med olika typer av patienter?" "Vilka patienter misslyckas vi med?", "Kan vi förstå varför?", "Finns systemfel?", "Behöver vi komplettera/förändra kompetensen på enheten?", "Finns patientkategorier som idag står utan rehabilitering trots att de har behov?", "Hur väl har vi klarlagt patientens problem?" etc.

Handledning och metodutveckling

Modellen har prövats för att skapa struktur för diskussion av metoder och förhållningssätt i handledning av ST-läkare - både allmänt och i enskilda ärenden. Man kan utifrån modellen diskutera oklarheter beträffande medicinsk diagnos och behandling, attityder, bemötande och förhållningssätt. Modellen har också bidragit till diskussioner om hur man

identifierar problem som försvårar rehabilitering, och kan i det enskilda ärendet också användas för att följa en rehabiliteringsprocess.

SAMMANFATTNING

Rehabilitering som begrepp och verksamhet integrerad i hälso- och sjukvården är oklart och behöver utvecklas. Innebörden av rehabilitering behöver diskuteras i hälso- och sjukvården. Hur patienternas behov av rehabilitering skall kunna tillfredsställas – oavsett var i hälso- och sjukvården de presenterar sina problem – behöver belysas. Den modell som här presenterats kan utgöra underlag för en sådan diskussion. Den kan användas för bedömning av rehabiliteringsbehov hos den enskilde patienten och rehabiliteringsverksamhet vid en enhet eller inom ett område. Modellen kan också användas för handledning av personal och för att följa en rehabiliteringsprocess.

REFERENSER

1. Rehabilitering inom hälso- och sjukvården - för alla åldrar och diagnoser. Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Sv Kommunförbundet. Norstedts, Stockholm, 1993: 7-36.
2. *Höök O (red): Rehabiliteringsmedicin. Liber utbildning, Stockholm, 1995: 22-23.*
7. *Birke E, Nygren Å (red): Rehabilitering - ett eftersatt forskningsområde? Arbetsmiljöfonden, Stockholm 1994.*
8. Från ord till handling - slutrapport och förslag till åtgärder. Umeå Sjukvård, rapport 1996.
11. *Höök O (red): Rehabiliteringsmedicin. Liber utbildning, Stockholm, 1995: 301.*
12. *Thermlund G: Från psykodynamisk kristeori till copingbegrepp. Socialmedicinsk Tidskrift nr 1 1995: 4-11.*
13. *Andersson S-O: Vansliga patient-läkarrelationer - en mångfasetterad utmaning. Läkartidningen 1998; vol 98, no 3: 182-88.*

Fullständig referenslista kan fås av författarna