

Rehabiliteringsmedicin en del av Socialmedicinsk tidskrift:s styrelse under några decennier

Bo J.A. Haglund, Sara Degerman Carlsson

Bo J.A. Haglund, professor emeritus, Institutionen för global folkhälsa, Karolinska Institutet.

E-post: bjahag@gmail.com

Sara Degerman Carlsson, överläkare, specialist i rehabiliteringsmedicin och allmänmedicin

Aleris Rehab Station, Stockholm. E-post- sara.carlsson@aleris.se

Rehabiliteringsmedicin och socialmedicinsk rehabilitering utvecklades inom ramen för arbetet gemensamt med socialmedicinsk tidskrift under många år på 1900 talet. I övergången till 2000 talen avskildes den kliniska delen av socialmedicinen. Samtidigt blev Rehabiliteringsmedicin en egen specialitet med en egen tidskrift. Senast i ett temanummer av SMT 2003 beskrevs under rubriken "Rehabiliteringssamordnaren - en blivande profession" samordningen mellan olika delar av samhället i rehabiliteringsarbetet (1). Efter att man i utredningar avskilt sig från klinisk socialmedicin - specialiteten ska utmärkas av ett samhälls- och grupperspektiv varför klinisk socialmedicin inte ska vara en regelmässig del av verksamheten. Samtidigt har Rehabiliteringsmedicin utvecklats till att - utan att specifikt inrikta sig på arbetslivet – öka människors livskvalitet och förbättra deras förutsättningar att fungera självständigt i samhällslivet. De är i dag de kliniska socialmedicinerna. Betydelsen understryks av såväl medicinska, sociala, psykologiska som arbetsinriktade insatser och arbetsverktyget är det intradisciplinära teamarbetet. Det gäller att ta till vara inte bara läkarnas kompetens utan också fysioterapeuternas (sjukgymnasternas), arbetsterapeuternas och kuratorernas.

Rehabilitation medicine and Social medicine supported Socialmedicinsk tidskrift in common during many years in the 1900s. In the 2000s they were separated and Rehabilitation medicine became a clinical speciality of its own, focusing on intradisciplinary teamwork around their patients. Foci of Socialmedicine became public health of groups and communities in the societies.

I nummer 1 jubileumsåret 2024 av socialmedicinsk tidskrift diskuterades innehållet i socialmedicin som specialitet. När socialmedicin växte fram var närheten till socialt arbete framträdande och t.ex. Gunnar Inghe var den förste socialläkaren i Stockholm. I den historiska översikten redovisas att den kliniska socialmedicinen som också kallats Socialmedicinsk rehabilitering avskaffats som en del av den socialmedicinska verksamheten i den senaste översynen. (2). Specialist begreppet och specialistkompetensen var ursprungligen en facklig fråga som reglerades av Svenska läkarförbundet. I takt med att behörighetskraven för läkare successivt skärptes kom även kompetensen i fokus. Relativt sent kom denna behörighet att formaliseras i termer av ”specialitet”. Även om socialmedicinen var ett begrepp redan på 1920-talet skulle det dröja fram till 1950-talet innan socialmedicinen fick status som akademisk disciplin. 1948 års läkarutbildningskommitté (3) föreslog att ämnet socialmedicin skulle introduceras i läkarutbildningen och 1958 inrättades de två första lärostolarna i socialmedicin, i Göteborg respektive Lund.

År 1972 gjordes en ny skrivelse till Socialstyrelsens kommitté för klinisk socialmedicin. Man citerade betänkandet om läkares grundutbildning och vidareutbildning där det klargjordes att socialmedicinen var ett av de fem huvudämnena i den kliniska grundutbildningen av läkare (de övriga var medicin, kirurgi, pediatrik och psykiatri) (4). Sedan beskrev man socialmedicinens fyra huvudområden: epidemiologi med vitalstatistik, preventiv medicin, praktisk klinisk socialmedicin (socialmedicinsk rehabilitering) och sjukvårdsorganisation och författningsskunskap.

Bernhard Grewin fann i en utredning 2003 att behovet av socialmedicinsk kompetens var stort inom hälso- och sjukvården, och att det därför var angeläget att ämnet behölls som medicinsk specialitet (5). Sammanfattningsvis konstaterade utredningen att:

- åtgärder måste vidtas för att tillförsäkra socialmedicinsk kompetens i hälso- och sjukvårdens folkhälsoarbete.
- socialmedicinsk kompetens tillförsäkras bäst genom fortsatt myndighetsreglerad medicinsk specialistutbildning i ämnet socialmedicin som bör vara basspecialitet i den medicinska specialitetsstrukturen.
- socialmedicin bibehålls som specialistkompetensens namn.
- den socialmedicinska *specialiteten ska utmärkas av ett samhälls- och grupperspektiv varför klinisk socialmedicin inte ska vara en regelmässig del av verksamheten.*

Rehabiliteringsmedicin som egen specialitet

Runt socialmedicinsk tidskrift har olika andra ämnen än socialmedicin funnits genom åren. Ett av dessa är rehabiliteringsmedicin, där det funnits representanter i styrelsen från 1960-talen till 2000-talen. Rehabiliteringsmedicin har som

egen specialitet tagit över den kliniska socialmedicinen.

Rehabiliteringsbegreppet är mångfacetterat. I dagligt tal står begreppet för ”återanpassning” (i samhälls- och arbetsliv), ”återinsättning” (i värdighet) och ”återupprättelse”. Det är också ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetsinriktad art som skall hjälpa människor att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar till ett normalt liv (6). I läroboken om *Rehabiliteringsvetenskap* säger man: Det primära syftet med rehabilitering i sin vidare bemärkelse är att - utan att specifikt inrikta sig på arbetslivet - öka människors livskvalitet och förbättra deras förutsättningar att fungera självständigt i samhällslivet (5 sid 21). Man redovisar också exempel på rehabiliteringsaktörer som Patienten, Arbetsgivaren, Hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen, Samhall AB, Arbetslivs Resurs AB, Socialtjänsten och privata rehab-aktörer. Praktiskt kan medicinsk rehabilitering - utöver den sedvanliga sjukvården - innebära t.ex. sjukgymnastik, arbetsterapi, hjälpmedelsutprovning, funktionsprovning, rådgivning eller andra stödåtgärder. En samordning av professionernas kunskap till stöd för människan som drabbats av sjukdom och skada. Förenklat kan de olika professionerna för den rehabiliteringsmedicinska specialisten motsvara kirurgens skalpell eller invärtesmedicinarens läkemedel.

I Sverige startade den första rehabiliteringsmedicinska enheten 1958 i Borås och vid en regeringskonselj den 24 januari 1958 utsågs Boråsläkaren Gösta Eriksson till överläkare vid den nya kliniken (7). Eriksson framhöll betydelsen av såväl medicinska, sociala, psykologiska som arbetsinriktade insatser. Dessutom betonade han betydelsen av teamarbete. Det gällde att ta till vara inte bara läkarnas kompetens utan också sjukgymnasternas, arbetsterapeuternas och kuratorernas. Den första professuren i ämnet inrättades 1966 vid Göteborgs universitet med innehavaren Olle Höök. Under nästan tre decennier satt Höök med i styrelsen för SMT (1960-, 1970- och 1980-talet) sedan startade han *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* (numera *Journal of Rehabilitation Medicine*) som i dag är en av de internationellt ledande vetenskapliga tidskrifterna inom rehabiliteringsområdet. Under 1990- och 2000-talet var Gunnar Grimby, Göteborg och Jan Ekholm, Stockholm representanter i styrelsen för SMT för Medicinsk rehabilitering.

Rehabiliteringsmedicin växte fram som internationell medicinsk specialitet efter andra världskriget för att möta behoven hos den stora gruppen ”överlevare” med traumatiska skador. Genom till exempel centrum för behandling av personer med ryggmärgsskada kunde mortaliteten minska och förutsättningarna att kunna leva ett rikt liv med svår funktionsnedsättning successivt förbättras. Där är läkaren Ludvig Guttman och sjukhuset Stoke Mandeville i England värda att nämna. Där arrangerades 1948 den första idrottstävlingen nationellt för personer med funktionsnedsättning; Stoke Mandeville Games. 1952 blev detta en internationell tävling och nu sedan 1960 lever tävlingen vidare i de pa-

ralympiska spelen. ([The Sir Ludwig Guttman Lecture 2012: the contribution of Stoke Mandeville Hospital to spinal cord injuries | Spinal Cord](#)) En annan tidig tillämpning var polio och sena effekter av polio som lämnade unga personer med svåra funktionsnedsättningar och behov av anpassning.

Sedan 1969 utgör rehabiliteringsmedicin en egen medicinsk specialitet och är en av de fyra neurospecialiteterna. Rehabiliteringsmedicin är ett brett ämnesområde där hörnstenarna i verksamheten är ett holistiskt synsätt, multiprofessionellt teamwork tillsammans med person och närstående, och beteendemedicinska insatser. Kompetens i teammetodik krävs för att samordna rehabiliteringsinsatser från flera professioner. I rehabiliteringsmedicin används International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); en biopsykosocial klassificering för att kartlägga en persons individuella komponenter av funktionstillstånd, såväl positiva som negativa. ICF utgör ett komplement till ICD som inte kan urskilja funktionella konsekvenser av sjukdom eller skada. Utifrån ICF formuleras målinriktad rehabilitering allt för att kunna förstå vilket stöd som behövs för att överkomma aktivitetsbegränsningar. Neuroförbundets tidigare slogan "Att leva är mer än att överleva" sammanfattar rehabiliteringsmedicinens syfte!

Den förbättrade levnadsstandaren i västvärlden under 1900-talet ändrade sjukdomspanoramat, där kroniska sjukdomar, ofta livsstilsrelaterade, blev alltmer betydande. Förbättrade medicinska behandlingar har lett till ett ökande behov av rehabilitering då personer överlever eller lever länge med svåra sjukdomstillstånd. Hjärtrehabilitering och cancerrehabilitering jämte rehabilitering vid stroke är exempel på viktiga områden. Behov av rehabilitering har inte minst belysts under den pågående covid-19-pandemin, som har kommit att sätta fokus på rehabiliteringsresurser inom detta område.

Rehabilitering behöver vara en självklar kompetens i sjukvården, vilket kommer att bli ännu tydligare i framtiden. För att möta behoven måste kompetensen stärkas. Tyvärr ges i dag rehabiliteringsmedicin endast ett litet utrymme inom läkarprogrammet nationellt och tiden för klinisk undervisning naggas ständigt i på lärosäten. Föråldrade och förenklade föreställningar om vad rehabilitering innebär lever till stor del kvar och kunskap om modern rehabiliteringsmetodik saknas. Att få en rehabmedicinsk insats är att få en verktygslåda för att själv eller med stöd av närstående möta det "nya" liv som skadan eller sjukdomen medfört. Inte att träna med fysio- eller arbetsterapeut någon gång per vecka.

Borg och Hill som temaredaktörer för Rehabiliteringsmedicin i ett temanummer "Rehabiliteringsmedicin 2021" i Läkartidningen hävdar att specialiteten borde ges ett större inslag i de medicinska grundutbildningarna, och att rehabilitering blir ett separat b-delmål i läkares specialistutbildning (8).

I Läkartidningens temanummer redovisas hur rehabiliteringen ser ut idag och

framtida önskemål i en rad artiklar. Noteras att artiklarna är samarbetsprojekt med samarbete från olika delar av Sverige i Lexell J. och Hu K.'s artikel beskriver *Rehabiliteringsmetodiken är läkarspecialitetens kärnpunkt* med underrubrik *Centralt är samarbetet mellan den drabbade, närstående och teamet under ledning av en specialist i rehabiliteringsmedicin*. ”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”. ”Kärnan i läkarspecialiteten rehabiliteringsmedicin är rehabiliteringsmetodik med viktiga delar som rehabiliteringsprocess, rehabiliteringsplan, mätning och utvärdering” (9).

Man beskriver att modern rehabilitering är en process med många delar och i ”Socialstyrelsens termbank definieras rehabilitering så här: att *rehabilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter*. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, 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”.

Rehabilitering är en process, som startar när skadan eller sjukdomen uppstår och fortsätter så länge behovet av åtgärder finns. Detta samordnas i teamarbete från olika kompetensområden och verksamheter och så långt som möjligt ingår även närstående i teamarbetet.

von Heijne, M. Jonsson, U. skriver i *Därför behövs vuxenhabilitering*. Specialistkompetens behövs för att hjälpa målgruppen att uppnå optimal funktion och få del av övrig sjukvård och samhällsstöd. Huvudbudskapet sammanfattas: ”Barn med omfattande funktionsnedsättningar blir vuxna och har som vuxna en ökad risk för somatisk och psykisk sjukdom samt för tidig död. För många kvarstår eller ökar behovet av habiliteringsinsatser under hela livet. Många är beroende av andra för att uppmärksamma symtom och söka vård. Vuxna med omfattande funktionsnedsättningar ska ha tillgång till likvärdig vård, inklusive vuxenhabilitering, oavsett var de bor i landet” (10). Målgrupper för habilitering är:

- Intellektuell funktionsnedsättning (IF)
- Autismspektrumsyndrom (ASD),
- Rörelsenedsättning som – Cerebral pares (CP), – Ryggmärgsbråck (MMC), – Neuromuskulära sjukdomar
- Sällsynta hälsotillstånd
- Hjärnskada förvärvad under uppväxten
- Kombinationer av ovanstående.

Hans Westergren, Marcelo Rivano Fischer, Gunilla Brodda Jansen och Björn Gerdle argumenterar för att *Långvarig smärta kräver teambaserad rehabilitering för att få ett framgångsrikt resultat*. Smärtanalys syftar till att resultera i diagnos, smärtmekanistisk klassificering och kartläggning av psykosocial situation; dessa utgör grunden för senare behandlingsplaner (11).

Xiaolei Hu, X. Stibrant Sunnerhagen K säger: *Vårdkedjan för stroke rehab – så kan den bli kostnadseffektiv*. Stroke är den vanligaste orsaken till funktionsnedsättning hos vuxna och leder till såväl personligt lidande som stora samhällskostnader. En av fyra i världen kommer att drabbas av en stroke under sin livstid. I Sverige finns det i dag ca 100 000 strokeöverlevande med olika rehabiliteringsbehov, enligt Socialstyrelsens uppskattningar, och därtill tillkommer ca 23 000 nya strokeinsjuknanden varje år. Strokeöverlevande kommer att öka med den ökande äldre befolkningen därför anses rehabilitering globalt som en av de viktigaste hälsostategierna under 2000-talet för att maximera strokeåterhämtning och minska negativa sequelae, såväl för strokeöverlevande som för samhället (12).

Lindgren, M., Stålnacke, B.-M., Nygren Deboussard, C. *Rehabilitering vid traumatisk hjärnskada behöver samordnas. Stora skillnader i tillgång till hjärnskaderehabilitering och specialistkunskap i alla faser i förloppet och över landet*. Traumatisk hjärnskada är vanligt förekommande i alla åldrar och kan leda till behov av rehabiliteringsinsatser under många år. Idag finns behov av mer jämlik vård och stöd för att hantera hjärnskaderelaterade frågor genom hela livet (13). Särskilt ökar i Sverige gruppen förvärvad hjärnskada hos äldre inte minst då fler får antikoagulantia i allt äldre åldrar och riskerar till exempel falltrauma. Detta samtidigt som rehabilitering för äldre i allt högre grad blir primärvårdens och kommunens ansvar inte specialistsjukvården med kunskap om rehabilitering.

Mattias Hill, M., Jørgensen, S., Levi R. *Ryggmärgsskada – ett ovanligt tillstånd med komplexa behov. interdisciplinär teamrehabilitering kan, utifrån förutsättningarna, bidra till ett rikt och aktivt liv*. Ryggmärgsskada är en ovanlig diagnos i akutsjukvården. Incidensen är ca 300 per år, varav hälften av fallen är traumatiska. Utöver påverkan på sensomotoriska funktioner påverkas också det autonoma nervsystemet. Omfattningen av funktionsnedsättningarna varierar beroende på skadans nivå och grad. Den autonoma dysfunktionen innebär till exempel påverkan på tarm, blås, sexual, och kardiovaskulära funktioner vilket är faktorer som i hög grad påverkar livskvalitén hos människan. Inkontines är ett svårt socialt handikapp att leva med som kräver särskild kompetens av teamet för att kunna ge rätt insats (14).

Referenser

1. Ekblad S. (2003). Rehabiliteringssamordnaren en blivande profession. Socialmedicinsk tidskrift nr 2/2003 101. <https://publicera.kb.se/smt/article/view/25804/21079>
2. Haglund B.J.A.(2024) Jubileumsår – Socialmedicinsk tidskrift fyller 100 år 2024. Socialmedicinsk tidskrift nr 1/2024 <https://publicera.kb.se/smt/article/view/23968/19417>
3. 1948 års läkarutbildningskommitté (LUK). Läkarutbildning. Stockholm, 1953. SOU 1953:7.
4. Läkares grundutbildning och vidareutbildning. Betänkande av sakkunniga tillkallade av Medicinalstyrelsen och Universitetskanslersämbetet. Stockholm 1967 (SOU 1967:51)
5. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005
6. Vahlne Westerhäll L., Bergroth A., Ekholm J. (2009). Rehabiliteringsvetenskap. Rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv. Studentlitteratur, Lund.
7. Wieel-Hagberg, E.-C. Rehabkliniken firar 50 årsjubileum. Landets första rehabiliteringsavdelning startades 1958 i Borås. Borås tidning. <https://www.bt.se/boras/rehabkliniken-firar-50-arsjubileum>
8. Borg K. Hill M. En självklar kompetens i sjukvården. *Läkartidningen*. 2021;118:20227. Temanummer i Läkartidningen om Rehabiliteringsmedicin. https://lakartidningen.se/?s=rehabiliteringsmedicin&lak_date_from=2020-08-01&lak_date_to=&filtr_category=23534&filtr_author=
9. Lexell J., Hu, X. Rehabiliteringsmetodiken är läkarspecialitetens kärnpunkt. Centralt är samarbetet mellan den drabbade, närstående och teamet under ledning av en specialist i rehabiliteringsmedicin. *Läkartidningen*. 2021;118:21028
10. von Heijne, M. Jonsson, U. Därför behövs vuxenhabilitering. Specialistkompetens behövs för att hjälpa målgruppen att uppnå optimal funktion och få del av övrig sjukvård och samhällsstöd. *Läkartidningen*. 2021;118:21013
11. Hans Westergren, H., Rivano Fischer, M., Gunilla Brodda Jansen, Björn Gerdle, B. (2021). Långvarig smärta kräver teambaserad rehabilitering SAMARBETE MELLAN OLIKA VÅRDNIVÅER FUNDAMENTAL FÖRUTSÄTTNING FÖR FRAMGÅNGSRIKT RESULTAT. *Läkartidningen*. 2021;118:21010
12. Xiaolei Hu, X. Stibrant Sunnerhagen K. Vårdkedjan för strokerehab – så kan den bli kostnadseffektiv. *Läkartidningen*. 2021;118:20230
13. Lindgren, M., Stålnacke, B.-M., Nygren Deboussard, C. Rehabilitering vid traumatisk hjärnskada behöver samordnas.Stora Skillnader i tillgång till hjärnSkaderehabilitering och SpecialiStkunSkap i alla faSer i förloppet och över landet. *Läkartidningen*. 2021;118:20237
14. Mattias Hill, M., Jörgensen, S., Levi R. Ryggmärgsskada – ett ovanligt tillstånd med komplexa behov. interdisciplinär teamrehabilitering kan, utifrån förutsättningarna, bidra till ett rikt och aktivt liv. *Läkartidningen*. 2021;118:20231