

Funktionsnedsättning, handikapp och tekniska hjälpmedel

Gunnar Grimby

Under senare år har allt större intresse riktats mot behovet att utvärdera olika rehabiliteringsåtgärder. Den begreppsmässiga diskussionen har stimulerats bl.a. genom WHO:s initiativ. En diskussion ges här av begrepp och modeller för utvärdering, särskilt tekniska hjälpmedel.

Gunnar Grimby är professor i medicinsk rehabilitering vid Institutionen för Medicinsk Rehabilitering och klinikchef vid Medicinska Rehabiliteringskliniken, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg

Hjälpmedel skall ses såsom ett led i en serie åtgärder som göres i rehabiliterande syfte eller för att bibehålla funktion och förmåga till självständigt liv i bästa möjliga omfattning. I likhet med andra rehabiliterande åtgärder kan således målsättningen vara

- att förebygga funktionsnedsättningar
- att vara ett led i att träna eller bibehålla en nedsatt funktion
- att ersätta en förlorad funktion

Inom området förflyttningshjälpmedel kan den första målsättningen exemplifieras med olika stabiliserande ortoser bl.a. i syfte att ge minskad ledbelastning och reducera smärta. Exempel inom den andra kategorin är olika former av gånghjälpmedel som kan möjliggöra förflyttning. Ortoser för att understödja muskelfunktion är ett annat exempel, liksom utnyttjandet av funktionell elektrisk stimulering för att ge en bättre muskelfunktion och förbättra gångförmågan. Den sista typen av åtgärder exemplifieras bäst med rullstolen som ersätter gång som förflyttning. Hjälpmedel kan således vara ett led i en träningsprocess och behovet av hjälpmedel kan förändras under en rehabiliteringsperiod. Såväl

kortsiktiga som långsiktiga aspekter kan således läggas på ordination av hjälpmedel.

Liksom vad gäller andra rehabiliterande åtgärder behövs modeller att beskriva de funktionella konsekvenserna av sjukdom eller skada för att kunna värdera behov av åtgärden och dess effekt på individens funktion. Man kan i första hand urskilja två nivåer av funktionella konsekvenser av sjukdom eller skada.

En sjukdom eller skada leder till en *funktionsnedsättning*, som kan avgränsas till ett visst organ eller organsystem. Om exemplet tas från patient med resttillstånd efter ett slaganfall (stroke) kan funktionsnedsättningar återfinnas såsom halvsidig förlamning och afasi.

Funktionsnedsättningarna kan leda till en *oförmåga* att utföra olika förekommande aktiviteter. I exemplet med en patient med genomgången slaganfall kan oförmågan gälla att gå säkert och utan gånghjälpmedel, att ej kunna gå uppför en trappa, att ha svårigheter i kommunikation med andra människor.

Oförmågan kan bero på bristande funktioner hos individen, men också på att denne ej utnyttjar sina funktioner till följd av exempelvis osäkerhet, överbeskydd eller på miljöfaktorer som hindrar eller begränsar individens möjligheter att utnyttja sina funktioner. En oförmåga måste således alltid ses i relation till den aktuella situationen och till olika faktorer i omgivningen. För slaganfallspatienten kan det vara att han ej är utrustad med lämpliga hjälpmedel, att han har en bristande tillit till sin egen förmåga, att han har en bostad som hindrar honom att utnyttja sina funktioner.

Begreppet *handikapp* har ännu ej berörts. Handikapp har definierats som en bristande överensstämmelse mellan en individs funktionsförmåga och de

Det bästa vore om begreppet handikapp utnyttjas för individens eget upplevande av sina begränsningar i en viss situation.

krav som ställs på individen. Vi ser emellertid här att det inte går att skilja *oförmåga* och *handikapp* definierat enligt ovan från varandra. Det bästa vore sannolikt om begreppet handikapp utnyttjas för individens eget upplevande och värderingar av sina begränsningar i en viss situation. Vi kommer då ifrån att försöka utifrån tala om olika grad av handikapp. Däremot kan vi värdera graden av individens oförmåga i en viss situation exempelvis med utgångspunkt från behovet av hjälp för att kunna genomföra en viss aktivitet, exempelvis förflyttning, påklädning eller på annat sätt beskriva brister i utförandet, exempelvis i att skriva, att tala i telefonen. Det är dock av värde att beakta den begreppsbyggnad som återfinnes i WHO:s "Classification System for Impairments, Disabilities and Handicaps", som publicerades 1980. Denna utgör ett försök att ge en internationellt gemensam norm för klassificering och skattning av funktionella konsekvenser av sjukdom eller skada. Begreppet "impairment" överensstämmer i stort med ovannämnda *funktionsnedsättning* och torde vara den bästa översättning av detta begrepp. Begreppet "disability" överensstämmer närmast med begreppet *oförmåga*. Denna term innefattar dock även betydande delar av det som enligt WHO-klassificeringen karakteriseras som "handicap". Avsikten är inte här att närmare gå in i diskussion om detta system. Det har utan tvekan givit upphov till en viktig och konstruktiv diskussion även om det samtidigt blivit starkt kritiserat. Forskningsrådsnämnden har arrangerat flera symposier kring WHO:s klassificeringssystem.

Bedömning och utvärdering av tekniska hjälpmedel bör således som regel ske med utgångspunkt från bägge dessa nivåer, funktionsnedsättning och oförmåga. En viss funktion kan förbättras, men frågan kan samtidigt gälla om individens förmåga till en viss aktivitet också blir förbättrad. Man bör emellertid noga definiera om en undersökning eller

bedömning redovisar vad en individ *kan göra* eller vad han/hon *gör*. Skillnader i dessa två aspekter på funktion kan ha betydelse för val av olika terapeutiska åtgärder. Orsakerna till en sådan diskrepans måste därför analyseras. Vid bedömning av behovet av hjälpmedlet måste man alltid ta hänsyn till individens egna värderingar. Hur kommer hjälpmedlet att påverka dennes upplevande av sitt handikapp? Genom att ifrågasätta vilka funktioner och vilka aktiviteter individen vill få hjälp med genom hjälpmedlet kan väsentlig information erhållas beträffande motivation, utnyttjande av hjälpmedlet och kanske också hur detta kommer att förbättra individens livskvalitet. Ordination och utvärdering av tekniska hjälpmedel måste ta hänsyn till alla dessa aspekter.

Under senare år har ett flertal studier utförts med särskild utgångspunkt från patienten—brukarens egna bedömningar av sin funktion och hjälpbehov. Med utgångspunkt från synsätt, som bl.a. formulerats av Fugl-Meyer och Sjögren (1987) att rehabiliteringen syftar till att göra patienten till en aktiv livsdeltagare och ej en passiv åskådare, kommer dennes egna värderingar att ha väsentlig betydelse för bedömning av effekterna av olika åtgärder. Stensman (1985) lät yngre svårt rörelsehindrade personer rangordna och värdera olika förmågor avseende psykiska, interpersonella, fysiska och sociala funktioner. Vissa skillnader i värdering av olika funktioner mellan svårt rörelsehindrade och icke funktionsnedsatta kontrollpersoner kunde noteras. Motoriska funktioner som ofta eller alltid saknades hos de svårt rörelsehindrade såsom gå, klä sig själv, förflytta sig till och från och själv klara toalettbesök tillmättes lägre rang bland dessa än hos kontrollpersonerna. I en studie av samband mellan upplevda problem, funktionsförmåga och miljöfaktorer hos personer med muskeldystrofi var utgångspunkten hur patienterna upplevde problemen (Krokmark & Thorén-Jönsson, 1985). Det visade sig att det inte

Motoriska funktioner som ofta eller alltid saknades hos de svårt rörelsehindrade tillmättes av dessa lägre rang än bland friska kontrollpersoner.

var graden av muskelsvaghet som var avgörande för hur stora svårigheter som upplevdes i det dagliga livet. I stället var upplevelsen i stor utsträckning relaterad till hur olika åtgärder har kunnat kompensera funktionsnedsättningarna. Graden av acceptans har här en central roll. Det framkom en ambivalens ifråga om hjälpmedel. Å ena sidan fanns uppfattning att en funktion måste utföras kontinuerligt för att kunna bibehållas, å andra sidan att hjälpmedel kunde underlätta funktionen. I samtliga dessa studier påpekades behovet av att komma fram till fungerande helhetslösningar. Vid utvärdering av effekten av olika tekniska hjälpmedel måste således brukarens—patientens hela handikappsituation vägas in. Detta ställer naturligt nog stora krav på utprovaren—utvärderaren. Kraven ökar ju mer fundamentala eller komplicerade hjälpmedel det är fråga om.

REFERENSER

- Kroksmark U, Thorén Jönsson A-L:* Att leva med muskelsjukdom — en studie av samband mellan upplevda problem, funktionsförmåga och miljöfaktorer. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, FoU-rapport nr 3, 1985.
- Sjögren K, Fugl-Meyer AR:* The coping process after traumatic brain injury. *Scand J Rehab Med*, in press, 1987.
- Stensman R:* Severely mobility — disabled people assess a quality of their lives. *Scand J Rehab Med* 17:87–99, 1985.
- World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva: WHO, 1980.

SIL informerar

Boken som varje lärare behöver

Boken som borde vara obligatorisk i lärarutbildningen

Boken som ger både teori och praktiska råd

PERCEPTION OCH MOTORIK

— TEORIBAKGRUND OCH PEDAGOGISKA ASPEKTER

Förf: Agneta Forsström. Utgiven av SIL. 80 sidor. Pris 35 kr + moms. Beställn-nr 2432-8.

Vilka läromedel finns för dessa elever? I SIL:s läromedelsförteckning Perception och motorik ges konsumentinformation om lämpliga läromedel:

PERCEPTION OCH MOTORIK — LÄROMEDELSFÖRTECKNING

Utgiven av SIL. 161 sidor. Pris 30 kr + moms. Beställn-nr 2401-8.

Båda beställs från SIL-lagret, Box 8133, 700 08 Örebro. Tel 019-12 44 65.

SIL Statens institut för läromedel. Box 27052, 102 51 Stockholm.

Besöksadress: Sandhamnsgatan 63, Stockholm. Tel 08-63 13 10