

Rehabilitering inom primärvården

Harold Sihm Jörgensen

Inom primärvården är man ofta för avvaktande och passiv när det gäller aktivering och rehabilitering av långtidssjuka patienter. Speciellt har man ringa förståelse för nödvändigheten av tidig rehabilitering och den arbetsmässiga orienteringen av denna. Läkare i allmänhet bör få bättre kännedom om industrins arbetsförhållanden och organisation, arbetsvårdens funktion och målsättningar och om rehabiliteringens grundprinciper.

De rehabiliterande insatserna i primärvården måste tidsmässigt samordnas inom en gemensam ram. Det är rimligt att försäkringskassorna kan bli en sammanhållande och aktivt styrande instans för rehabiliteringsprocessen men försäkringskassan behöver i så fall spela en mer aktiv roll än för närvarande. Det är dessutom nödvändigt att resurser tillskapas för tidig rehabilitering inom primärvården.

Harold Sihm Jörgensen är företagsläkare vid LKAB i Kiruna.

Invaliditet har definierats som svårigheten att utföra en eller flera funktioner som vanligtvis betraktas som normala och väsentliga i den dagliga tillvaron.

Invaliditetsprofylaxen omfattar tre stadier:

Första stadiet har som mål att förebygga orsakerna till invaliditet och omfattar hela den förebyggande hälsovården, olycksfallsprofylax, förebyggandet av arbetsrelaterade sjukdomar, identifikation av riskindivider och insättandet av förebyggande åtgärder (tex risk för hjärtinfarkt, högt blodtryck, ryggglidande m m).

Andra stadiet i förebyggandet av invaliditet har som mål att begränsa verkningarna av de skador som trots insatserna i första ledet kan drabba indivi-

den. Det omfattar den medicinska vården i det akuta och det kroniska stadiet såväl inom den öppna som den slutna vården.

Tredje stadiet i förebyggandet utgörs av hela parornamat av rehabiliterande insatser: medicinska, psykologiska, sociala, tekniska och arbetsmässiga.

Målet är ett arbete

För den enskilda människan bidrar arbetet otvivelaktigt mer än något annat till att skapa sociala kontakter, göra tillvaron tillfredsställande och upprätthålla självrespekten. Därtill kommer givetvis arbetandets sociala och ekonomiska fördelar.

Det är därför otillräckligt att begränsa målet för en rehabilitering till enbart att hjälpa en sjuk eller skadad att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga. Det måste klart framgå att det slutliga målet för en rehabilitering bör vara att göra det möjligt för den handikappade att arbeta och att få ett arbete.

Sällan är en invaliditet så stor att den handikappade inte kan utföra någon form av arbete. Snarare är det så att vi kan misslyckas att bereda ett lämpligt arbete. Därmed utesluts den handikappade från en normal aktiv tillvaro i en social gemenskap, han slås ut. Rehabiliteringens främsta mål måste vara att förhindra denna utslagning.

Rehabiliteringskliniker

Medicinsk rehabilitering förknippas ofta med de rehabiliteringskliniker som är knutna till landets större sjukvårdsinrättningar: I Stockholm, Uppsala, Umeå, Göteborg och regionssjukhusen. Det finns nu 12 sådana, totalt med 448 platser för slutna vård och 340 för dagvård (7).

I framtiden planeras enligt Socialstyrelsens principprogram för medicinsk rehabilitering medicinska rehabiliteringskliniker inom alla landstingsområ-

den. På de allra flesta av landets lasarett finns idag ingen sådan klinik och även många län är utan. Trots detta sker på primärvårdens nivå en betydande medicinsk rehabilitering. Den består i allmänhet av fysioterapi med uppträning av gångförmåga, rörelseförmåga, andningsövningar m.m. Det sker även en viss arbetsterapeutisk verksamhet.

Möjligheterna för medicinsk rehabilitering med fysioterapeutiska, arbetsterapeutiska och ergonomiska insatser är dock begränsade utanför specialklinikerna.

Tidig aktivering

Ser man på rehabiliteringsproblematiken i stort ur medicinsk synpunkt kan vi utgå ifrån att alla med betydande fysisk invaliditet som är i behov av vård på rehabiliteringsklinik kan uppnå rehabilitering. En del patienter med lindrigare invaliditet kan få en viss och ofta tillräcklig medicinsk rehabilitering inom primärvården, på de lokala lasarett.

Problemet är främst de många potentiellt långtidssjuka patienter med i början reversibel invaliditet. Den rehabiliterande insatsen som primärt krävs är fysisk och psykisk aktivering. Det räcker här sällan att låta patienten själv aktivera sig på läkarens ordination. Bäst sker denna aktivering i grupp och under medicinsk ledning. Den bör ske regelbundet och dagligen med tex olika lämpliga verkstadsaktiviteter växlande med gymnastikpass, träning i vattenbassäng, löpträning, promenader m.m. Målet är att stegvis förbättra den fysiska konditionen. Samtidigt sker en psykisk aktivering med hjälp av gruppaktiviteterna och den dagliga kontakten med den medicinska personalen. Som läkare mångårigt verksam inom primärvården har man ofta konfronterats med långtidssjukskrivna patienter. Man har kanske tyckt att patienten borde aktiveras men patienten själv har varit negativ till detta och ansett sig vara alldeles för svag och inte orkat.

Enda alternativet för läkaren är oftast att försöka motivera patienten till ökad aktivitet och sedan fortsatt sjukskriva denna. Man kan säga att såväl läkare som patient befinner sig i en svår och ofta olöslig situation där det sällan finns något egentligt val. Trots detta är det dock läkaren som har ansvaret för patientens behandling och rehabilitering. Medver-

.....
Det är en svår balansgång läkaren här har mellan att vara den "snälla", medgivande doktorn och den "oförstående" pådrivande läkaren
.....

kande till situationen kan vara att läkaren inte tillräckligt tidigt och inte tillräckligt energiskt har försökt att aktivera patienten. Ofta är det mer patienten än läkaren som "styr" sjukskrivningen och detta kan vara riskfyllt. Den behandlande läkaren har nog inte sällan den uppfattningen att patientens rehabilitering är en naturlig process som sker av sig själv om denna får tillräcklig tid på sig. Läkaren har inte klart förstått att han själv måste ingripa vid en mycket tidig tidpunkt med aktiva rehabiliterande åtgärder. Det är en svår balansgång läkaren här har mellan att vara den "snälla", medgivande doktorn och den "oförstående", pådrivande läkaren. Ändå måste det vara läkarens ansvar och plikt att motivera den potentiellt långtidssjuka patienten till stegvis ökad aktivering. Det krävs inlevelseförmåga och diplomati från läkarens sida. Främst kräver det att han har patientens förtroende. Detta kan i många fall kräva regelbunden och daglig kontakt med patienten vilket givetvis sällan är möjligt om inte särskilda resurser finns för detta.

Danderydsundersökningen (1) visade att 49% av patienterna hade varit sjukskrivna minst 1 år före kontakten med rehabiliteringskliniken. Bara 25% hade remitterats dit inom 3 månader från första sjukskrivningsdagen. Vilket förmodligen tyder på att många av de primärt behandlande läkarna inte helt har förstått betydelsen av tidigt insatt rehabilitering.

De tre sjukhusen som ingår i den av staten ägda AB Kurortsverksamhet (Nynäshamn, Åre och Tranås) bedriver rehabiliterande verksamhet. En undersökning från Nynäshamn (2) visade att patienterna ofta kommer så sent dit att realistiska rehabiliteringsförsök är meningslösa. Det ansågs att förebyggande arbetsorienterade insatser borde ha satts in mycket tidigare i den medicinska rehabiliteringen.

Rehabiliteringsklinikernas klientel har ofta svårt att få arbete på den öppna arbetsmarknaden

Arbetsorienterad rehabilitering

Rehabiliteringsklinikernas klientel har ofta svårt att få arbete på den öppna arbetsmarknaden. Danderydsundersökningen visade att endast 20 % av patienterna ansågs vid utskrivningen kunna återgå till öppna arbetsmarknaden. 33 % rekommenderades yrkesinriktad rehabilitering. För de övriga, 47 %, rekommenderade man skyddat arbete eller förtidspension. (1)

Verksamheten vid Rygginstitutet i Sundsvall är baserat på ett samarbete mellan skogsindustrin/skogsbruket, Bygghälsan och AMS och man tar emot ryggpatienter från hela landet. Det har här skett en utvärdering (8) där man kunde konstatera att Rygginstitutets effekter främst har legat på det pedagogiska området genom attitydskapande åtgärder. Möjligheten att göra insatser på det arbetsmarknadsmässiga planet har varit små. Man fann inte signifikant flera i behandlingsgruppen som hade fått arbete eller som arbetade jämfört med kontrollgruppen. Det underströks att det är viktigt med uppföljning efter utskrivningen från Rygginstitutet. Inte minst när patienterna är utspridda över hela landet har denna uppföljning varit en krävande uppgift. Problemen tycks främst hänga ihop med en bristfällig samordning mellan sjukvårdens insatser och de arbetsvårdande, arbetsorienterade insatserna.

Ett undantag är sjukvården som bedrivs inom företagshälsovårdens ram. Här är samspelet mellan den sjukvårdande och arbetsvårdande insatsen ofta intim och just därför finns här goda möjligheter att skapa den nödvändiga kontinuiteten i rehabilitering-

Inom företagshälsovårdens ram är samspelet mellan den sjukvårdande och arbetsvårdande insatsen ofta intim

en. Det är dock enbart en liten del av industrins anställda som behandlas inom företagshälsovården och det blir därför avgörande huruvida den icke företagsengagerade läkaren förstår vikten av arbetsorienterad rehabilitering och på en tidig tidpunkt tar kontakt med företagshälsovården.

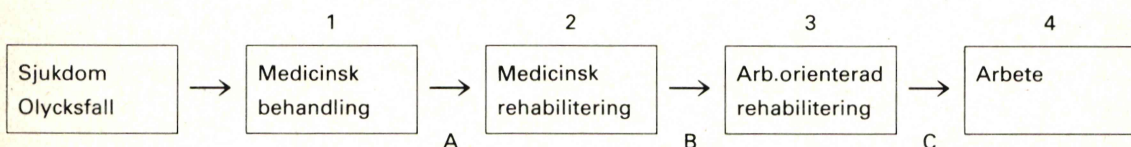
Mycket i denna situation orsakas sannolikt bland många läkare av en brist på kunskaper och erfarenhet om förhållanden inom industrin och hela problematiken vidrörande arbetsanpassning, omplacering och omskolning. Med bristande kunskaper och känslan av att inte behärska området blir resultatet en låg motivation för att engagera sig i dessa problem. Man föredrar att endast ta sig an det man behärskar, den medicinska vården.

Samordning och samverkan

Om man anlägger "operationsanalytiska" synpunkter på rehabiliteringsprocessen kan denna uppdelas enligt *figur 1*.

Det är uppenbart att problemen i rehabiliteringsprocessen främst knyter an till övergångarna A, B och C mellan de olika leden i rehabiliteringen. Tiden är en väsentlig faktor. Särskilt i det tidiga skedet av rehabiliteringsprocessen. Ju senare i förloppet aktiverande arbetsorienterade åtgärder sätts in ju större risk finns för en permanent psykisk eller social invaliditet. Samtidigt är det nödvändigt att de olika leden griper över varann, således att det sker en ständig samverkan och kontinuitet. Det är fel och det motverkar en effektiv rehabiliteringsprocess att "behandla färdigt" innan rehabiliterande åtgärder

Figur 1. Ett schema över rehabiliteringsprocessen



kommer ifråga. Likadant är det fel att "rehabilitera färdigt" (medicinskt) innan arbetsmässiga insatser kommer ifråga. Steg 1, 2, 3, 4 får inte tidsmässigt vara helt skilda insatser där de ansvariga personalgrupperna inte har någon kontakt eller samarbete.

Särskilt markant är det att samordningen och samarbetet mellan de medicinska och de arbetsvårdande instanserna inte är tillräcklig. Arbetsvårdens oerhört viktiga betydelse i rehabiliteringssammanhang är givetvis utanför all diskussion. Denna insats är dock i viss mån begränsad till egentlig yrkesutbildning (omskolning) eller anpassning i halv- eller helskyddad verksamhet. Åtgärderna sätts oftast in på en sen tidpunkt när den behandlande läkaren efter lång tids medicinskt omhändertagande inser att han inte lyckats med att få patienten tillbaka till arbetslivet.

Huvudparten av arbetsvårdens klientel kommer från arbetsförmedlingen eller har självmant tagit kontakt. En del kommer på remiss från försäkringskassorna eller socialvården. Sällan kommer patienterna till arbetsvården direkt på den behandlande läkarens initiativ.

Kontakten mellan den behandlande läkaren och arbetsvården är oftast minimal och sker endast indirekt genom ett läkarintyg som nödortfigt talar om patientens medicinska problem. Någon dialog eller diskussion mellan den medicinska behandlande instansen och den arbetsvårdande sker sällan eller aldrig. Arbetsvården har till sitt förfogande en rådgivande läkare (LAN-läkare) som på basis av det föreliggande läkarintyget skall ta ställning till behovet eller lämpligheten av den utbildning som arbetsvården har föreslagit i samråd med den sökande. Denne läkare har nästan aldrig personlig kontakt med patienten. Denna arbetsvårdande verksamhet är dessutom inte avsedd för och riktar sig inte mot det stora klientelet av långtidssjuka patienter med temporärt nedsatt arbetsförmåga. För denna kategori patienter finns i allmänhet inga arbetsorienter-

Kontakten mellan den behandlande läkaren och arbetsvården är oftast minimal

Läkare på lasarett och vid distriktsvård bör regelbundet 1–2 gånger om året avlägga besök på närmaste lokala industrianläggningar

rade rehabiliteringsresurser. Patienter som har varit långtidssjukskrivna pga en tillfälligt nedsatt arbetsförmåga förväntas genom tillräckligt lång sjukskrivning kunna bli såpass återställda att de direkt kan återgå till det ordinarie arbetet. Risken är givetvis stor att en lång sjukskrivningsperiod i sig själv kan bli orsaken till att en permanent arbetsoförmåga etableras. (3, 4).

Arbetslivserfarenhet

Det vore önskvärt att primärvårdens läkare får en tillfredsställande utbildning i medicinsk rehabilitering. Det kan dock för närvarande endast bli ett litet fåtal som har möjlighet till en sådan mer kvalificerad utbildning. Med hänsyn tagen till vad som redan tidigare har sagts beträffande läkarnas motivation för att befatta sig med patienternas arbetsmässiga problem förefaller det för närvarande viktigare att ge läkare i allmänhet kunskaper om industrins organisation, industribetares arbetsförhållanden och om arbetsvårdens funktion och målsättning.

Läkare på lasarett och vid distriktsvård bör regelbundet 1–2 gånger om året få möjlighet att avlägga besök på närmaste lokala industrianläggningar för att bekanta sig med förhållanden och med de personer inom respektive företag som har hand om personalen. Härvid skulle förståelsen och intresset för problemen med arbetsanpassning, omplacering och omskolning öka och läkarna skulle då bättre ha möjlighet att ta initiativ och aktivt delta i patienternas arbetsmässiga rehabilitering. Där företagshälsovård finns kan denna givetvis hjälpa till men som tidigare påpekats är det den behandlande läkarens initiativ som är avgörande för när patienten blir föremål för aktiverande arbetsorienterande insatser. Det är därför inte tillräckligt att enbart företagsläkaren känner till de industriella förhållandena och den arbetsmässiga rehabiliteringen.

Det slutliga målet för en rehabilitering är att säkra

patienten lämpliga arbetsuppgifter i en lämplig miljö. Denna målsättning måste förankras lika centralt under den medicinska behandlingen som under den senare arbetsvårdande insatsen. Den medicinska och den arbetsvårdande insatsen bör gå hand i hand under hela rehabiliteringen och inte som ofta nu sker tidsmässigt vara uppdelade i två helt skilda åtaganden.

Primärvårdens rehabiliteringsresurser

Det är uppenbart att det finns ett behov för ökade resurser för medicinsk rehabilitering inom primärvården. En utökning av resurserna uppfyller logiska krav, däri att det kan ha en avgörande betydelse för ett slutligt gott resultat om rehabiliterande insatser kan sättas in på lokalt plan i direkt anslutning till de arbetsmöjligheter som finns på platsen.

De behov som finns gäller dels en kvalitativ förbättring, som innefattar en mera allmän medicinsk och social aktivering där också det psykiska momentet kan spela en dominerande roll. Det krävs också att man beaktar kvantitativa aspekter då det rör sig om ett stort antal patienter med tillfälligt nedsatt arbetsförmåga, som är i behov av rehabiliterande insatser för att förhindra framtida invaliditeter eller utslagning.

Från primärvården remitteras svåra och komplicerade rehabiliteringsfall till rehabiliteringskliniker som med sina större resurser har möjlighet för ett bättre omhändertagande.

På ett senare stadium i rehabiliteringsprocessen är det dock starkt önskvärt att den fortsatta medicinska rehabiliteringen kan ske på lokalt plan varvid man har större möjlighet att beakta samordningen med den arbetsmässiga rehabiliteringen och kan planera för de framtida arbetsuppgifterna. Avgörande för den medicinska rehabiliteringsverksamhe-

tens resultat inom primärvården är otvivelaktigt främst läkarens förståelse för behovet och nödvändigheten av tidigt insatt medicinsk rehabilitering samt likafullt kravet om en nära kontinuitet med den arbetsorienterade rehabiliteringen. Det är viktigt att det här sker ett intimt samarbete varvid man kan uppnå en jämn övergång mellan 2:a, 3:e och 4:e ledet i rehabiliteringsprocessen.

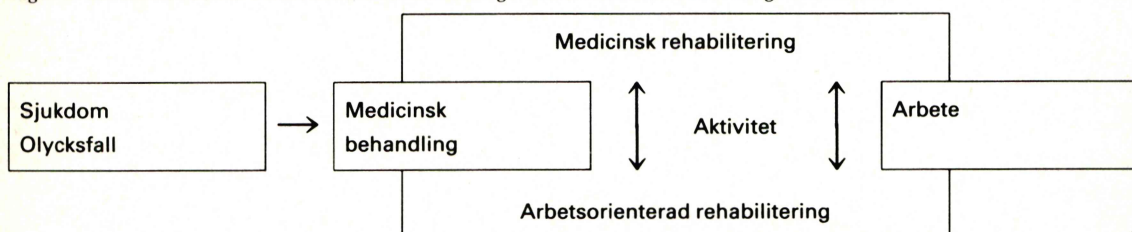
Rehabiliteringsresurser med nära arbetsvårdande anknytning bör stå till primärvårdens förfogande tidigt i sjukdomsförloppet. Verksamheten bör fungera som en utökning av och ett led mellan arbetsvårdens och lasarettens resurser. Den skulle även kunna vara ett supplement till de skyddade verkstäderna inom Samhällsföretag varvid man kunde få möjlighet till en mer dynamisk insats som ett alternativ till den nuvarande ganska "låsta" och statiska verksamheten. Bästa sättet att åstadkomma en smidig övergång mellan de olika leden från behandlingsstadiet och vidare förefaller vara en tidsmässigt sidoordnad medicinsk och arbetsorienterad rehabilitering inom en gemensam ram och med en enhetlig ledning (se figur 2). Denna "Joint Venture" bör sättas in redan under behandlingsstadiet varvid det på ett naturligt sätt sker en samordning och man eliminerar eventuella kommunikationsproblem mellan de olika leden i rehabiliteringskedjan.

På samma sätt bör planerna för en framtida arbetsplacering aktualiseras redan på steg 2 och 3 varvid samhörigheten mellan de medicinska och arbetsorienterade insatserna också här kommer att vara en självklarhet. Denna form för tidig rehabilitering har bl. a. fungerat bra i LKAB, Kiruna sedan några år (5, 6).

Ansvar för rehabiliteringen

Man säger i Socialstyrelsens principprogram för

Figur 2. Medicinsk och arbetsorienterad rehabilitering: Samordnad och tidsmässigt sidoordnad



medicinsk rehabilitering, 1978 (7) att det bör finnas ett nära samarbete mellan olika instanser (företagshälsovård, arbetsvård och socialvård). Detta är ofta av avgörande betydelse.

Det är obestridligt att förutsättningen för att en rehabilitering på primärvårdens nivå överhuvudtaget skall fungera är ett samarbete mellan nämnda instanser. För att samarbetet skall bli effektivt, dvs ge resultat, krävs dock dessutom att någon instans har det övergripande ansvaret för att rehabilitering sker och att det skapas en kontinuitet mellan den medicinska insatsen (behandlande och rehabiliterande) och den arbetsorienterade. De sociala samrådsgrupperna har en viktig samordnande funktion som dock i allmänhet helt är riktad mot patienter som har varit sjukskrivna mycket länge och där arbetsoförmågan ofta är bestående. Försäkringskassornas 3-månaders "observationer" riktar sig i huvudsak mot de långtidssjukskrivna patienterna där arbetsförmågan redan är varaktigt nedsatt. I det tidiga skedet där det kan finnas risk för framtida varaktigt nedsatt arbetsförmåga blir dessa patienter sällan föremål för några rehabiliterande insatser från försäkringskassornas sida. Det är tydligt att det fattas resurser för tidig rehabilitering som skulle göra det möjligt att förhindra en varaktig arbetsoförmåga delvis orsakad av en långvarig sjukskrivning. Det är troligt att försäkringskassorna är det mest logiska valet som sammanhållande och aktivt styrande instans av rehabiliteringsprocessen på primärvårdens nivå. Försäkringskassorna spelar i så fall för närvarande en alldeles för passiv roll. Förutsättningen för en ändring vore dels att försäkringskassorna mera konkret fick i uppdrag att ta initiativet och ansvaret för hela rehabiliteringsförloppet inom primärvården. Dels att resurser skapas för tidig rehabilitering inom primärvården.

Sammanfattning

Det slutliga målet för en rehabilitering måste vara, så långt det överhuvudtaget är möjligt, att bereda patienten ett arbete. Den process som leder fram till detta mål består av en rad led där sambandet kan vara bristfälligt. Således finns det ofta risk för att rehabiliteringsprocessen stannar av mellan den sjukvårdande och den rehabiliterande insatsen och

mellan den medicinska och arbetsorienterade insatsen. Man är benägen att "behandla färdigt" innan man börjar tänka på rehabiliterande åtgärder. På samma sätt finns en tendens till att "rehabilitera färdigt" innan man börjar planera vad patienten skall ha för arbete.

Inom primärvården är man ofta för avvaktande och för passiv när det gäller aktivering och rehabilitering av långtidssjuka patienter. Speciellt har man ringa förståelse för nödvändigheten av tidig rehabilitering och den arbetsmässiga orienteringen av denna. Läkare i allmänhet bör därför få bättre kännedom om industrins arbetsförhållanden och organisation, arbetsvårdens funktion och målsättningar och om rehabiliteringens grundprinciper överhuvudtaget. Rehabiliteringsprocessen får inte vara uppdelad i flera tidsmässigt skilda insatser: behandlande, rehabiliterande och arbetsorientande. De rehabiliterande insatserna måste ske tidsmässigt sidoordnat och vara samordnade inom en gemensam ram. Härvid skapas den nödvändiga kontinuiteten och samtidigt eliminerar man kommunikationsproblemen mellan de olika leden i rehabiliteringskedjan. Samtidigt med att det finns en instans med det övergripande ansvaret för hela rehabiliteringsförloppet, bör det skapas ökade resurser för tidig rehabilitering på primärvårdens nivå.

REFERENSER

1. Danderydsundersökningen. Delunderlag till Socialstyrelsens principprogram för medicinsk rehabilitering 1978: 3
2. Garai, M.: Målsättningen och resultaten vid en rehabiliteringsavdelning, 1976.
3. Roman, G.: "Sjuk eller frisk" Socialförsäkring no 3 1979.
4. Heijbel, C. A.: Betingat arbetsför – Erfarenheter från Volvo – Skövdeverken. Socialmedicinsk tidskrift 56.2 1979 103–108.
5. Jörgensen, H.: Rehabiliteringsverksamheten i LKAB, Kiruna. Socialmedicinsk tidskrift nr 9/1975, 366–373.
6. Jörgensen, H.: Tidig medicinsk rehabilitering. Läkartidningen nr 9/1980.
7. Socialstyrelsens principprogram för medicinsk rehabilitering 1978: 3.
8. Åberg, J.: Hur framgångsrik är ryggrehabilitering. Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie nr 44 1980.