

elt internt i kommuner eller mellem kommune og region, er både økonomiske, praktiske og tidsmæssige resurser en udfordring. Hvis rehabilitering alene er tilrettelagt på baggrund af diagnose frem for den enkelte patients samlede behov, er der risiko for, at der skabes social ulighed.

Forudsætningen for en effektiv rehabilitering er et koordineret og velfungerende patientforløb, og en afgørende forudsætning er patientens involvering og ejerskab til mål og delmål. Hvis patientens indsats og engagement er forhindret pga. den samlede helbreds-tilstand eller stopper af anden grund, er de fagprofessionelles vigtigste opgave at forsøge at inddrage patienten eller dennes netværk. Det er dog vigtigt, at rehabilitering altid foregår på patientens præmisser og dermed også i patientens tempo. Dette kan til tider være særdeles svært at acceptere for fagpersonen, men er forudsætningen for et succesfuldt resultat. Det betyder, at patienten skal være involveret i hele processen fra behovsvurdering til afslutning. At der tages udgangspunkt i patientens mål medfører, at rehabilitering ikke altid følger en lige linje, oftest går rehabilitering endog ad krogede veje. Dette indebærer en særlig udfordring for monitorering af og forskning i rehabilitering, da både målet og indsatsen ofte vil være varierende for forskellige patienter med samme diagnose.

KORRESPONDANCE: Thomas Maribo, MarselisborgCentret, Bygning 1B, P.P. Ørumsgade 9-11, 8000 Aarhus C. E-mail: thomas.maribo@stab.rm.dk

ANTAGET: 2. april 2014

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Nielsen CV. Rehabilitering for sundhedsprofessionelle. 1. bogklubudg., 1. oplag København: Gyldendals Bogklubber, 2009.
2. National forskningsstrategi: neurorehabilitering af meget svært hjerneskadede. Hammel Neurocenter og Klinik for Neurorehabilitering, Hvidovre Hospital, 2001. www.google.com/url?q=http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/hjerneskaade/filer/Forskningsstrategi2001.pdf&sa=U&ei=WxlNU8mzIOX_ygP2-IKoBw&ved=0CCMQfjAB&sig2=q9jK9bQoPSse3ZodT2zxBQ&usq=AFQjCNGXrwaS-NdxSL3ALESkYCunsG_BAw (16. apr 2014).
3. Nielsen CV, Maribo T. Genoptræning og rehabilitering. I: Pedersen BM, Petersen SR, red. Det kommunale sundhedsvæsen. København: Hans Reitzels Forlag, 2014:173.
4. Lov om ændring af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats. www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=144932 (15. apr 2014).
5. Lov om aktiv socialpolitik. www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=1401262012 (15. apr 2014).
6. Lov om social pension. www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=1580742012 (15. apr 2014).
7. Bekendtgørelse om rehabiliteringsplan og rehabiliteringsteamets indstilling om ressourceforløb, fleksjob, tilskud til selvstændigt erhvervsdrivende eller førtidspension www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=144514 (15. apr 2014).
8. Vejledning om hjerterehabilitering på sygehuse. www.sst.dk/publ/Publ2004/Vejl_hjerterehab.pdf (15. apr 2014).
9. Vejledning om kommunal rehabilitering. http://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2011/Kommunal%20rehab/rehab.aspx (15. apr 2014).
10. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
11. Schiøler G, Dahl T. Sundhedsstyrelsen, World Health Organization. International klassifikation af funktionsevne, funktionsevneindsættelse og helbredsstilstand. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
12. World Health Organization. World Bank. World report on disability. Geneva: World Health Organization, 2011.
13. Marselisborgcentret, Rehabiliteringsforum Danmark. Rehabilitering i Danmark: hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Århus: Marselisborgcentret, 2004.
14. Centrale Handicapråd. FN's konvention om rettigheder for personer med handicap og tillægsprotokol. København: Det Centrale Handicapråd, 2008.
15. World Health Organization. How to use the ICF: a practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO, 2013.
16. Watson N, Roulstone A, Thomas C. Routledge handbook of disability studies. New York: Routledge, 2012.
17. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Sundhedsstyrelsen, 2012. <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2012/SYB/Kraeft/RehabPalliationForloebprog.pdf> (10. marts 2014).

Rehabilitering af ældre mennesker

Carsten Hendriksen & Pernille Würtz Lyngbye

»Hospital doctors and general practitioners should be aware of the core principles of rehabilitation, be able to recognise rehabilitation need in their patients, and have sufficient knowledge of their local rehabilitation services to trigger the referral process« [1].

Aldring rummer en vidtfavnende individualitet og mangfoldighed. Hvis vi benytter den nuværende pensionsalder på 65 år som usynlig aldersgrænse, vil langt de fleste over denne alder have mulighed for at leve et selvstændigt og aktivt liv i dagligdagen med oplevelser og samvær, som de selv finder relevante.

Den forøgede levetid har ikke medført flere år med afhængighed, men tværtimod flere år med bevaret funktionsevne – såvel fysisk, psykisk som socialt [2]. Generelt sagt rummer gamle en stor diversitet – fra helt velfungerende mennesker uden kroniske sygdomme over velfungerende og velbehandlede med begyndende nedsat funktionsevne til svækkede med stærkt nedsat funktionsevne.

Alderen er således ikke i sig selv det centrale i forbindelse med rehabilitering. Det er funktions- evnen til gengæld.

STATUSARTIKEL

Afdeling for Sammenhængende Patientforløb, Bispebjerg Hospital

Ugeskr Læger
2014;176:V01140013

Denne artikel omhandler ældre med begyndende eller udviklet påvirkning af funktionsevnen og ikke den store gruppe af velfungerende ældre. Kun få ældre har erhvervsmæssig beskæftigelse, så fokus for artiklen er funktionsevnen i hverdagsperspektiv og i mindre grad arbejdsevnen.

Ændringer i funktionsevnen alene forårsaget af uundgåelige aldersforandringer er karakteriseret ved langsomme kontinuerlige forandringer. I disse situationer vil forebyggende initiativer være det centrale, f.eks. fysisk aktivitet. Påvirker reduktionen aktivitet og deltagelse i hverdagslivet, kan der derimod være behov for rehabilitering. Nedsat funktionsevne udviklet over kort tid vil typisk være udtryk for helbreds-mæssige problemer, f.eks. konsekvens af at være sen- geliggende efter en infektionssygdom. Ændringer i funktionsevnen bør derfor altid give anledning til overvejelser om årsag, herunder om, hvorvidt der er behov for udredning og behandling inden eller samti- dig med evt. tilbud om rehabilitering.

Den store udfordring for læger og andet sund- hedspersonale er at lære at vurdere behovet for reha- bilitering og sammen med patienten drøfte mulighe- der og motivation for funktionsforbedring. Når det drejer sig om ældre med betydelig nedsat funktions- evne og evt. begyndende kognitive problemer, kræ- ver det en særlig faglig indsigt og menneskelig afvej- ning. Der er beskrevet flere teoretiske indgangs- vinkler til denne proces, f.eks. *sense of coherence*, hvor det centrale er, at patienten oplever indsatsen som begribelig, håndterbar og meningsfuld [3].

Fysisk genoptræning indgår som en del af reha- bilitering, men det er fortsat ordet genoptræning, der bliver benyttet i bl.a. i serviceloven og sundhedslo-

ven. Der er behov for konsensus mellem terminolo- gien i lovgivningen og den daglige praksis for at undgå forvirring om begreberne. I denne artikel be- nyttes ordet rehabilitering som defineret i [4].

EVIDENS FOR REHABILITERING

Effektevalueringer af rehabilitering blandt ældre er omfattende beskrevet. Det er imidlertid svært at komme med entydige konklusioner, idet der er stor variation i undersøgelserne mht. indsats, målgruppe, interventionssted, udførende faggruppe og målte ud- fald. Disse variationer vanskeliggør konklusioner om, hvilke interventioner der er mest effektive på både kort og længere sigt [5]. Der foreligger undersøgel- ser, hvori indgår komplekse kommunebaserede inter- ventioner, geriatriske team, patienter med specifikke sygdomme m.m. I et udsnit af undersøgelserne kon- kluderes det, at der findes effekter af rehabilitering for forskellige sygdomsgrupper [6], ældre der hhv. er hjemmeboende [7], udskrevet fra sygehus eller bor på plejehjem [5], om end effektstørrelsen er lille. Ifølge *Beswick et al* [7] er effekten blevet mindre si- den midten af 1990'erne, hvilket måske kan skyldes en generel forbedring i plejen af ældre. Da der ikke kan peges på en specifik indsats med særlig effekt, anbefales det, at indsatsen tilpasses situationen, bor- gerens behov og den lokale kontekst [7, 8]. Generelt er rehabiliteringsindsatser sikre at benytte, også hos ældre på plejehjem [5].

ORGANISERING AF OFFENTLIGE TILBUD

Efter strukturreformens indførelse i 2007 finansierer kommunerne rehabilitering efter serviceloven og sundhedsloven.

Kommunerne har ansvaret for at stille rehabilite- ring til rådighed i form af hverdagsrehabilitering, ak- tivitetscentre eller træningscentre m.m. til borgere, som har behov for dette, men ikke har været i kontakt med et sygehus (serviceloven).

Har patienten været i kontakt med et sygehus, kan der være behov for enten specialiseret ambulant indsats i hospitalsregi eller almen rehabilitering i kommunen (sundhedsloven). Sygehuset er i så fald ansvarlig for at udfærdige en genoptræningsplan til den lokale kommune, som har myndighedsansvaret. Regionerne og lokale kommuner har udarbejdet snit- fladekataloger, der på diagnoseniveau præciserer stratificeringen mellem specialiseret og almen reha- bilitering (genoptræning).

Kommuner

Hverdagsrehabilitering er et nyt ord/en ny indsats, der i de senere år har været under udvikling i kom- munerne. I stedet for at kommunen løser opgaverne,

Rehabilitering –
nytter det?



hjelpes borgeren til så vidt muligt selv at løse opgaverne og dermed forblive uafhængig af hjælp så længe som muligt [9]. Borgere, der anmoder om eller modtager praktisk og/eller personlig hjælp, vurderes således mhp. at finde nye eller forbedre tilstedeværende funktionsmæssige resurser til at klare hverdagen, bl.a. ved hjælp af rehabilitering, der foregår i f.eks. træningscentre eller hjemmet og er målrettet den specifikke funktionsnedsættelse [8]. Den videnskabelige dokumentation for effekt af hverdagsrehabilitering er sparsom og vanskeliggøres af, at kommunerne griber opgaven meget forskelligt an mht. målgruppe, indhold og borgerinddragelse. Socialstyrelsen har igangsat en større kortlægning af området i kommunerne [8, 10]. De foreløbige erfaringer med hverdagsrehabilitering er dog positive mht. forbedring af funktionsevne og støttes fra udlandet [11, 12]. Barrierer for effekt kan være manglende afklaring med modtageren om formålet med hverdagsrehabiliteringen [12]. En kommunal ændring af tilkendelsesproceduren hos en potentielt sårbar gruppe mennesker kræver tid og ikke mindst kommunikationsevner og empati hos personalet.

En af udfordringerne ved hverdagsrehabilitering er det frie leverandørvalg, som hjemmeplejen er omfattet af, men som ikke gælder på trænings- og hjælpemiddelområdet. Denne forskel i organisering kan give samarbejdsproblemer mellem de instanser, som er en integreret del af hverdagsrehabiliteringen [9].

Der er næppe tvivl om, at hverdagsrehabilitering i kommunerne fremover vil have en central placering, men udfordringen er hvordan og til hvem (stratificering), herunder dokumentation for effekten. Kommunikationen mellem visitatorer og borgere mht. begrundelse for hverdagsrehabilitering er ligeledes centrale elementer at følge op på.

Kommunale døgnrehabiliteringspladser henvender sig primært til to målgrupper: Borgere, der er udskrevet fra et sygehus, og borgere fra eget hjem, der har oplevet et fald i funktionsevne. Generelt ydes der en tværfaglig indsats i nogle uger. Der er variation fra kommune til kommune mht. intensitet af indsatsen, opholdets varighed, om pladserne også benyttes til akut- og/eller aflastningspladser, samt om indsatsen er tænkt sammen med kommunens hverdagsrehabilitering [8].

Kommunerne har desuden diverse tilbud i træningscentre, forebyggelsescentre, aktivitetscentre m.m. De praktiserende læger kan foreslå rehabilitering, men det er kommunens visitation, der tager beslutning om påbegyndelse og indsats. Der savnes undersøgelser fra kommunerne, specielt mht. langtids-effekten f.eks. seks måneder efter ophørt indsats.

Hospitaler

En 89-årig kvinde, der under indkøb i et supermarked falder, indbringes med ambulance til skadestuen. Her smertedækkes hun inden en røntgenundersøgelse, der viser fraktur af femur. Få timer senere opereres hun med indsættelse af »metal«. Få timer efter afsluttet operation får hun et måltid mad og er fortsat smertedækket. Næste morgen får hun morgenmad og mobiliseres i høj gangramme med hjælp fra en fysioterapeut. Hun udskrives med albuestok fire dage efter operationen og påbegynder genoptræning i kommunen. Tre uger senere er hun selvhjulpent.

Dette er et eksempel på et accelereret patientforløb, som reducerer komplikationer, morbiditet og indlæggelsestid uden at øge antallet af genindlæggelser. Især inden for kirurgien er evidensen velbeskrevet, men til trods for dette udvikles metoden kun langsomt i driften [13].

Umiddelbart lyder det relevant at overføre de gode erfaringer fra kirurgien til det medicinske område. Der har da også gennem flere år været stigende opmærksomhed på at udnytte viden om betydningen af mobilisering med muskelstyrketræning, optimering af ernæring ad naturlig vej og forebyggelse af delirium bl.a. ved medicingennemgang under indlæggelsen. Specielt inden for geriatrien er denne tankegang blevet implementeret og rummer nødvendigvis et ligeværdigt tværfagligt samarbejde, hvor såvel læger, plejepersonale som terapeuter arbejder ud fra samme målsætning.

De ældre patienter på hospitalernes medicinske afdelinger har imidlertid ofte betydeligt nedsat funktionsevne, hvor der sker yderligere forværring ved indlæggelsen. Sammen med multimorbiditet og evt. kognitive problemer giver det et mere komplekst sygdomsbillede, hvilket gør det sværere med »enkle« løsninger.

Den reducerede indlæggelsestid medfører en balancegang mellem hurtig udskrivelse og tid til at genvinde så megen funktion, at det videre rehabiliteringsforløb kan foregå kvalificeret i samarbejde med kommunens indsats. Gennem de seneste år er der påbegyndt flere interventionsundersøgelser mhp. at klarlægge effekten af tidlig rehabilitering ved, under og efter akut indlæggelse. Netop erfaringerne fra kirurgien burde være inspiration til en systematisk indsats mht. ernæring og styrketræning i kombination med udredning og medicinsk behandling.

Sammenhængende patientforløb

Gennem sundhedsaftalerne er der i de seneste ti år kommet et øget fokus på tværsektorielt samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praktiserende læger. Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser



FAKTABOKS

Vurdering af funktionsevnen er en nødvendig forudsætning ved overvejelser om rehabilitering.

Ingen rehabilitering uden overvejelser om behov for relevant udredning og behandling.

Evidensen er langt fra entydig blandt ældre mht. organisering og det faglige indhold.

Der er behov for forskning inden for flere områder af rehabilitering, herunder hvordan langtidseffekten sikres.

gennem struktureret samarbejde forud for, under og efter udskrivelse er i fokus. Rehabilitering, der understøtter indsatsen i alle tre sektorer, er en del af denne udvikling.

Implementering af forløbsprogrammer for rehabilitering ved kroniske sygdomme er et godt eksempel på udvikling af det sammenhængende patientforløb. Det handler i høj grad – men selvfølgelig ikke alene – om ældre patienter. Effekterne af forløbsprogrammerne er først nu ved at blive beskrevet, og erfaringerne tyder på, at retningen er den rigtige, men at der fortsat er udfordringer mht. stratificering mellem kommunal- og sygehusindsats, kommunikation herimellem samt udveksling af data over sektorgrænserne [14].

KONKLUSION

Rehabilitering af ældre er kommet for at blive. At kunne vurdere uundgåelig aldring og evt. sygdommes påvirkning af funktionsevnen hos den enkelte person er kernen i forbindelse med overvejelser om rehabilitering. Hurtig og relevant udredning og behandling er forudsætningen for, at rehabilitering kan lykkes. Alderen er i sig selv ikke afgørende.

Rehabilitering er imidlertid fortsat en relativt ny disciplin i sundhedsvæsenets tilbud til ældre patienter. Evidensen er langt fra entydig, hvad enten det drejer sig om organisering eller det faglige indhold. Med kommunernes øgede ansvar for rehabilitering følger der også et ansvar for at monitorere nytten af tilbuddene. Vedrørende de patienter, der har kontakt med både hospital og kommune, er det tværsektorielle samarbejde en nødvendighed og en udfordring forskningsmæssigt.

Konkret er der behov for forskning inden for flere områder af rehabilitering. Herunder hvordan det sikres, at de, der har behov, får tilbud om rehabilitering, hvordan behovet for rehabilitering vurderes, om rehabilitering skal foregå i kommunalt regi eller hospitalsregi eller et andet sted (stratificering), over hvor lang tid rehabilitering skal gennemføres, hvordan det

sikres, at en opnået effekt også virker på længere sigt, og hvordan patienterne motiveres til at deltage. Der er nok at tage fat på.

KORRESPONDANCE: Carsten Hendriksen, Afdeling for Sammenhængende Patientforløb, Bispebjerg Hospital, Bispebjerg Bakke 23, 2400 København NV. E-mail: carsten.hendriksen@regionh.dk

ANTAGET: 21. marts 2014

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Young J. Rehabilitation and older people. *BMJ* 1996;313:677-81.
2. Christensen K, Thinggaard M, Oksuzyan A et al. Physical and cognitive functioning of people older than 90 years: a comparison of two Danish cohorts born 10 years apart. *Lancet* 2013;382:1507-13.
3. Jensen TK, Johnsen TJ. Sundhedsfremme i teori og praksis. Aarhus: Philosophia, 2000.
4. Maribo T, Melchiorson H, Rubak DB et al. Rehabilitering – en bredere tilgang til patienterne. *Ugeskr Læger* 2014;176:V01140031.
5. Crocker T, Forster A, Young J et al. Physical rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2:CD004294.
6. Momen AM, Rasmussen JO, Nielsen CV et al. Multidisciplinary team care in rehabilitation: an overview of reviews. *J Rehabil Med* 2012;44:901-12.
7. Beswick AD, Rees K, Dieppe P et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008;371:725-35.
8. Kjellberg PK, Hauge-Helgestad A, Rasmussen SR. Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet. København: Socialstyrelsen, 2013.
9. Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats. København: Hjemmehjælpskommissionen, 2013.
10. Nielsen KB, Langberg H, Rasmussen SR. Evidens for effekten af rehabilitering for ældre med nedsat funktionsevne – litteraturgennemgang. København: Socialstyrelsen, 2013.
11. Tinetti ME, Baker D, Gallo WT et al. Evaluation of restorative care vs usual care for older adults receiving an acute episode of home care. *JAMA* 2002;287:2098-105.
12. Wilde A, Glendinning C. "If they're helping me then how can I be independent?" The perceptions and experience of users of home-care reablement services. *Health Soc Care Community* 2012;20:583-90.
13. Kehlet H. Fast-track hip and knee arthroplasty. *Lancet* 2013;381:1600-2.
14. Center for Sundhed. Kronikerprogrammet – resultater og perspektiver. København: Region Hovedstaden, 2013.