Rehabiliteringens historie og lægens fremtidige rolle

Fin Biering-Sørensen[1], Jørgen Feldbæk Nielsen[2] & Claus Vinther Nielsen[3]

STATUSARTIKEL

1) Klinik for Rygmarvsskader, Neurocentret, Rigshospitalet
2) Hammel Neurocenter, Universitetsklinik for Neurorehabilitering, Hospitalsenheden Midt
3) Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

Ugeskr Læger 2018;180:V06170449

Man har foretaget rehabilitering i årtusinder [1], og det har i dag stor bevågenhed internationalt pga. et stigende antal ældre borgere med kroniske sygdomme, der begrænser funktionsevnen og kræver skræddersyede tværfaglige indsatser [2].

Over tid har mange læger været involveret i rehabilitering efter eller parallelt med medicinsk eller kirurgisk behandling, for at patienten kunne fungere i dagligdagen efter et ulykkes- eller sygdomsfremkaldt funktionstab. Tidligere har fokus for læger primært været på at genskabe den kropslige funktion. Denne medicinske tilgang har været udfordret af en social tilgang, hvor man har set funktionsevnetab uafhængigt af sygdom og betinget af manglende tilretning af omgivelserne ved individrettede eller strukturelle tiltag [1, 3]. Med WHO's International Classification of Functioning (ICF) i 2001 [4] introduceredes en biopsykosocial helhedsmodel, hvor man kombinerer den medicinske og sociale tilgang, hvilket understreger nødvendigheden af tværfagligt og -sektorielt samarbejde om rehabilitering [5].

Formålet med denne artikel er at give læseren et indblik i den lægefaglige del af rehabiliteringens historie i Danmark og samtidig komme med forslag til, hvad lægens rolle kan være i denne sammenhæng i fremtiden.

DEN TIDLIGE START

Opdagelsen af bakterier som årsag til mange sygdomme, ikke mindst tuberkulose, medførte en opblomstring af kurbade rundt om i Europa [6]. I Danmark blev der også etableret kuranstalter. If. *E.M. Jensens* tale ved Dansk Reumatologisk Selskabs generalforsamling den 3. maj 2002 åbnede Rosenborg Brøndkuranstalt i Rosenborg Have i København i 1834 som et af de første, men fulgtes af flere i bl.a. Klampenborg, Silkeborg og. Datidens bedste læger var tilknyttet disse vandkuranstalter, således var professor i medicin *Oluf Lundt Bang* tilknyttet Rosenborg Brøndkuranstalt. Han gik kraftigt ind for forskellige badeprocedurer, motion ved lange gåture og rigelig drikke [6].

Kysthospitalet Refsnæs ved Kalundborg blev opført i 1875 og var det første sanatorium i Skandinavien; her behandledes børn med tuberkulose [7]. Vejlefjord Sanatorium kom til i 1900 [8].

Med industrialiseringen blev der mere fritid, som dele af befolkningen bl.a. anvendte på motion og sport. I samme periode opstod sygegymnastikken og den medikomekaniske gymnastik med mange forskelligartede maskiner, ligesom massagebehandlingen blev genintroduceret.

Opblomstringen af interessen for sundhed og velbefindende gav også grobund for alternative behandlere inden for kvaksalveri, magnetisme, forskellige former for elektriske behandlinger m.m. [6].

For bl.a. at bekæmpe kvaksalveri sluttede en række militær- og kurlæger sig sammen og dannede den 5. marts 1902 Selskabet for Fysisk Terapi og Diætetik [6]. Disse læger interesserede sig for den sunde fysiske udvikling, der kunne opnås ved hjælp af gymnastik, massage og anden fysisk behandling. En af hovedpersonerne var sportsmanden og gymnasten *Abraham Clod-Hansen*, som i 1903 tillige blev chef for klinikken for gymnastik, massage og fysikalsk behandling ved Kgl. Frederiks Hospital. Klinikken overflyttedes i 1910 til det nybyggede Rigshospital, i en bygning med en etage til henholdsvis badebehandling og mekanoterapi [6].

I 1918 besluttede Den Almindelige Danske Lægeforening, at man kunne blive speciallæge i medicin, kirurgi, øjen- og øresygdomme samt mekanoterapi. Den nye chef for klinikken på Rigshospitalet *Johannes Helweg* kaldte sig og sine kolleger fysiurger, og i 1921 skifter Selskabet for Fysisk Terapi og Diætetik navn til Dansk Fysiurgisk Selskab [6].

I udlandet ikke mindst i USA blev udviklingen af fysisk terapi primært drevet af behovet for behandling og rehabilitering af soldaterne efter de to verdenskrige [9]. I USA dannedes i 1923 American College of Radiology and Physiotherapy, men allerede to år senere blev det til American Congress of Physical Therapy [9]. Den tætte forbindelse til radiologien i de første år sås

HOVEDBUDSKABER

- Danmark var det første land til at indføre rehabilitering og det første til at nedlægge rehabilitering som speciale.
- Det var et paradigmeskift, at alle specialer selv skulle rehabilitere patienterne på deres eget område.
- Alle speciallægeuddannelser bør indeholde moduler om lægens ansvar for inddragelse af andre faggrupper og sektorer i rehabiliteringen.

også af, at det første fælles tidsskrift var Journal of Radiology, som startede i 1920, og som i 1925 blev til Archives of Physical Therapy, X-ray, and Radium [9]. I 1938 ændredes det til Archives of Physical Therapy. American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation dannedes i1938, og *Frank Krusen* foreslog samme år navnet »physiatrist«, altså adskillige år efter at fysiurger og fysiurgi var indført i Danmark [9]. Derfor kan man med rette påstå, at Danmark var det første land, der officielt indførte rehabiliteringen som et medicinsk speciale.

DEN FORTSATTE UDVIKLING

Dansk Røde Kors overtog Hald Ege ved Viborg i 1922 og oprettede Folkekuranstalten for at give bl.a. gigt- og nervepatienter behandling og rekreative muligheder [10]. Efter anden verdenskrig var behovet for kurophold mindre, men med de store polioepidemier blev Hald Ege og Hornbæk Kurbad, der blev købt af Samfundet og Hjemmet for Vanføre i 1952, fyldt med poliopatienter og siden andre patienter med behov for længere genoptræningsophold, dvs. i de første år børn med Calve-Legg-Perthes' sygdom og juvenil reumatoid artritis og senere yngre hjerneskadede samt patienter med rygmarvsskader [11].

Skælskør Gigtsanatorium blev opført i 1933 og var på daværende tidspunkt det eneste af sin art. Senere kom Gigtsanatoriet Hans Jansens Hjem i Aarhus og Dronning Alexandrines Gigtsanatorium i Middelfart til, og de drives af Gigtforeningen [12]. I 1960'erne oprettede Skleroseforeningen de to sklerosehospitaler i Haslev og Ry [13]. Disse institutioner fik sammen med Landsforeningen af Polio-, Trafik- og Ulykkesskadede og Muskelsvindfondens behandlingssteder en særstatus mht. kommunernes forpligtelse til at anvende dem, når det var lægeligt indiceret [14].

Fysiurgien fik med *Ove Bøje* sin første professor i 1964, og i 1960'erne oprettedes fysiurgiske afdelinger på alle centralsygehuse. Speciallæger på disse afdelinger skulle være ansvarlige for stort set al rehabilitering på sygehusene. Dengang var det fysiurgen, der ordinerede lige fra lungefysioterapi over hjertetræning til generel fysio- og ergoterapi. I 1970'erne, hvor bl.a. den immunologiske forskning vandt frem, kom der interessekonflikter mellem de speciallæger, der var mere klassisk fysiurgisk og rehabiliteringsorienterede, og dem der var mere immunologisk/inflammatorisk interesserede.

PARADIGMESKIFT

Sundhedsstyrelsen ændrede specialets navn til Fysiurgi og Rehabilitering, og i 1976 foreslog en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen, at specialet blev delt i medicinsk reumatologi og fysiurgisk reumatologi [15]. Dette var der stor modstand mod blandt mange inden

Gangrobot.

for specialet, og i 1982 besluttedes det at bibeholde specialet som grenspeciale under intern medicin under navnet reumatologi [16]. Samtidig var det hensigten, at alle specialer selv skulle rehabilitere patienterne på deres eget område. Det betød, at Danmark, som var det første land til at indføre rehabilitering, også blev det første til at nedlægge rehabilitering som selvstændigt speciale. Reumatologerne skulle herefter kun rehabilitere følger af medicinske sygdomme i bevægeapparatet, mens f.eks. hjertelægerne skulle varetage hjerterehabiliteringen, lungelægerne lungerehabiliteringen osv. At rehabilitering i Danmark er lagt ind som en opgave i hvert enkelt speciale adskiller sig markant fra udviklingen i de øvrige europæiske lande, hvor rehabilitering er et selvstændigt lægespeciale under forskellige betegnelser (*rehabilitation medicine, physical and rehabilitation medicine* eller *physical medicine and rehabilitation*). Ud over i Danmark er det kun i få andre små lande i Europa, at et rehabiliteringsspeciale ikke findes [17, 18].

Ikke mindst på det neurologiske område betød denne beslutning store ændringer. Der etableredes apopleksienheder [19], og det besluttedes, at den højt specialiserede behandling og rehabilitering af patienter med rygmarvsskader og svære hjerneskader skulle centraliseres til kun to steder i landet, henholdsvis Rigshospitalet/Hornbæk og Aarhus Universitetshospital/Viborg samt Hammel Neurocenter og Hvidovre Hospital [20, 21].

Neurorehabilitering beskrives i 1997 som en tværfaglig indsats, der tager sigte på at genskabe det højest mulige niveau af mental og fysisk funktion og genindtræden i sociale, uddannelsesmæssige og arbejdsmæssige relationer [21]. Rehabiliteringsforløbet er et (individuelt) kontinuum af faser med forskelligt fokus og indhold lige fra starten på f.eks. en intensiv-/traumeafdeling, den fortsatte hospitalsrehabilitering og i kommunen efter udskrivelsen.

Lægers involvering i den arbejdsrettede rehabilite-

ring udvikledes fra først i 1980'erne. Arbejdsmedicinen fik ud over risikovurderinger fokus på, at arbejdspladser kan tilpasses patienternes funktionstab, så fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet er mulig. I socialmedicinen introducerede man i den arbejdsrettede rehabilitering den biopsykosociale sygdomsmodel [22]. Fokus er rettet på den brede forståelse af funktionsevnen. Sygdom med følgende funktionstab og funktionsevnetab (fysisk, psykisk og socialt) skal ses i tæt samspil med personlige og omgivelsesmæssige faktorer, når vurdering af behov for rehabilitering skal udredes, mål skal fastlægges og indsatser iværksættes og evalueres [23].

Dele af lægestanden har taget den helhedsorienterede rehabiliteringsforståelse til sig, mens rehabilitering som begreb først blev indført i dansk lovgivning i 2012 i forbindelse med en førtidspensions- og fleksjobreform [24]. I alle kommuner blev der etableret rehabiliteringsteam med deltagelse fra de fleste kommunale fagområder og en regionalt ansat speciallæge som sundhedsfaglig koordinator. Det er hospitalslægens ansvar at udarbejde genoptræningsplaner (om fysisk genoptræning) til patienter, der udskrives og har et genoptræningsbehov, som skal behandles i kommunen. Kravene til disse genoptræningsplaner er blevet yderligere kvalificeret og baseret på ICF efter regionsdannelsen, hvor kommunerne har fået tildelt en større del af genoptræningen. Det er indtil videre kommunens ansvar at vurdere behovet for indsatser som evt. supplement til genoptræningen, det kan dreje sig om sociale forhold, beskæftigelse og uddannelse. Disse indsatser samles i en individuel rehabiliteringsplan.

At rehabilitering også virker er påvist i mange studier og review [25-28].

LÆGENS ROLLE I REHABILITERINGEN FREMOVER

ICF [3, 5] blev udarbejdet af WHO i erkendelse af, at den rene sygdomsklassifikation (ICD) var et utilstrækkeligt grundlag at vurdere behovet for rehabiliteringsindsatser på. ICF-modellen illustrerer alle de elementer, der er nødvendige at tage i betragtning, når man skal vurdere behov, opstille mål og iværksætte indsatser. Ved rehabilitering i relation til sygdomsdebut skal man have mest fokus på det kropslige/mentale og mindre fokus på f.eks. mestring af dagligdagens funktioner og arbejde. Senere i et behandlingsforløb skal det kropslige/mentale have mindre fokus, mens mestring af dagligdagens funktioner og tilbagevenden til arbejde m.v. skal have mere fokus. Alt afhængigt af lægens specialetilknytning skal denne have indsigt i forskellige rehabiliteringsfaser og elementer af helhedsvurderingen. For langt de fleste læger vil rehabiliteringsopgaven ligge i den første fase af et sygdomsforløb, og den lægefaglige rehabiliteringsindsats bliver meget sygdomsafhængig. I denne sammenhæng mener vi ikke, at det giver mening at genetablere et rehabiliteringsspeciale. Ingen læger vil kunne mestre alle sygdommes specifikke rehabiliteringsbehov i sygdommens tidlige faser. Selvom al rehabilitering kræver en individualiseret og skræddersyet tværfaglig indsats, bliver rehabiliteringsbehovene i senere faser af sygdomsforløbet af mere generisk karakter, og der stilles krav om et tæt koordineret samarbejde med andre aktører på socialområdet, arbejdsmarkedet og uddannelsesområdet. På denne baggrund er det vigtigt, at alle læger fremover får kendskab til den biopsykosociale ICF-model, og at alle læger har viden om, at alle kategorier i modellen af lægens ansvar skal i spil ofte med inddragelse af andre faggrupper og sektorer. Derfor bør alle speciallægeuddannelser indeholde moduler med fokus på disse områder, men med udgangspunkt i det enkelte speciales særlige område.

SUMMARY

Fin Biering-Sørensen, Jørgen Feldbæk Nielsen & Claus Vinther Nielsen:

The Danish history of rehabilitation – and what is the doctor's role in the future?

Ugeskr Læger 2018;180:V06170449

Not least tuberculosis caused the growth of many spas. In Denmark, the Society for Physical Therapy and Dietetic was formed in 1902, and in 1921 it changed its name to the Danish Physiatrists Society, later the Danish Society for Physiatrists and Rehabilitation. In the early 1980's the National Board of Health decided, that all specialties should rehabilitate patients within their own area, and the specialty for rehabilitation was abolished. Therefore, all doctors need to have knowledge of the biopsychosocial model and the involvement of other professional groups and sectors.

KORRESPONDANCE: *Fin Biering-Sørensen.*
E-mail: fin.biering-soerensen@regionh.dk

ANTAGET: 5. september 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 1. januar 2018

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

LITTERATUR

1. Maribo T, Nielsen CV. Rehabilitering – en grundbog. 2. udg. Gads Forlag, 2016.
2. World Health Organization. World Report on Disability. WHO, 2011.
3. Maribo T, Rubak DB, Jespersen E et al. Rehabilitering baseret på den bio-psyko-sociale model tager udgangspunkt i patientens sygdom, funktionsevne og kontekst. Ugeskr Læger 2014;176:V0114003.
4. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO, 2001.
5. Schiøler G, Dahl T. International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand. Munksgaard Danmark, 2003.
6. Clemmensen S, Permin H, Snorrason E. Reumatologi i Danmark. I: Leden I, Nived O, red. Nordisk Reumatologisk Förening. Jubileumsbok 50 år. 1946-1996. Nordisk Reumatologisk Förening, 1996:11-48.
7. https://da.wikipedia.org/wiki/Kysthospitalet_p%C3%A5_Refsn%C3%A6s (22. maj 2017).
8. https://www.vejlefjord.dk/om-vejlefjord/historie-for-vejlefjord-rehabilitering (22. maj 2017).
9. DeLisa JA. Philosophy and history of rehabilitation. http://njms.rutgers.edu/departments/physical_medicine_rehabilitation/documents/Philosophy-%20updated%200ctober%202011-dm.pdf (22. maj 2017).
10. http://da.wikipedia.org/wiki/Folkekuranstalten_ved_Hald (22. maj 2017).

11. Biering-Sørensen F, Gregersen H. Fra kurbad til hospitalsafdeling. Bibl Læger 2013;205:90-103.
12. www.sanocenter.dk/historien (22. maj 2017).
13. http://sclerosehospitalerne.dk/historie (22. maj 2017).
14. Redegørelse fra Ekspertgruppen vedrørende neurologiske lidelser. Sundhedsstyrelsen, 1991.
15. Reumatologi inden for sygehusvæsenet, redegørelse afgivet af et af sundhedsstyrelsen nedsat ekspertudvalg. Sundhedsstyrelsen, 1976.
16. Indenrigsministeriet, juni 1982. https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=46252 (22. maj 2017).
17. Ward AB, Gutenbrunner C. Physical and rehabilitation medicine in Europe. J Rehabil Med 2006;38:81-6.
18. Gutenbrunner C, Ward AB, Chamberlain MA. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. J Rehabil Med 2009;(suppl 45):1-48.
19. Apopleksibehandling – fremtidig organisation. Vejledning og referenceprogram. Sundhedsstyrelsen, 1994.
20. Redegørelse: para- og tetraplegi – organisation af behandling og kontrol. Sundhedsstyrelsen, 1994.
21. Redegørelse: behandlingen af traumatiske hjerneskader og tilgrænsende lidelser. Sundhedsstyrelsen, 1997.
22. Modvig J, Jensen BT, Nielsen CV. Klinisk socialmedicin og rehabilitering. 2. udg. FADL's forlag, 2016.
23. Labriola M, Thielen K, Epleov LF et al. Arbejdsrettet rehabilitering. Ugeskr Læger 2014;176:V03140139.
24. http://bm.dk/da/Aktuelt/Politiske%20aftaler/Reform%20af%20foertidspension%20og%20fleksjob.aspx (22. maj 2017).
25. McCarthy B, Casey D, Devane D et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2015;2:CD003793.
26. Winstein CJ, Stein J, Arena R et al. American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2016;47:e98-e169.
27. Cornelis J, Beckers P, Taeymans J et al. Comparing exercise training modalities in heart failure: a systematic review and meta-analysis. Int J Cardiol 2016;221:867-76
28. Langeard A, Bigot L, Chastan N et al. Does neuromuscular electrical stimulation training of the lower limb have functional effects on the elderly? Exp Gerontol 2017;91:88-98.