

Perspektiver på rehabilitering - en tværfaglig og helhedsorienteret indsats

Af Christel Vejen, klinisk diætist, stud.cand.scient.san.¹ Hanne Høyer, klinisk diætist, cand.pæd. soc., adjunkt², Thomas Mari-bo, fysioterapeut, ph.d., professor og forskningsleder^{1,3}, Nanna Rolving, fysioterapeut, ph.d., seniorforsker og ekstern lektor^{1,3}
Kontakt: 21.juni@hotmail.dk

¹ Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.

² VIA University College.

³ DEFACTUM, Region Midtjylland.

En koordineret rehabiliteringsindsats er en nødvendighed

Diætiske indsatser er en central del af mange rehabiliteringsforløb på tværs af målgrupper og sektorer, hvis personens aktuelle ernæringstilstand eller kostindtag vurderes at være utilstrækkeligt eller u hensigtsmæssigt. Indsatserne kan derfor være af afgørende betydning for rehabiliteringsforløbet og i forebyggelsen af yderligere sygdom. Områder for sådanne indsatser spænder meget bredt med blandt andet den voksende population af ældre borgere samt den store forekomst af livsstilssygdomme, som vejer tungt i den samlede nationale sygdomsbyrde (1). Det drejer sig f.eks. om hjertekarsygdomme, diabetes, KOL og cancer, og de tilhørende forløbsprogrammer, anbefalinger og nationale kliniske retningslinjer har beskrevet de diætiske indsatser som en relevant del af rehabiliteringsforløbene målrettet disse sygdomme (2, 3).

Mangelfulde og/eller fragmenterede rehabiliteringsindsatser, herunder manglende fokus på ernæringens betydning og diætistens rolle i det samlede forløb, kan få stor betydning for personens mulighed for eksempelvis at kunne deltage aktivt i hverdagslivet, forblive på arbejdsmarkedet og opretholde en god livskvalitet (4-6). Udover negative følger for personen selv og dennes pårørende kan det således også have negative samfundsmæssige omkostninger i forbindelse med f.eks. tabt arbejdsfortjeneste, sygemeldinger og førtidspension (7). Det ses desværre ofte, at rehabiliteringsforløb er fragmenterede og med manglende sammenhæng mellem mål og indsatser på tværs af faggrupper og sektorer. Derved forventes rehabiliteringsprocessen ikke at resultere i den samme gevinst, som i forskningen har vist sig gældende, når forløbet er koordineret og personcentreret (8-11).

Rehabilitering – en kort introduktion til begrebet

Rehabilitering er en samarbejdsproces, hvis formål er at muliggøre et selvstændigt og meningsfuldt liv hos personer, der har eller er i risiko for at få begrænsninger i funktionsevnen fysisk, psykisk og/eller socialt efter f.eks. sygdom eller ulykke (12). Rehabiliteringsforløbet skal tage udgangspunkt i personens egne mål og behov og samarbejdsprocessen indbefatter personen i rehabilitering, pårørende og fagprofessionelle. Den enkelte persons mulighed for at kunne fungere i hverdagen, på trods af f.eks. sygdom eller skade, afhænger i høj grad af både personens egen evne til at mestre sin helbredssituation og af den kontekst, personen befinder sig i – herunder både den nære kontekst som f.eks. familie og arbejdsplads, og den omgivende kontekst som samfund og kultur. Denne forståelse af rehabilitering er baseret på den biopsykosociale model, som er en forståelsesramme, der udgøres af et dynamisk samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer (13, 14). På baggrund af modellen har WHO udarbejdet International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (15, 16). Det er en klassifikation af funktionsevne på samme måde, som ICD er det for diagnoser. Modellen anvendes tværdisciplinært og tværsektorielt til beskrivelse og forståelse af funktionsevne og funktionsevnedækkelse ud

fra fem dimensioner: kropsfunktioner og anatomi, aktiviteter, deltagelse samt omgivelsesmæssige og personlige faktorer (Figur 1). ICF indfanger netop tyngden af samspillet mellem sygdom, personlige faktorer og konteksten, hvorfor modellen er særdeles velegnet som et tværprofessionelt analytisk redskab for diætisten og andre fagprofessionelle til brug i rehabiliteringsprocessen. Samtidig giver den mulighed for at bidrage til en fælles forståelse og et fælles sprog i forhold til at forstå, hvori personens begrænsninger ligger, og hvilke indsatser der skal iværksættes for at nå målet med rehabiliteringen.

Det er derfor af stor betydning, at kliniske diætister har kendskab til og kan anvende ICF og den biopsykosociale model, hvilket kræver, at der arbejdes med udgangspunkt i en af de grundlæggende forudsætninger for at arbejde rehabiliterende – et holistisk menneskesyn. Dette kan være udfordrende i et fag som klinisk diætetik, der ofte tager afsæt i den naturvidenskabelige tradition, som det meste ernæringsforskning er funderet på. Samtidig kan de organisatoriske og strukturelle rammer for den diætiske behandling i alle sektorer opleves som begrænsende i forhold til at tage udgangspunkt i det brede menneskesyn. Selvom der i mødet med personen i rehabilitering også er fokus på de psykosociale aspekter, og der både på ernæring- og sundhedsuddannelserne og i praksis tages afsæt i det brede og positive sundhedsbegreb (17), kan der med fordel indgå en tværgående systematik i arbejdet med rehabiliteringsforløbene, og i forståelse af rehabiliteringens grundstene og ånd. Her arbejder man ikke kun med et mål for den diætiske behandling, men også i forhold til det helt overordnede mål med rehabiliteringen, som den enkelte person har været med til at opstille. I den optik er rehabilitering altså ikke en flerfaglig indsats, hvor hvert fag uafhængig af hinanden bidrager med hver sin monofaglighed, men en tværfaglig indsats, hvor alle relevante fagligheder tænkes sammen i forhold til det overordnede mål og derved sikrer et målrettet og sammenhængende rehabiliteringsforløb for personen.

Diætistens rolle i rehabilitering

Diætistens kernekompetencer i rehabilitering bør udspille sig på alle niveauer i ICF-modellen.

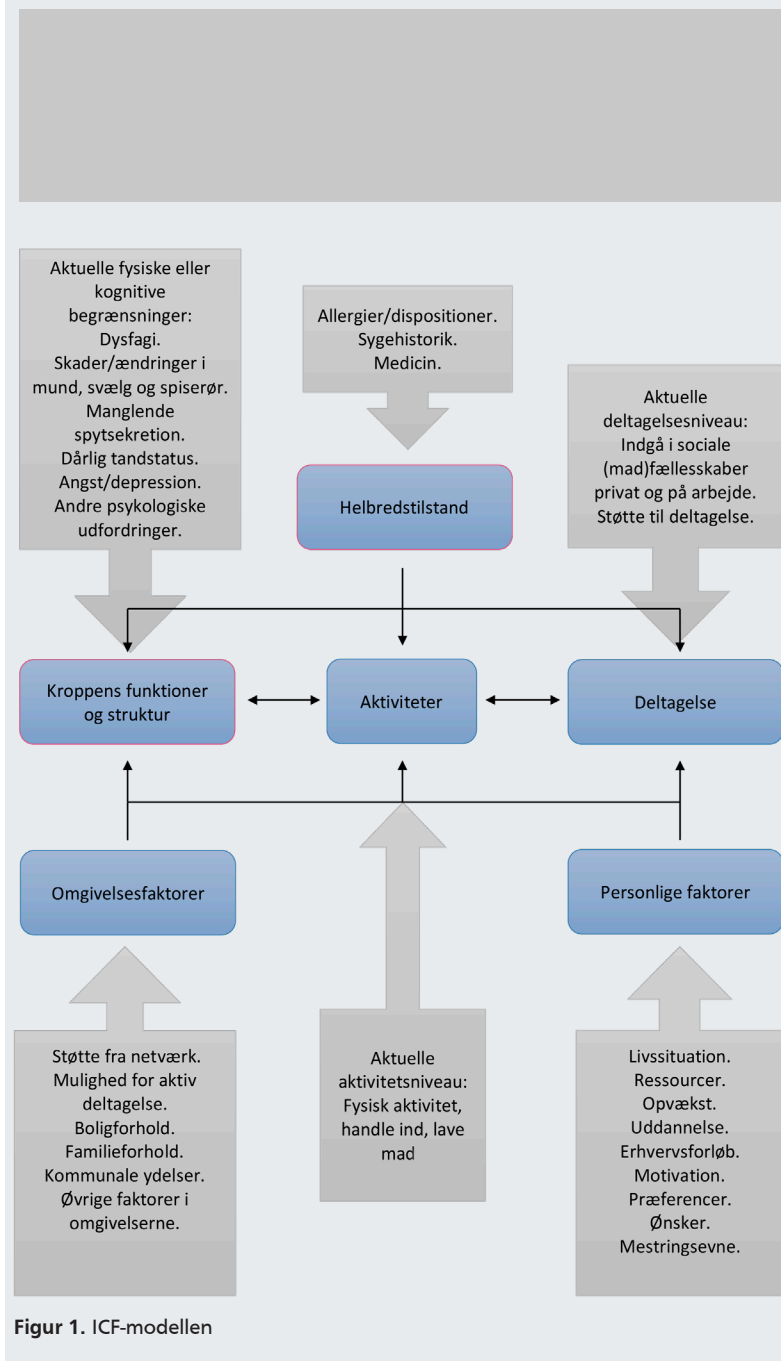
Det primære fokus for diætisten er at sikre en optimal ernæring for den enkelte person, så vidt det er muligt inden for rammerne af personens sygdom(me) og kontekst, hvori personen indgår. Dvs. omgivelserne og de sociale forhold omkring personen, som kan have betydning for diætbehandlingen. Det er samtidig af afgørende betydning at muliggøre rehabiliteringens overordnede mål om at opnå den bedst mulige funktionsevne med henblik på, at personen skal kunne leve et selvstændigt og meningsfuldt liv. Diætisten har f.eks. i arbejdet med småtspisende personer en stor rolle i at skabe et fundament for, at personen får dækket sit energi- og proteinbehov, illustreret i ICF-modellens kropsniveau (figur 1). Dertil at identificere, aktivere og optimere iboende ressourcer hos personen, f.eks. mestringssevne, motivation, mulighed for aktiv deltagelse i sociale sammenhænge samt støtte fra socialt netværk m.v. (personlige/omgivelsesmæssige faktorer). Det er ligeledes afgørende, om personen selv er i stand til at købe ind og lave mad (aktivitet). Lykkes det at adressere og sætte ovenstående i spil med udgangspunkt i personens egne mål for rehabiliteringen kan også sygeplejersker, fysioterapeuter og andre sundhedsprofessionelle arbejde med personens funktionsevne på de ernæringsmæssigt bedste vilkår.

Diætistens indsatser ydes dels til mange forskellige sygdomsgrupper og problematikker bestående i f.eks. ernæringsterapi, diætbehandling, undervisning, m.v. til personen selv og til pårørende, hvis det er relevant. Andre tilknyttede fagpersoner, f.eks. plejepersonale, skal også informeres om mål, indsatser og eventuelle forbehold ift. diætistens indsatser og mål. En bred informations- og vidensdeling er derfor et vigtigt led i at maksimere personens samlede udbytte af de sideløbende og efterfølgende rehabiliterende indsatser, og derigennem vedligeholde eller forbedre funktionsevnen med mulighed for at opnå en selvstændig og meningsfuld livsførelse. Tilsvarende er det vigtigt, at diætisten kigger ud over den klinisk diætetiske problemstilling og er orienteret mod andre fagprofessioner og sektorer, som rehabiliteringsforløbet spænder over (18-20). Den kliniske diætist skal således kunne identificere, hvad det næ-

ste skridt i den rehabiliterende indsats er, samt turde og evne at bygge bro mellem siloer og sektorer, og på den måde favne det hele menneske og nuancere rehabiliteringsindsatsen.

Udfordringer for diætistens arbejde i rehabiliteringsforløb

Selv om rehabiliterende indsatser skal bero på personens egne ønsker og mål, ses det ofte, at der på forhånd er defineret både problem og indsats på baggrund af faglige kriterier for indsatserne, eksempelvis ernærings- eller dysfagivurdering (21). Afhængig af sygdomsomsråde er det mange steder fortsat således, at personens tid med en diætist er meget knap, og andelen af konsultationer i et forløb varierer. Trods mange personers generelle tilfredshed med det enkeltstående forløb, indsatser samt de relationelle forhold til sundhedspersonalet oplever mange et usammenhængende forløb med manglende overblik (8, 21-24). Det kan i mødet med diætisten blive endnu et møde med en ny fagperson, hvor hele eller dele af forløbet skal genfortælles grundet den manglende koordinering faggrupperne og sektorerne imellem om hvert unikke forløb (9). Den manglende tværfaglige og tværsektorielle kommunikation medvirker til, at diætisten i mange tilfælde ikke har et tilstrækkeligt indblik i forløbet og de bagvedliggende vilkår, ressourcer og mål, som personen har. Samtidig



Figur 1. ICF-modellen

er det i arbejdet med rehabilitering centralt, at diætisten kender til interne såvel som eksterne handlemuligheder i regionen, kommunen og det omgivende samfund for at skabe bedst mulige betingelser for forløbet.

Lovgivningen udfordrer

Ansvar for rehabiliterende indsatser og tilbud er primært forankret i kommunen, men varetages også af regionerne. De eksisterende forvaltningsmæssige rammer og lovgivning danner ikke én samlet lovgivning for rehabilitering, hvilket kan gøre det svært for den sundhedsfaglige at gennemskue og navigere i. Det betyder, at diætisten og andre faggrupper ofte ikke arbejder ud fra samme lovgrundlag, og det kan påvirke rehabiliteringsforløbenes kvalitet, overblik og oplevede sammenhæng.

Det ses ved blandt andet manglende deling af informationer som helbredsoplysninger, sociale forhold, prioritering af ressourcer og målsætninger. Visionen om et koordineret forløb kan da være svært efterkommeligt.

Hver region har udarbejdet

en sundhedsaftale, der beskriver fordeling af opgaver og ansvar mellem region og tilhørende kommuner. Der er dermed ikke en ensartet tværgående henvisningspraksis, men konsultation med en diætist kræver alle steder en henvisning fra egen læge eller relevant hospitalslæge (25). Indgår personen i ét af sundhedsaftalens forløbsprogrammer for specifikke sygdomsomsråder, har personen ret til henvisning til de faggrupper, der er beskrevet i forløbsprogrammets rehabiliteringsforløb – herunder diætisten. Adgangen til en klinisk diætist afhænger således af personens sygdomsomsråde(r), bopælskommune og tilhørende prioriteringer og ressourcer til denne ydelse. Hvis personen ikke indgår i et forløbsprogram, er alternativet ofte egenbetaling på private klinikker eller via en privat sundhedsforsikring. Det øger risikoen for, at kun de mest ressourcestærke personer, som har råd og energi til selv at kontakte diætisten, får den fornødne hjælp. Det er et paradoks i et samfund, hvor uligheden i sundhed i forvejen er stor og søges minimeret, idet ressourcetsvage personer oftest er dem, der har størst behov for professionel diætbehandling. Uagtet brugen af private eller offentlige diætister, er en tværgående og systematisk indsats fortsat mulig, såfremt diætisterne arbejder ud fra ICF-modellen.

At arbejde rehabiliterende som diætist

Det går ofte stærkt, når patienter udskrives fra sygehuset, og det sker desværre ofte uden inddragelse af en diætist - selv når der er behov for en sådan. Trods en stabil sygdomstilstand er ernæringen ofte utilstrækkelig, hvorfor der er stor risiko for underernæring med komplikationer og genindlæggelse til følge (26, 27). For at skabe en ideel rehabilitering hos f.eks. geriatriske patienter er det væsentligt, at der med udskrivelsen følger en beskrivelse af patientens ernæringstilstand og diætiske indsatser under indlæggelsen samt eventuelle fortløbende initiativer. På systematisk vis kan diætisterne i kommunen samt egen læge på denne måde være opdateret på, hvilken ernæringsmæssig historik og udgangspunkt patienten udskrives med. En brobygning som denne giver plads til informationsdeling mellem sektorerne, hvorfra en plan kan tilpasses personens ændrede kontekst. Det kan f.eks. være behovet for diætiske indsatser i personens eget hjem, undervisning, deltagelse i kommunale tilbud om madfællesskaber o.l. Det er dog væsentligt, at de diætiske indsatser stemmer overens med de mål, som personen i rehabilitering har. Det kan ofte handle om eksistentielle og (typisk) ikke-kliniske mål. Målene kan f.eks. omhandle dét at kunne deltage i sociale madfællesskaber uden at skulle skilte for meget med særlige ernæringsbehov i forhold til den øvrige forsamling frem for et mål om normalisering af lipider. Eller at fastholde den traditionelle søndagsbrunch med familien eller onsdagskagen med kollegaerne på arbejdspladsen uden hensyntagen til anbefalede diætprincipper (deltagelsesniveauet i ICF). Uanset målenes art og primære faglige tilhørssted kræver en målopfyldelse, at diætisten er lydhør over for personens ønsker og inddrager relevante faggrupper. Med viden, engagement og øvelse kan alle faggrupper integre den biopsykosociale model som en naturlig del af daglig praksis, så man sammen kan forvalte ressourcer og midler på bedste vis.

Det koster samfundet dyrt at negligere sammenhængens betydning

Rehabiliteringsstrategierne er de seneste årtier ændret blandt andet grundet forandret demografi, flere med livsstilssygdomme og øget kronicitet og komorbiditet, kortere indlæggelsestider med flere udliciterede opgaver til primærsektoren samt en større relativ ulighed i sundhed (28-30). Ernæring spiller således en endnu større rolle for folkesundheden (31).

Sundhedsvæsenet har længe højspecialiseret de enkelte fagområder med henblik på at yde en behandlingskvalitet i verdensklasse. Det har desværre skabt siloer, hvori hvert kerneområde opererer selvstændigt, og hvor der mangler det fornødne fokus på brobygning mellem de forskellige specialer og sektorer. Denne infrastruktur skaber i sig selv fragmenterede forløb. Specialiseringen er nu delvist afløst af visionen om "det nære sundhedsvæsen" med en større sammenhæng, og det kræver ekstra samarbejdsindsatser på alle niveauer.

Ændringer betinges i første instans af politiske tiltag, så lovgivningen muliggør et samarbejde. Det kræver også ledelsesmæssig opbakning og fleksibilitet i den organisatoriske rammesætning for blandt andet de kliniske diætisters virke og tætte samarbejde med øvrige fageksperter. Dette vil muliggøre, at man i sundhedsvæsenet kan praktisere ud fra en rehabiliterende tankegang med udgangspunkt i et helhedsorienteret menneskesyn og personcenterede indsatser. På den måde praktiserer man også som allerede beskrevet i blandt andet forløbsprogrammer og nationale kliniske retningslinjer. Der er også et individuelt fagprofessionelt ansvar i at internalisere de rehabiliterende elementer i det daglige arbejde og derigennem skabe bro mellem siloerne. Her er det fundamentalt, at der allerede på alle sundhedsuddannelserne fokuseres mere indgående på en enslydende rehabiliteringsforståelse, samt at ledelsen i praksis går forrest samt tilskynder og muliggør en kontinuerlig kompetenceudvikling på området til blandt andet diætisterne. Skal der arbejdes med rehabilitering med udgangspunkt i ICF-modellen betinger det at mulighederne for en koordineret og sammenhængende indsats på tværs af fag og sektorer er til stede og udnyttes af alle involverede faggrupper. Herved kan der skabes en meningsfuld rehabilitering. Ikke kun for personen i rehabilitering, men også for de fagprofessionelle.

Referencer

1. Flachs et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme. 2015.
2. Sundhedsstyrelsen. Nationale Kliniske Retningslinjer [updated 22082019. Available from: <https://www.sst.dk/da/Opgaver/Patientforloeb-og-kvalitet/Nationale-kliniske-retningslinjer-NKR>.
3. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model. København; 2012.
4. Wade D. Rehabilitation—a new approach. Overview and Part One: the problems. *Clinical Rehabilitation*. 2015;29(11):1041-50.
5. Wade D. What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. *Clinical Rehabilitation* 2020;34(5):571-83.
6. Cieza et al. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021;396(10267):2006-17.
7. Høeg MB, Dansk Arbejdsgiverforening. Sygefravær koster samfundet og virksomhederne dyrt. 2019.
8. Danske Patienter. Mangel på sammenhæng i sundhedsvæsenet - fortalt af patienter og pårørende. 2013.
9. Nielsen et al. Forskningsledere: Rehabilitering udfordrer regioner og kommuner. *Altinget*. 2019.
10. Wade D. Rehabilitation - a new approach. Part four: a new paradigm, and its implications. *Clinical Rehabilitation*. 2016;30(2):109-18.
11. Wade D. Rehabilitation - a new approach. Part two: the underlying theories. *Clinical Rehabilitation*. 2015;29(12):1145-54.
12. Maribo et al. Hvidbog om rehabilitering. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark; 2022.
13. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*. 1980;137(5):535-44.
14. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
15. World Health Organization. The ICF: International Classification of Function, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health Organization; 2001.
16. Schøler et al. International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. 1 ed. København: Munksgaard Danmark, Verdenssundhedsorganisationen; 2003.
17. Jensen et al. Forebyggende sundhedsarbejde. København: Munksgaard; 2016.
18. Wade D. What attributes should a specialist in rehabilitation have? Seven suggested specialist Capabilities in Practice. *Clin Rehabil*. 2020;34(8):995-1003.
19. Christensen et al. Forskellige faggruppers tilgang til rehabilitering: De professionelle faggruppers kernekompetencer i forbindelse med rehabilitering. In: Maribo T NC, editor. Rehabilitering - en grundbog. 1. ed: GAD; 2016. p. 297-312.
20. Maribo et al. Rehabilitering - en grundbog. København: GAD; 2016.
21. Thuesen J. Gammel og svækket i nye omgivelser. Narrativt arbejde i brugerorienterede rehabiliteringsforløb. Roskilde Universitet; 2013.
22. Danske Patienter. Det borgernære sundhedsvæsen. Anbefalinger til et sammenhængende sundhedsvæsen med udgangspunkt i det hele menneske. 2017.
23. VIVE. Patientoplevelser i KOL og type 2 diabetes forløb. 2013.
24. Statens Institut for Folkesundhed. Hjertekarpatienters oplevelser med sundhedsvæsenet og livet med hjertekarsygdom. 2016.
25. Sundhedsministeriet. Lov om kliniske diætister 1996. Available from: <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/a/1996/307>
26. Agarwal et al. Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clinical Nutrition* 2013;32(5):737-45.
27. Agarwal et al. Malnutrition in the elderly: a narrative review. *Maturitas*. 2013;76(4):296-302.
28. Danmarks Statistik. Statistikbanken. Befolkningsfremskrivning 2021 for hele landet efter indkomst, køn og alder. 2021. Available from: <https://statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1440>
29. Sundhedsdatastyrelsen. Borgere med kroniske sygdomme 2021 (updated 2019). Available from: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/sygdomme-og-behandling/kronisk-sygdom>
30. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om strukturreform, juni 2004. 2004.
31. Tobberub R, Christensen B, Kjeldsen HC. Kost og forebyggelse af sygdom 2019 [updated 23-08-2019. Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hormoner-og-stofskifte/sygdomme/kost/kost-og-forebyggelse-af-sygdom/>