

Den alment praktiserende læges rolle i forbindelse med rehabilitering

Kaj Sparle Christensen¹ & Dorte Gilså Hansen²

STATUSARTIKEL

1) Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet
2) Nationalt Forskningscenter for Kræftrehabilitering, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet

Ugeskr Læger
2014;176:V01140066

Rehabilitering omfatter professionelle indsatser, der skal reducere fysiske, psykiske eller sociale funktionsevnetab. Formålet er, at patienten opnår bedre livskvalitet i et selvstændigt og meningsfuldt liv [1-3]. Almen praksis og dermed den praktiserende læge har en helt central og ofte afgørende rolle, når det handler om rehabilitering af patienter med funktionsevnedsetsætninger [4]. I denne artikel vil vi på baggrund af ændringer i sygdomsmønstret argumentere for en udvidet forståelse af rehabiliteringsbegrebet og kort pege på fire forskellige indsatser af potentiel betydning for den praktiserende læges rolle i rehabiliteringen.

Rehabilitering har for mange læger været synonymt med arbejdsmæssig rehabilitering, dvs. noget der udspandt sig i det socialt-lægelige samarbejde. En sådan forståelse er imidlertid for snæver til at kunne favne de problemstillinger, vi møder i almen praksis i dag, og omfatter kun en delmængde af de indsatser, som kan være relevante i forbindelse med rehabilitering. Samarbejdet mellem almen praksis, kommunale afdelinger og det øvrige sundhedsvæsen undergår i disse år betydelige forandringer. Manglende kendskab til aktuelle samarbejdsaftaler og til de forskellige behandlingstilbud kan derfor være en alvorlig barriere for mange patienters rehabilitering og henvisning til eksisterende aktiviteter og indsatser.

Symptom- og sygdomsmønstret er igennem de seneste årtier ændret i retning af stigende multimorbiditet, dvs. at det efterhånden mere er reglen end undtagelsen, at patienter har en eller flere konkurrerende sygdomme og problemstillinger [5] (Figur 1). Disse ændringer i sygdomsforekomsten nødvendiggør, at den praktiserende læge bliver fortrolig med en mere moderne forståelse af rehabiliteringsbegrebet og gør helhedsorienteret rehabilitering til en kerneydelse i sin daglige praksis.

Konceptuelt er rehabilitering ikke defineret med udgangspunkt i en specifik sygdom eller tilstand, men med udgangspunkt i patientens funktionsevne. I faglige guidelines beskrives oftest rehabilitering ud fra et specifikt sygdomsperspektiv, f.eks. neurorehabilitering, kræftrehabilitering og hjerterehabilitering, og har som mål at integrere rehabilitering i den sygdomsspecifikke behandling. Når rehabilitering i al-

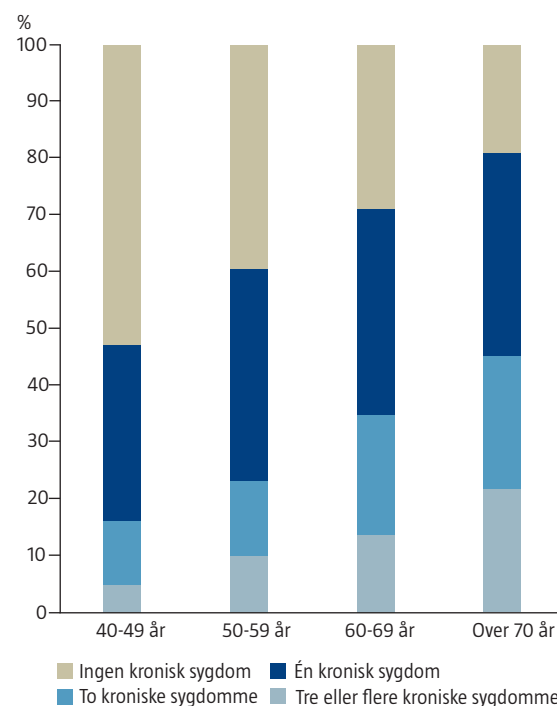
men praksis skal tage udgangspunkt i patientens samlede funktionsevne og helbredtstilstand, kan vejledninger derfor virke mangelfulde.

Mange konsultationer i almen praksis er komplekse og rummer både biologiske, psykiske og sociale problemstillinger. En dansk kontakt- og sygdomsmønstreundersøgelse fra 2008 [6] viste således, at 43% af alle konsultationer hos den praktiserende læge omfattede psykiske problemstillinger, og at 38% af konsultationer vedrørende psykiske lidelser også rummede biomedicinske forhold.

Stress, angst og depression er forbundet med reduceret funktionsevne, arbejdsløshed, øget sygefravær og nedsat produktivitet. Tal fra OECD viser, at især de lette og moderate psykiske lidelser medfører

FIGUR 1

En dansk kontakt- og sygdomsmønstreundersøgelse fra almen praksis, 2008, viste, at forekomsten af multimorbiditet steg med alderen. Ved 50-årsalderen havde 24% flere kroniske sygdomme, ved 70-årsalderen havde 46% flere kroniske sygdomme [6].



et alvorligt og stigende produktionstab i de rigeste medlemslande [7]. I tråd hermed dokumenterer tal fra Den Sociale Ankestyrelse, at 49% af alle kommunale førtidspensioner i 2012 blev tildelt på grund af psykiske lidelser (**Figur 2**), heraf næsten halvdelen pga. stress, angst og depression. Skal vi forebygge disse erhvervsevnetab, er der brug for en tidligere og mere effektiv rehabiliterende indsats. Op mod 90% af alle patienter med ikkepsykotiske psykiske lidelser diagnosticeres og behandles primært i almen praksis. Det primære tilbud til disse patienter vil ofte være samtaleterapi, henvisning til psykologbehandling eller eventuelt medicinsk behandling. I forhold til at sikre et godt rehabiliteringsforløb for disse patienter er det problematisk, at der ikke er specifikke krav til den anvendte psykoterapeutiske metode i hverken almen praksis eller psykologpraksis. Endvidere medfører den nuværende overenskomsttaftale begrænsninger i brugen af samtaleydsen i almen praksis, hvilket i høj grad er politisk og ikke klinisk eller fagligt motiveret.

I forhold til at integrere en rehabilitering i den kliniske hverdag i almen praksis, hvor mange patienter har flere samtidige og betydningsfulde sygdomme, herunder ofte psykiske lidelser, gennemgås fire forskellige indsatser.

PATIENTUDDANNELSE OG INDDRAGELSE AF PÅRØRENDE

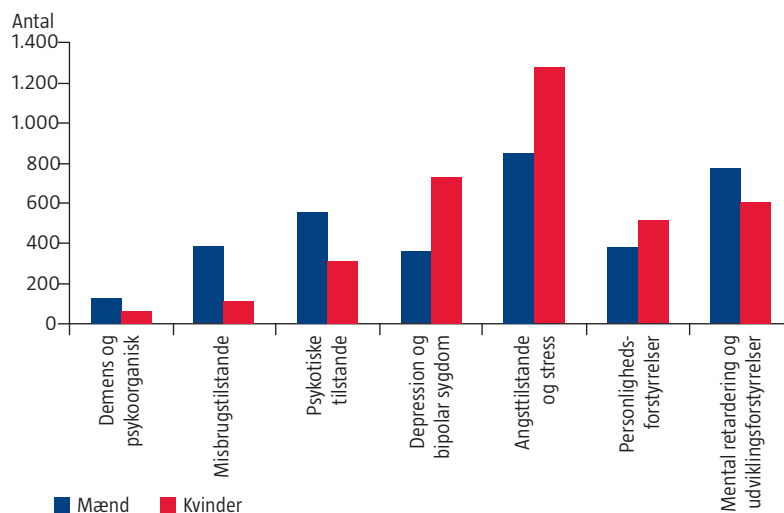
Patientuddannelse og inddragelse af pårørende er blevet stadig mere udbredt i det danske sundhedsvæsen [8]. Formålet med indsatsen er at øge patienternes og de pårørendes sygdomsindsigt og udvikle en højere grad af egenomsorg. Tilbuddene, der ofte er organiserede som gruppeforløb, varierer en del i både indhold og omfang. Der kan være fokus på rehabilitering af specifikke sygdomme eller på mere generel rehabilitering. Fælles for indsatserne er, at de ofte er udviklet i et samarbejde mellem kommunerne, almen praksis og sygehusene. Eksempler på sådanne tiltag er hospitalsbaserede patientskoler og den kommunale hjerterehabilitering.

DEN PROBLEMLØSENDE SAMTALE

National Institute for Health and Care Excellence anbefaler brugen af problemløsende samtaleterapi som den primære psykologiske metode til at håndtere angsttilstande og depression i almen praksis [9, 10]. Den problemløsende samtale kan bedst forstås som en forenklet udgave af kognitiv adfærdsterapi. Metoden er tillige effektiv hos patienter med overvejende fysiske lidelser [11, 12] og kan anvendes af læger såvel som sygeplejersker [13]. Centralt i metoden er at oplyse patienten om, at symptomer og funktions-

FIGUR 2

Antallet af kommunale førtidspensioner tildelt pga. psykisk lidelse i 2012 fordelt på diagnosegrupper og køn, baseret på et dataudtræk fra Ankestyrelsen, n = 3.568 kvinder og 3.319 mænd.

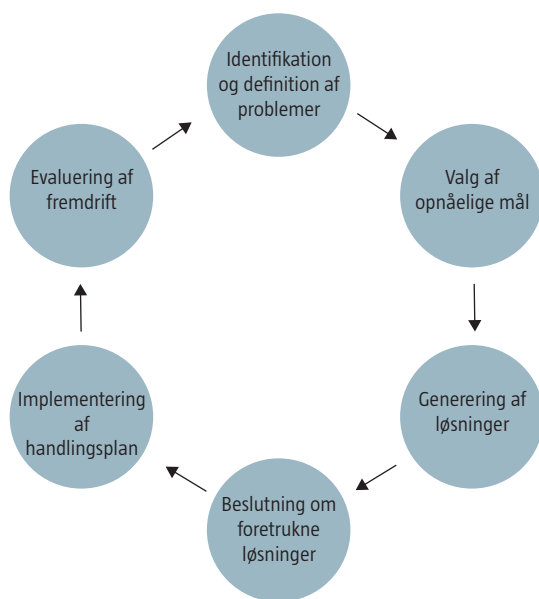


begrænsninger ofte er forbundet med, hvordan man håndterer helt konkrete problemstillinger i sit liv. Det betyder, at støtte til at løse disse problemer ofte vil medføre, at symptomerne aftager, og funktionsevnen forbedres. Problemløsende samtaler vil typisk følge en række trin: identifikation og definition af problemer, valg af opnåelige mål, generering af løsninger, beslutning om foretrukne løsninger, implementering af handlingsplan (adfærdsmæssig aktivering) og evaluering af fremdriften. Behandlingssessionerne vil typisk kunne holdes inden for 30 minutter. Det er afgørende, at patienten forstår rationale bag behandlingen og accepterer det hjemmearbejde, den medfører.

NYE SAMARBEJDSMODELLER

I en række undersøgelser fra udlandet har man dokumenteret effekt af nye modeller for samarbejde på tværs af fag og sektorer i behandling og rehabilitering af patienter med psykiske lidelser [14], og efterhånden også af patienter med samtidige fysiske og psykiske lidelser [15, 16]. *Collaborative care*-modeller, som er udviklet i USA, indebærer f.eks. etablering af multidisciplinære team, der leverer en særlig proaktiv indsats og kommunikation omkring patienten. Erfaringerne fra denne type samarbejdsmodeller stammer overvejende fra USA og England, hvor man typisk er organiseret i større lægehuse end i Danmark. I Holland, hvor forholdene i almen praksis ligner de danske, har man positive erfaringer med modellen i behandlingen af patienter med angsttilstande [17].

Den problemløsende samtale.



For tiden pågår der i Danmark forsøg med *collaborative care* i de fem regioner (projekt Collabri), hvor sygeplejersker, som er tilknyttet psykiatrien, fungerer som såkaldte *care managers* i almen praksis. De skal medvirke til at optimere behandlingen af patienter med angst og depression og danne bindeled til behandlingspsykiatrien. En evaluering af projekt Collabri forventes tidligst i 2018.

ANVENDELSEN AF NY TEKNOLOGI

Telemedicin dækker over mange forskellige typer digitalt understøttede sundhedsydelse, f.eks. videokonsultationer, telemonitorering af hjemmeblodtryk og webbaseret kognitiv adfærdsterapi. Telemedicinske værktøjer er i disse år under hastig udvikling og afprøvning både nationalt [18] og internationalt [19]. De fleste forsøg med implementering af telemedicinske værktøjer udføres i dag i sekundærsektoren, men hidtil uden overbevisende dokumentation for bedre behandling og økonomiske besparelser



FAKTABOKS

Rehabilitering er en kernefunktion i almen praksis.

Mange patienter har flere kroniske sygdomme, og rehabiliteringsindsatsen skal tage udgangspunkt i patientens funktionsevne på tværs af diagnoser.

Målet for en vellykket rehabilitering er en forbedring af patientens funktionsevne og ikke nødvendigvis fravær af symptomer.

Patientuddannelse, involvering af pårørende, problemløsende samtaler, nye samarbejdsmodeller og telemedicinske løsninger er mulige redskaber til fremme af rehabiliteringsindsatsen i almen praksis.

[18]. Spørgsmålet er, om de telemedicinske løsninger egner sig bedre til patienter med enkle problemstillinger og god funktionsevne? Tid til rehabilitering kunne formentlig frigives ved at ændre eksempelvis rutinemæssige blodtrykskontroller til telemedicinske hjemmeblodtryksmålinger. Et andet vigtigt mål for mange telemedicinske løsninger er, at borgerens egenomsorg øges, og telemedicinske løsninger skønnes derfor at kunne bidrage til fremtidens rehabilitering, herunder den praktiserende læges indsats.

UDFORDRINGER I KLINISK PRAKSIS

Udviklingen i sygdomsmønstret har medført, at den praktiserende læge i fremtiden i højere grad må have fokus på patientens funktionsevne, frem for symptomer og diagnoser. Dertil kommer, at den nuværende kronikeromsorg har psykosocial slagside og ikke i tilstrækkelig grad tilgodeser patienter med særlige behov, herunder flere samtidige sygdomme. Skal almen praksis fremover bevare sin nøglerolle i det samlede sundhedsvæsen, er der behov for et øget fokus på rehabilitering i almen praksis. Kerneydelserne i almen praksis kunne derfor i prioriteret rækkefølge være diagnostik, behandling, rehabilitering og kontrol. Vi kommer ikke uden om en nødvendig modernisering af almen praksis i retning af øget fokus på rehabiliterende indsatser, men det sker næppe, uden at forandringen ledsages af politisk velvilje og en hensigtsmæssig incitamentsstruktur, herunder muligheden for, at der afsættes mere tid til patienter med komplekse behov for rehabilitering.

FORSKNINGSMÆSSIGE UDFORDRINGER

Ændringer som de ovenfor skitserede bør naturligvis underkastes en løbende forskningsmæssig evaluering, således at vi kan sikre os, at menneskelige og økonomiske resurser anvendes mest muligt hensigtsmæssigt. Det er nødvendigt at koordinere de forskellige rehabiliterende indsatser og evaluere deres effekter på tværs af patienters sygdomme og diagnoser. Målet er, at vi kan opnå et mere ensartet og effektivt rehabiliteringstilbud på tværs af regioner, kommuner og lægepraksis.

KONKLUSION

Multimorbiditet, herunder især komorbiditet mellem psykiske og somatiske lidelser, er en stigende udfordring i det danske sundhedsvæsen og i almen praksis i særdeleshed. Løsningen er næppe stadig mere sofistikerede guidelines. Den praktiserende læge må fremover i stigende omfang give plads til en samlet vurdering på tværs af patientens forskellige sygdomme og behandlingsregimer og lade en helhedsorienteret vurdering af funktionsevne, resurser og øn-

sker danne udgangspunkt for en samlet stillingtagen til patientens behov for rehabilitering. Dette kræver, at der afsættes tid til at håndtere mere end et problem ad gangen, og at behandlingen koordineres i et tæt samarbejde mellem patient, pårørende og behandlere. Artiklen peger på patientuddannelse og inddragelse af pårørende, brug af problemløsende samtaleteknikker, bedre samarbejde på tværs af sektorer og anvendelse af telemedicinske værktøjer som mulige løsninger på disse udfordringer.

KORRESPONDANCE: Kaj Sparle Christensen, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, Bartholins Alle 2, 8000 Aarhus. E-mail: kasc@alm.au.dk

ANTAGET: 10. april 2014

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

LITTERATUR

1. Maribo T, Melchiorson H, Rubak DB et al. Rehabilitering baseret på den biopsiko-sociale model tager udgangspunkt i patientens sygdom, funktionsevne og kontekst. *Ugeskr Læger* 2014;176:V01140031.
2. Hjortbak BR, Bangshaab J, Johansen JS et al. Udfordringer til rehabilitering i Danmark. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark, 2011.
3. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabilitering i Danmark. Aarhus: Marselisborg Centret og Rehabiliteringsforum Danmark, 2004.
4. Vejledning til kommunal rehabilitering. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Beskæftigelsesministeriet, Socialministeriet og Undervisningsministeriet, 2011.
5. Mercer SW, Gunn J, Bower P et al. Managing patients with mental and physical multimorbidity. *BMJ* 2012;345:e5559.
6. Moth G, Vedsted P, Olesen F. Kontakt- og sygdomsmønsterundersøgelse KOS 2008. Aarhus: Forskningsenheden for Almen Praksis, 2010.
7. Sick on the job? Paris: OECD, 2012.
8. Kvalitetssikring af patientuddannelse. København: Sundhedsstyrelsen, 2012.
9. Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *Int Rev Psychiatry* 2011;23:318-27.
10. Common mental health disorders. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011.
11. Didjurgeit U, Kruse J, Schmitz N et al. A time-limited, problem-orientated psychotherapeutic intervention in Type 1 diabetic patients with complications: a randomized controlled trial. *Diabet Med* 2002;19:814-21.
12. Schwartz MD, Lerman C, Audrain J et al. The impact of a brief problem-solving training intervention for relatives of recently diagnosed breast cancer patients. *Ann Behav Med* 1998;20:7-12.
13. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A et al. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ* 2000;320:26-30.
14. Archer J, Bower P, Gilbody S et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10:CD006525.
15. Ekers D, Murphy R, Archer J et al. Nurse-delivered collaborative care for depression and long-term physical conditions: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2013;149:14-22.
16. Katon WJ, Lin EH, Von Korff M et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med* 2010;363:2611-20.
17. Muntingh A, van der Feltz-Cornelis C, van Marwijk H et al. Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 2014;83:37-44.
18. Telemedicinstrategi. København: Danske Regioner, 2011.
19. Car J, Huckvale K, Hermens H. Telehealth for long term conditions. *BMJ* 2012;344:e4201.



Det nye nummer af Danish Medical Journal er nu tilgængeligt på nettet: www.danmedj.dk

Tilmeld dig E-mail Alerts fra Danish Medical Journal og få en mail, når der udkommer et nyt nummer.

Original article

1. Use of propofol infusion in alcohol withdrawal-induced refractory delirium tremens. *Kristian Lorentzen, Anne Øberg Lauritsen & Asger Ole Bendtsen*
2. Work environment influences adverse events in an emergency department. *Kurt Rasmussen, Anna Helene Meldgaard Pedersen, Louise Pape et al.*
3. The use of shared medication record as part of medication reconciliation at hospital admission is feasible. *Lars K. Munck, Karina R. Hansen, Anne Grethe Mølbak et al*
4. Acceptable results using small radio frequency ablation needle for liver parenchyma transaction. *Marie Riis Mortensen, Kasper Jarlhelt Andersen & Peter Kissmeyer-Nielsen*
5. Imported malaria is stable from Africa but declining from Asia. *Camilla Holten Møller & Kim David*
6. The Identification of Seniors at Risk screening tool is useful for predicting acute readmissions. *Elizabeth Rosted, Martin Schultz, Helle Dynesen et al*
7. Manifestations of Gorlin-Goltz syndrome. *Anne Kristine Larsen, Dorte Bisgaard Mikkelsen, Jens Michael Hertz et al*
8. Insufficient pain management after spine surgery. *Rikke Vibeke Nielsen, Jonna Storm Fomsgaard, Jørgen Berg Dahl et al*

9. Diabetes mortality differs between registers due to various disease definitions. *Aneta Aleksandra Nielsen, Henry Christensen, Erik D. Lund et al*
10. Robot-assisted retropey is a safe and feasible option for treatment of rectal prolapse. *Camilla Haahr, Henrik Loft Jakobsen & Ismail Gögenur*
11. Leakage and internal herniation are the most common complications after gastric bypass. *Maj-Britt Errebo & Thorbjørn Sommer*
12. A feasible method to study the Danish out-of-hours primary care service. *Lone Flarup, Grete Moth, Morten Bondo Christensen et al*

Systematic reviews

1. Genotyping increases the yield of angiotensin-converting enzyme in sarcoidosis – a systematic review. *Andreas Fløe, Hans Jürgen Hoffmann, Peter H. Nissen et al*
2. Wrist arthroplasty – a systematic review. *Michel E.H. Boeckstyns*

Protocol article

1. Self-reported quality of life and functional outcome in patients with rectal cancer (QoLiRECT). *Dan Asplund, Jane Heath, Elisabeth González et al*

PhD theses

1. The epidemiology and risk factors for recurrence after inguinal hernia surgery. *Jakob Burcharth*
2. Patient reported outcomes in hip arthroplasty registries. *Aksel Paulsen*