



Rehabilitering i Danmark

Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet

Forord

I denne hvidbog præsenteres en generel dansk definition og beskrivelse af rehabiliteringsbegrebet. Endvidere opstilles nogle udfordringer for og anbefalinger til udvikling af rehabilitering i Danmark.

Mange arbejder med rehabilitering i dag, men hvad er rehabilitering egentlig? Er der en fælles forståelse af begrebet på tværs af sektorer, faggrupper mv.? Hvad kendetegner rehabilitering? Hvad er udfordringerne for udvikling af rehabiliteringen i Danmark? Dette er nogle af de spørgsmål, som bogen tager op.

For første gang i Danmark har en bredt sammensat kreds af fagfolk fra rehabiliteringsområdet og repræsentanter fra handicaporganisationer i en tænketank forenet deres viden og engagement for overordnet at beskrive og definere rehabiliteringsbegrebet i en dansk sammenhæng.

Det er bogens ambition at udgøre et fælles, nationalt grundlag og referencepunkt for det videre arbejde med rehabilitering i Danmark. Et grundlag, der efterfølgende skal udvikles, konkretiseres og operationelt tilpasses forskellige målgrupper og praksisområder, og som kan være udgangspunkt for politiske overvejelser og initiativer til afklaring af rehabiliteringens fremtidige rammer, fx med hensyn til struktur, organisation og ressourcer, hvilket denne hvidbog ikke berører.

Bogen er for alle, der er involveret i rehabilitering. Det vil sige borgere, fagfolk, erhvervsfolk, administratorer og politikere inden for bl.a. sundhedssektoren, socialektoren, arbejdsmarkedssektoren, den pædagogiske sektor og uddannelsessektoren, fritidsområdet og den frivillige sektor.

Projektet, der ligger til grund for bogen, er realiseret af Rehabiliteringsforum Danmark og MarselisborgCentret i samarbejde med Socialministeriet, Den Almindelige Danske Lægeforening, Kræftens Bekæmpelse, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Syddansk Universitet (Masteruddannelsen i rehabilitering), Ergoterapeutforeningen, Danske Fysioterapeuter og Dansk Sygeplejeråd.

Indholdet i hvidbogen er udtryk for de drøftelser og den fælles forståelse, der er skabt af tænketankens medlemmer. Jan Sau Johansen, MarselisborgCentret, Jes Rahbek, Institut for Muskelsvind, Kurt Møller, CAST Syddansk Universitet og Lilly Jensen, Hjælpemiddelinstuttet, har udgjort den gruppe, der har redigeret tænketankens arbejde.

Indhold

→	Resumé	4
Kapitel 1	→ Indledning	6
	Behovet for en dansk definition og forståelse af rehabilitering	6
	Formål og mål med hvidbogen	9
	En national og bredt funderet tilblivelse	10
	Orientering om hvidbogens begreber, indhold og opbygning	11
Kapitel 2	→ Hvad er rehabilitering?	14
	Forudsætninger for udarbejdelse af definitionen	14
	Definition	16
Kapitel 3	→ Formål og mål ved rehabilitering	22
	Formål med rehabilitering	22
	Mål, delmål og indsats typer ved rehabilitering	23
Kapitel 4	→ Aktører i rehabiliteringsprocessen	25
	Borgere	25
	Pårørende	26
	Fagfolk	26
Kapitel 5	→ Centrale elementer i rehabilitering	27
	Borgerens deltagelse i rehabiliteringsprocessen	27
	Individuel og fleksibel tilrettelæggelse	32
	Helhedsorienteret tilgang	33
	Målorientering og tidsperspektiv	34
	Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde	35
	Koordinering	36
	Vidensbasering og kvalitetsorientering	38
	Planlægning	42
Kapitel 6	→ Rehabiliteringsfeltet og dets faglige kerne	44
	Rehabiliteringsfeltet	44
	Rehabiliteringens kerne – rehabilitering som særligt kompetencefelt	45
Kapitel 7	→ Mod fremtidens rehabiliteringsarbejde	48
	Udfordringer og anbefalinger for fremtidens rehabilitering	49
	Nationale retningslinier for rehabilitering	57
→	Referencer	59
→	Bilag	63
	1. Organisering, forløb og metode vedrørende udarbejdelse af hvidbogen	63
	2. Tænketankens medlemmer	68
	3. Eksempler på definitioner af rehabilitering	69

Resumé

I Danmark er der en stigende interesse fra både borgere, fagfolk og politikere for rehabiliteringsbegrebet og dets praksis, fordi forskning og udviklingsprojekter viser, at der kan være både menneskelig og samfundsmæssig gevinst ved at arbejde ud fra rehabiliteringsprincipper. Men rehabilitering er endnu ikke på den landspolitiske dagsorden og er heller ikke defineret som et særligt vidensfelt – hverken i praksis eller forskningsmæssigt.

Derfor har en gruppe af aktører inden for rehabiliteringsområdet samlet en tænketank med deltagelse af personer med viden og erfaringer fra rehabiliteringsarbejde. Diskussionerne og erfaringsudvekslingerne i tænketanken er grundlaget for udarbejdelsen af denne hvidbog med en generel afklaring og beskrivelse af rehabiliteringsbegrebet og dets centrale elementer. Målet er at skabe en fælles forståelse af rehabilitering i Danmark. En forståelse, der kan fungere som udgangspunkt for konkret og handlingsorienteret udvikling af rehabiliteringsbegrebet, rehabiliteringsindsatsen og dens strukturelle og organisatoriske rammer, både fagligt, statsligt/politisk og i samfundet som helhed.

Rehabilitering defineres på følgende måde:

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

Rehabiliteringsprocessen er karakteriseret ved:

- Fokus på borgerens hverdagsliv, d.v.s. på personlige aktiviteter og deltagelse i samfundslivet
- Indsatser, der inddrager borgeren (fx behandling, træning, compensation), men rettes også mod borgerens omgivelser (fx fysisk tilgængelighed, sociale miljøer, generelle holdninger)
- Borgerorientering (der arbejdes på grundlag af borgerens forståelse af situationen, vedkommendes betingelser og forudsætninger, og alle beslutninger tages af borgeren i samråd med de involverede fagpersoner)
- Individorienteret (der arbejdes på basis af den enkelte borgers situation. Borgerens pårørende inddrages når situationen taler for det)
- Helhedsorientering (hele borgerens fysiske, psykiske og sociale situation indgår ved udarbejdelsen af løsningsmodeller, og alle *relevante* indsatser fra forskellige sektorer inddrages)
- Koordinering af den indholds- og tidsmæssige indsats, dels mellem enkelte specialtydelser og dels mellem de involverede sektorer (rette indsats på rette tidspunkt)

- Ofte tværfaglig og tværsektoriel indsats i teams, hvor borgeren og eventuelle pårørende som centrum i teamfunktionen giver de grundlæggende vigtigste bidrag
- Planlægning med fastlagte mål, tidsrammer og med aftalt koordinatorfunktion, der sikrer sammenhæng og borgersamarbejde i rehabiliteringsprocessen
- Et dynamisk, fleksibelt og udviklingsorienteret forløb med kvalitetsstyring, evaluering og justering
- Høj kvalitet og vidensbaseret (fx videnskabeligt grundlag) af de anvendte indsatser

Denne overordnede definition og forståelse af rehabilitering medfører en række udfordringer for rehabilitering i fremtiden. Det medfører bl.a., at rehabiliteringens målgrupper, indsatser og metoder skal specificeres, konkretiseres og operationaliseres inden for forskellige praksisområder. Det forudsætter desuden, at rehabilitering fra politisk side tildeles større bevågenhed, og at rehabilitering i højere grad anses som et fagligt speciale og felt.

Hvidbogen oplister til slut en række anbefalinger for at fremme udviklingen af rehabilitering i Danmark, bl.a.:

Der bør udarbejdes nationale retningslinier for rehabilitering samt en national forskningsplan, der inddrager rehabilitering.

Udvikling og forskning inden for rehabiliteringsområdet bør styrkes, herunder bl.a. tiltag, der giver forskningsbaseret viden om rehabiliteringens effekt.

Der bør iværksættes informationsstrategier for udbredelse af viden om rehabiliteringsbegrebet blandt politikere, administratorer, fagfolk og borgere, samt over for erhvervslivet og andre civile institutioner. Den generelle holdning til sygdom, behandling og mennesker med funktionsnedsættelse bør udformes i overensstemmelse med rehabiliteringsbegrebets værdier og indhold. Formålet skal være at optimere rehabiliteringsindsatserne og udvikle et samfund med stor rummelighed for forskellighed. Herunder bør der fokuseres på en tilgængeliggørelse af samfundet både fysisk og socialt.

Fagfolk bør få kendskab til rehabiliteringsbegrebets værdier og praksis gennem deres grunduddannelse, videreuddannelse eller efteruddannelse. Der skal sættes ind over for vanskelighederne med bl.a. at gennemføre reelt borgersamarbejde, hvor borgernes viden, sygdomsforståelse, livsperspektiv og netværk aktivt og ligeværdigt indgår i rehabiliteringsprocessen.

Der skal fokuseres på at styrke organisering og koordinering af rehabiliteringsindsatserne samlet.

Indledning

Behovet for en dansk definition og forståelse af rehabilitering

Internationalt set rummer rehabilitering en forståelse, nogle principper og metodiske tilgange, som samler indsatser af medicinsk, psykologisk, social, pædagogisk, uddannelsesmæssig og beskæftigelsesmæssig karakter. Dette skal hjælpe syge, skadede og handicappede mennesker til at genvinde og bibeholde den bedst mulige funktionsevne, forudsætninger for at have en god hverdag, mulighed for at deltage i samfundet og opnå en ønsket livskvalitet (SoS-rapport 1993, Europæiske Union 1996, Stortingsmeldingen 1999, Socialstyrelsen 2000, Social- og helsedep. 2001).

I mange lande har man defineret rehabilitering fra centralt hold, men i Danmark er de første tilløb til at bruge det brede rehabiliteringsbegreb kommet fra praksis. Blandt disse initiativer er bl.a. etableringen af MarselisborgCentret i 1996, hvor en række offentlige og private parter¹ samarbejder om rehabilitering, samt etableringen af Rehabiliteringsforum Danmark i 2001 og iværksættelsen af Masteruddannelsen i rehabilitering ved Syddansk Universitet. Samtidig vinder det internationale brede rehabiliteringsbegreb (Lie 1996, Wilson 1997, Bredland 2002, Normann 2003) indpas i forskellige institutioner og organisationer rundt om i Danmark.

Rehabilitering som begreb

Rehabilitering i Danmark er diffust defineret og mangler en fastere og mere entydig og sammenhængende begrebsliggørelse og italesættelse. Fx bruges genoptræning ofte i flæng med rehabilitering, og i oversættelsen af FN's Standardregler for Handicappede er det engelske rehabilitering oversat til det danske revalidering (Wiederholt 1999). Samtidig vil forståelsen af rehabilitering også variere, alt efter hvilke faggrupper man tilhører, fx terapeuter, socialrådgivere og læger. Borgere, politikere og fagfolk kan også lægge noget forskelligt i begrebet.

Rehabilitering er derfor et begreb, der ligesom fx sygdom, sundhed, handicap, har mange betydninger, der er afhængig af den kultur, det findes i, og af den sammenhæng, det benyttes i. Den betydning, begrebet tillægges, er med til at regulere og beskrive praksis. Derfor er det vigtigt at analysere og reflektere over rehabiliteringsbegrebets indhold, så en fælles forståelsesramme kan danne grundlag for praksis.

¹ *Gigtforeningen, Geriatrisk afdeling Århus Universitetshospital, Hjælpemiddelcentralen Århus Amt, Hjælpemiddelinstitutet, Jobcenter Århus Nord, Muskelsvindsfonden, Videncenter for Bevægehandicap og SmåbørnsCentret Århus Amt.*

Definitionen af rehabiliteringsbegrebet og beskrivelsen af dets centrale elementer, som findes i denne hvidbog, er således et udtryk for de refleksioner og den fælles forståelse, der er skabt af tænketankens medlemmer, hvilket betyder, at rehabiliteringsbegrebet er defineret ud fra en faglig synsvinkel med baggrund i social, sundhedsmæssig, pædagogisk og beskæftigelsesmæssig praksis.

Rehabiliteringsbegrebets potentialer

Rehabilitering anvendes i stigende grad af fagfolk i forbindelse med indsatsen for personer med funktionsnedsættelse, fordi rehabiliteringsbegrebet tillægges nogle særlige egenskaber, der, når de overføres til praksis, rummer vigtige potentialer for udvikling af indsatsen for personer med funktionsnedsættelse. Af disse potentialer skal der i det følgende kort skitseres nogle eksempler.

Samfundsökonomisk er der gevinster ved at styrke rehabiliteringsområdet. Det er sidst blevet vist i rapporten "Genoptræning – fra problem til princip" (Mandag Morgen 2004). Desuden er forskning, der dokumenterer nytten og effekten af rehabilitering, begyndt at dukke op (fx Rasmussen & Hansen 2004, Larsen T. 2003 og 2004). Men dokumenteret forskning om rehabilitering og dets effekter kræver mange studier og langtidsstudier, fordi rehabilitering handler om længerevarende og komplekse individuelle forløb sammenlignet med sundheds- og socialvæsnets mange andre indsatser, fx effekt af medicin, effekt af strålebehandling, effekt af rådgivning.

De samfundsökonomiske gevinster består ikke blot i, at en borgerorienteret, målrettet og sammenhængende indsats er mere effektiv og kan spare ressourcer. Gevinsten består også i, at god og effektiv rehabilitering i mange tilfælde bevirker, at det enkelte menneske på trods af funktionsnedsættelse kan opnå det vigtige at have en god hverdag og kunne deltage på lige fod med andre i samfundet, hvilket fremmer sundhed og mindsker sygdom, og dermed også på længere sigt giver samfundsmæssig økonomisk gevinst.

De nuværende behandlings- og genoptræningsprocesser fungerer ikke så godt, som de kunne, og sammenhængen imellem dem er i mange tilfælde direkte uhensigtsmæssig (Kjerholt 2000, Borg 2003, Bay 2004, Winterberg 2004). Mangelfuld rehabilitering medfører typisk, at mennesker afskæres fra det liv og den deltagelse i samfundet, som de ønsker og kunne have mulighed for.

Et af rehabiliteringsbegrebets potentialer er desuden det særlige fokus, der vedrører borgerens rolle. Der har efterhånden længe været talt om mere brugerinddragelse bl.a. i sundheds- og socialsektoren. Erfaringer fra praksis og undersøgelser dokumenterer dog, at danske borgere stadig efterspørger hurtig, relevant, koordineret og respektfuld behandling, samt at deres forståelse af situationen skal

indgå ligeværdigt i processen (Hildebrandt- Eriksen 1997, Socialministeriet 1998, SOU 1998, Bengtson 2000, Kjerholdt 2000). I rehabiliteringsbegrebet, som det beskrives her i hvidbogen, indgår borgeren som den vigtigste og mest centrale samarbejdspartner i rehabiliteringsforløbet, hvilket er et potentiale til fortsat udvikling af borgerorienteret rehabilitering, hvor der skal tages udgangspunkt i borgerens viden og erfaring, livsperspektiv, sygdom/handicapforståelse og egne ønsker og mål.

I Danmark foregår den faglige udvikling på det sundhedsmæssige, sociale, pædagogiske, uddannelses- og beskæftigelsesmæssige område typisk adskilt og afgrænset inden for de enkelte professioner og fagområder mv. Denne specialisering har betydet høj kvalitet i de enkelte ydelser. Men fokuseringen på de enkelte specialer og enkeltydelser afføder problemer med det samlede behandlingsforløb for borgeren, og samtidig bliver en fælles udvikling af indsatserne som helhed underprioriteret. Rehabiliteringsbegrebets fokus på koordinering af indsatsen ud fra en fælles målsætning har potentiale for at skabe større sammenhæng og udvikling af helhedsorienterede indsatser (Winterberg 2004).

De mange fagfolk, som indgår i borgerens behandlings- og rehabiliteringsforløb, er typisk ikke bundet sammen af en fælles plan med mål for den samlede indsats. Fx arbejdes der nogle steder inden for sygehusvæsenet med "det hele patientforløb", der sigter på at få det enkelte sygehus' egne afdelinger til at spille sammen. Sygehuset er dog kun en af mange instanser i en borgers rehabiliteringsforløb. Der indgår fx også ofte kommunal genoptræning, hjælpemidler, uddannelse, erhvervstræning. Rehabilitering kræver en indsats udover indlæggelsen på sygehuset. Fx kan en handicappet eller kronisk syg borgers indtræden på uddannelses- eller arbejdsmarkedet være et rehabiliteringsforløb i sig selv, der involverer mange forskellige fagfolk. Et rehabiliteringsforløb, der omfatter samarbejde, sammenhæng og helhed på tværs af sektorer og fagområder, rummer fx potentialer til at styrke borgerens muligheder på arbejdsmarkedet.

Rehabilitering som begreb tydeliggør også de rehabiliteringsindsatser, der ligger ud over de traditionelle faglige indsatser. Rehabiliteringsbegrebet italesætter en helhedsorienteret indsats, der udover individuel udvikling også er rettet mod borgerens omgivelser og samfundet som helhed. Der er her tale om potentialer med henblik på i højere grad at påvirke og tilpasse civilsamfundet fx erhvervslivet, foreninger, netværk, almenbefolkningen etc. og at inddrage de statslige autoriteter og det politiske liv, når en rehabilitering ikke kan fuldføres på grund af fx manglende uddannelsestilbud eller erhvervsmuligheder, undertrykkende holdninger blandt befolkningsgrupper eller mangelfuld politisk kontrol m.m. Endelig sætter rehabilitering fokus på det forhold, at mennesker er forskellige.

Samfundet skal derfor indrettes, så der er plads til denne forskellighed, og rehabiliteringsprocessen og -tilbudene skal tilpasses denne forskellighed. Heri ligger potentialet, at borgere kan få mulighed for at leve med funktionsnedsættelser eller kroniske sygdomme uden at blive betragtet som patienter, der er svagelige og syge, men derimod på egne præmisser kunne fungere med sine personlige aktiviteter og som samfundsborger. Potentialet i den forbindelse er yderligere, at der udvikles rehabiliteringstilbud, der strækker sig helt ud i civilsamfundet, hvor ressourcer og netværk kan udnyttes optimalt, og hvor holdninger påvirkes og ændres.

Rehabilitering på dagsordenen

I Danmark er der en stigende interesse for rehabiliteringsbegrebet og dets praksis både fra fagfolk og politikere. Men rehabilitering er ikke defineret som et særligt vidensfelt hverken i praksis eller forskningsmæssigt, og det er endnu ikke på den landspolitiske dagsorden, som det fx er tilfældet i Sverige og Norge.

En større fælles forståelse for ligeværdigt samarbejde med borgeren samt for tværfagligt samarbejde med fælles målsætning af rehabilitering i den danske social-, sundheds-, pædagogiske, beskæftigelses- og uddannelsesmæssige sektor vil fremme faglig og tværfaglig teori- og praksisudvikling med hensyn til rehabiliteringsmuligheder og indsatser, samt udvikling af forskning inden for rehabiliteringsområdet.

Danmark har kort sagt brug for en fælles, national definition på området. Først og fremmest er der behov for at få afklaret og beskrevet begreber, værdier og praksis i rehabilitering. For det andet at den heraf følgende forståelse bliver bredt funderet og fælles for de mange forskellige aktører, der er involveret i rehabiliteringsområdet (fx borgere, fagfolk, administratorer, politikere mv. på tværs af sektorer og fagområder), men også for statsapparatet og civilsamfundet som helhed.

Formål og mål med hvidbogen

Formålet med denne hvidbog² om rehabilitering er overordnet at bidrage til øget kvalitet af rehabiliteringsindsatsen for den enkelte borger og således samtidig bidrage til større kvalitet og nytteværdi af ressourceanvendelsen inden for især sundheds-, social-, beskæftigelses- og uddannelsesområderne i Danmark, samt om muligt at påvirke staten/politikere og civilsamfundet til at indgå aktivt i rehabiliteringsprocesser og fremme tolerancen for forskellighed.

² Hvidbog skal her forstås som et dokument, der beskriver de grundlæggende elementer og centrale aspekter af et emne – her rehabiliteringsbegrebet, og som angiver fremtidige udfordringer og opstiller anbefalinger for området.

Konkret er bogens primære *mål* at definere, præcisere og kvalificere rehabiliteringsbegrebet generelt og herunder beskrive de centrale elementer, som kendetegner rehabiliteringsbegrebets værdier og praksis. Målet er at skabe en fælles forståelse af rehabilitering, som hidtil har manglet i Danmark, jf. ovenfor. At betegnelsen hvidbog anvendes signalerer netop, at bogen sigter på at udgøre et fælles, nationalt referencegrundlag for arbejdet med rehabilitering fremover.

Bogens fokus på hvad rehabilitering indeholder forståelses- og begrebsmæssigt medfører ikke, at den konkret giver anvisninger på løsning af de mange udfordringer og problemstillinger, som præger rehabiliteringsfeltet i dag. Hvidbogen har alene et fagligt sigte med hensyn til at skabe et fælles udgangspunkt for at diskutere og udvikle rehabilitering i Danmark. Konkrete forslag til udformning af struktur og rammer eller til afsætning af ressourcer inden for rehabiliteringsområdet, der er det politiske felts ansvar, omtales og diskuteres derfor ikke.

Den giver et nødvendigt fælles udgangspunkt og referencegrundlag for det videre arbejde med at specificere, konkretisere og operationalisere rehabilitering dels med hensyn til metoder og indsatser og dels i forhold til specifikke målgrupper.

En national og bredt funderet tilblivelse

Hvidbogen er det konkrete resultat af et længerevarende udviklingsforløb (bilag 1). For at sikre at processen og resultatet har en national fælles tyngde og relevans, og i øvrigt er tro over for rehabiliteringens værdier, har der i formuleringen af den danske definition af rehabilitering været lagt vægt på repræsentation af:

- Forskellige sektorer involveret i rehabilitering
- Forskellige faggrupper der arbejder med rehabilitering
- Praktikere og teoretikere
- Borgere, behandlere, administratorer, forskere og andre ressourcepersoner

Kernen i tilblivelsen har været en bredt baseret afklarings-, definitions- og beskrivelsesproces centreret om en tænketank med deltagelse af ca. 30 personer (bilag 2) med viden og holdninger, der kan bidrage til dialog, afklaring og beskrivelse af rehabiliteringsbegrebet og dets potentiale i Danmark.

For yderligere at bidrage til den brede og nationale fokus på rehabiliteringsbegrebet er der afholdt en national conference, hvor udkast til hvidbogen blev drøftet og debatteret, og herefter blev den endelige version færdiggjort (bilag 1).

Orientering om hvidbogens begreber, indhold og opbygning

Begreber

I bogen anvendes nogle gennemgående begreber, og nedenfor forklares indledningsvist nogle af disse.

Begrebet *borger* bruges om den person, der har betydelig nedsat funktionsevne, og som har behov for eller indgår i en rehabiliteringsproces. Borgerbegrebet er valgt, fordi det indeholder aspekter af rettigheder, ligestilling og ligebehandling i et samfund.

Rehabiliteringsindsatserne har indtil nu hovedsagelig foregået inden for faggruppernes egne specialer og *sektorer*. Når der her i bogen nævnes sektorer, så menes der alle sektorer, hvor faglige rehabiliteringsindsatser kan foregå inden for statslige, regionale og kommunale sektorer, fx de sundhedsmæssige, sociale, pædagogiske, uddannelses- og beskæftigelsesmæssige sektorer, samt kultur- og fritidssektorerne, endvidere indtænkes også civilsamfundet bestående af fx erhvervslivet, organisationer, kulturlivet, netværk og civilbefolkningen. Det samme forhold gælder for *faggrupper*. Der tænkes ikke på en enkelt eller få faggrupper, men derimod alle fagfolk, der kan bidrage til en rehabiliteringsproces.

Begrebet *ligeværd* benyttes gennemgående i hvidbogen og antyder, at borgere som medlemmer af et humanistisk og demokratisk samfund skal behandles med respekt for deres egenart og integritet. Det betyder ikke, som fagfolk ofte antyder i debatter om ligeværdigt samarbejde med borgeren, at borgeren har ret til "at bestemme alt, og få hvad de ønsker". Det ligeværdige samarbejde handler om respekt for – og fra – alle samarbejdspartnere (borgere såvel som fagfolk), hvorunder lovgivningsmæssige, organisatoriske og økonomiske rammer skal overholdes, men hvor rehabiliteringens tilgang om fx ligeværdigt samarbejde og helhedsorientering skal følges. I den forbindelse er det stadig den enkelte fagperson og myndighed, der sammen med borgeren og/eller de pårørende har ansvar for, at rehabilitering gennemføres i overensstemmelse med rehabiliteringsbegrebet.

Funktionsevne nævnes i flere sammenhænge i hvidbogen, og funktionsevne forstås i tråd med WHO's internationale klassifikation af funktionsevne, ICF. ICFs begrebsramme for forståelsen af funktionsevne og funktionsnedsættelse indeholder både sundhedsvidenskabelige, socialvidenskabelige, samfundsvidenskabelige og humanvidenskabelige aspekter. Den kan betegnes som en bio-psyko-social forståelsesmodel, hvor alle elementer spiller sammen og påvirker hinanden. ICF har således en helhedsorienteret tilgang til funktionsevnebegrebet, der er i

overensstemmelse med denne hvidbogs forståelsesramme for rehabilitering. I ICF beskrives og vurderes funktionsevnen og funktionsnedsættelsen ud fra forskellige dimensioner: Kropsfunktioner og anatomi, aktiviteter og deltagelse samt omgivelserne og personlige faktorer.

Indhold

Hvidbogens fokus er holdt på det overordnede og generelle niveau med at præcisere og beskrive en forståelse af rehabiliteringsbegrebet, som i Danmark kan anvendes i fremtidige politiske og faglige initiativer på området. Hvordan hvidbogens generelle definition af rehabilitering og beskrivelse af dets elementer kan konkretiseres, specificeres og operationaliseres berøres kun sparsomt og overordnet. Definitionen og beskrivelsen af rehabiliteringens enkelte elementer har et fagligt udgangspunkt med grundlag i de faggrupper, der på nuværende tidspunkt arbejder inden for rehabiliteringsområdet (bilag 2).

Afklaringen af rehabiliteringsbegrebet rejser flere spørgsmål og problemstillinger, ikke mindst i forbindelse med hvordan de grundlæggende principper i rehabiliteringsforståelsen implementeres i praksis. Der er med andre ord gode muligheder for med udgangspunkt i hvidbogen at tage fat på videre udvikling af rehabiliteringens forskellige aspekter, afgrænsning af målgrupper samt realisering af rehabilitering inden for forskellige praksisområder. I bogen gives en række anbefalinger til nogle af de tiltag, som tænketanken foreslår bliver de næste skridt i udbredelsen af rehabiliteringstanken i Danmark.

Der lægges op til en fælles forståelse og dermed en fælles indsats for at udbrede viden, erfaring og praksis om rehabilitering inden for alle sektorer, så de udvikles holdningsmæssigt, systematisk, organisatorisk og metodisk til at gennemføre rehabiliteringsprocesser, som det beskrives i hvidbogen.

Rehabilitering ses i denne hvidbog i forhold til den individuelle borger og er således én side af samfundets indsats for at sikre ligestilling og ligebehandling af mennesker med funktionsnedsættelser. Det skal dog understreges, at der er mange generelle samfundsmæssige forhold, som har betydning for borgerens liv og muligheder. Samfundsorienterede indsatser for mennesker med funktionsnedsættelser er en grundlæggende forudsætning for, at de kan deltage i samfundet på lige fod med andre borgere (Europæiske Kommission 1993-1996, FN 1993, Borg 2003). Indsatserne vedrører fx tilgængeliggørelse af de fysiske omgivelser og produkter, af de offentlige informationer, kommunikationsmidler og transportmidler og ikke mindst påvirkning af den offentlige holdning i forhold til handicappede personer (Bengtsson 2003), sygdom og sundhed m.m. Denne generelle samfundsindsats beskrives ikke i hvidbogen.

Opbygning

I hvidbogens næste kapitel fremlægges en definition af rehabiliteringsbegrebet, hvor en efterfølgende forklaring af definitionens ord/begreber skaber grundlag for en fælles forståelse af rehabiliteringens værdier og praksisudførelse.

I de efterfølgende kapitler uddybes definitionens indhold. Kapitlerne beskriver, hvordan rehabiliteringens værdier og praksis skal være. Det er således ikke alene en beskrivelse af gældende praksis i dag. Afsnittene har forskellig grad af detaljering, hvilket afspejler, hvor tænketankens diskussioner og indlæg især har været fokuseret. Kapitlerne er følgende:

- Formål og mål for rehabilitering
- Aktører i rehabiliteringsprocessen
- Centrale elementer i rehabilitering
- Rehabiliteringsfeltet og dets faglige kerne

Bogens sidste kapitel oplister en række anbefalinger med henblik på at udvikle rehabiliteringsindsatsen i Danmark, og det omtaler, hvilke udfordringer den praktiske udførelse af rehabilitering står over for i fremtiden. Kapitlet afsluttes med en skitse til nationale retningslinier for rehabilitering, hvilket er tænkt som inspiration til det landspolitiske niveau.

Hvidbogen er skrevet sådan, at de enkelte kapitler eller afsnit kan læses alene og samtidig så vidt muligt give læseren den fornødne sammenhæng. Derfor vil der forekomme gentagelser, når bogen læses i sin helhed.

Hvidbogens litteraturliste indeholder den litteratur, som tænketanken og arbejdsgruppen har brugt som inspiration til udarbejdelse af bogen.

Bilagene i hvidbogen uddyber arbejdsprocessen for bogens tilblivelse, angiver medlemmerne af tænketanken, og indeholder en liste med diverse danske og udenlandske definitioner af rehabilitering, som har indgået som inspiration i tænketankens arbejde.

Hvad er rehabilitering?

I det følgende præsenteres en dansk definition af rehabiliteringsbegrebet. Definitionen er formuleret på grundlag af en bred diskussion i tænketanken af de forhold, som er vigtige og betydningsfulde i rehabiliteringsprocessen.

Genoptræning, men også behandling, ses ofte anvendt i forbindelse eller sammen med rehabilitering, og der hersker en vis uklarhed vedrørende forholdet mellem disse begreber. I forbindelse med definitionen af rehabilitering, er det derfor relevant at markere afgrænsningen mellem rehabilitering og de mere snævre begreber genoptræning og behandling. Genoptræning ses ofte brugt som synonym for rehabilitering. Men genoptræning handler om at restituere kroppens funktioner eller personens færdigheder ved at udføre bestemte øvelser, altså træning. Behandling bruges også tit sammen med rehabilitering. Behandling betyder at helbrede nogen eller lindre deres smerter (Becker-Christensen 2000). At modtage genoptræning eller behandling er ikke ensbetydende med en helhedsorienteret, koordineret og sammenhængende proces, der som rehabilitering sigter imod, at borgeren kan udføre sine personlige aktiviteter og deltage i samfundslivet, hvor fx borgerens beslutninger og deltagelse er afgørende, og hvor samarbejdet er ligeværdigt mellem borger og fagpersoner (se nedenstående og de følgende kapitler). Forskellige behandlings- og genoptræningsformer kan indgå i en rehabiliteringsproces.

Forudsætninger for udarbejdelse af definitionen

Forud for udarbejdelsen af definitionen af rehabilitering er der identificeret og diskuteret en række væsentlige elementer, som har betydning for rehabiliteringsbegrebet. Disse præsenteres her for at synliggøre de præmisser, som definitionen er udarbejdet på baggrund af:

- Målgruppen er borgere, der har eller er i risiko for at få betydelig fysisk, psykisk eller socialt nedsat funktionsevne som følge af midlertidig eller varig sygdom, skade efter ulykke eller medfødt handicap, og som har brug for samfundsmæssige indsatser til at opretholde deres aktivitet og deltagelse i samfundet
- En rehabiliteringsproces' aktører er den aktuelle borger, vedkommendes pårørende, når situationen taler for det samt fagfolk på de arenaer, hvor indsatserne finder sted
- Rehabilitering finder sted i alle sektorer, hvor relevante indsatser kan foregå, herunder social- og sundhedssektoren, den beskæftigelsesmæssige, pædagogiske og uddannelsesmæssige sektor samt kultur-/fritidssektoren, og også i det øvrige samfund, fx erhvervslivet, netværk og andet borgersamarbejde m.m.
- Formålet med rehabilitering er for den enkelte borger at kunne fungere som individ og som samfundsborger at fremme sundhed og forebygge sygdom og senfølger og at få personlig kontrol over sit hverdagsliv. Med andre ord handler det om at opnå maksimal livskvalitet (selvtillid, selvbestemmelse, deltagelse i samfundslivet) ud fra egne prioriteringer og beslutninger

Rehabiliteringsprocessen er karakteriseret ved:

- Fokus på borgerens hverdagsliv, d.v.s. på personlige aktiviteter og deltagelse i samfundslivet
- Indsatser, der inddrager borgeren (fx behandling, træning, kompensation), men rettes også mod borgerens omgivelser (fx fysisk tilgængelighed, sociale miljøer, generelle holdninger)
- Borgerorientering (der arbejdes på grundlag af borgerens forståelse af situationen, vedkommendes betingelser og forudsætninger, og alle beslutninger tages af borgeren i samråd med de involverede fagpersoner)
- Individorienteret (der arbejdes på basis af den enkelte borgers situation, herunder, når situationen taler for det, tillige inddragelse af borgerens pårørende)
- Helhedsorientering (hele borgerens fysiske, psykiske og sociale situation indgår ved udarbejdelsen af løsningsmodeller, og alle *relevante* indsatser fra forskellige sektorer inddrages)
- Koordinering af den indholds- og tidsmæssige indsats, dels mellem enkelte specialitydelser og dels mellem de involverede sektorer (rette indsats på rette tidspunkt)
- Ofte tværfaglig og tværsektoriel indsats i teams, hvor borgeren og eventuelle pårørende som centrum i teamfunktionen giver de grundlæggende vigtigste bidrag
- Planlægning med fastlagte mål, tidsrammer og med aftalt koordinatorfunktion, der sikrer sammenhæng og borgersamarbejde i rehabiliteringsprocessen
- Et dynamisk, fleksibelt og udviklingsorienteret forløb med kvalitetsstyring, evaluering og justering
- Høj kvalitet og vidensbasering (fx videnskabeligt grundlag) af de anvendte indsatser

Vender vi blikket mod, hvordan rehabilitering er defineret i andre lande og i teoretiske bidrag, er der generelt stort sammenfald med de elementer, som grundlæggende anses for centrale i rehabiliteringsbegrebet (bilag 3).

Rehabilitering, som den kendes fx i Norge og Sverige (SoS-rapport 1993, Stortingsmeldingen 1999, Socialstyrelsen 2000, Social- og helsedepartement 2001), fokuserer blandt andet på koordinerende, helhedsorienterede og borgercentrerede elementer, hvilket forbedrer resultaterne af behandlingen og derved øger livskvaliteten for den enkelte (Höök 2001, Filges 2003). Ved rehabilitering udvides fokus fra sygdommen og det helbredende til også at omfatte det, der har betydning for deltagelse i et almindeligt hverdagsliv i fællesskab med andre og i samfundet, socialt og arbejdsmæssigt mv. (Hansen 2003, Gage 1995, Stucki 2003, Borg 2003).

Litteraturen om rehabilitering beskriver en række elementer (fx Mandag Morgen 2004, Bredland 2002, Normann 2003, Jørgensen 2003, Hansen 2003a, Hansen 2003b, Schwandt 2003) som centrale i en rehabiliteringsproces, hvilket bl.a. kan ses i de definitioner, der er samlet i bilag 3.

Disse centrale elementer kædes i litteraturen ofte sammen med mere filosofiske/ideologiske vinkler på rehabilitering, herunder ligestilling (WHO 2000, Wiederholt 1999), demokratiopfattelse (Koch 1995, Borg 2003), sundhedsfremme og forebyggelse (WHO 1978, Antovnovsky 1987) samt empowerment, lærings- og mestrings teorier (Freire 1970, Fortmeier 1994, Uggerhøj 1997, Trækjær 1999, Andersen 2000, Jensen 2002, Sandstrand 2002, Borg 2003).

Endelig er definitionen af rehabilitering udarbejdet ud fra følgende kriterier:

- Den skal kunne forstås, bruges og have gyldighed både for borgerne og deres pårørende, fagfolk, forskere, administratorer og politikere. Desuden skal den være dynamisk i sit udtryk og benytte korte, klare udsagn og sætninger
- Den skal have gyldighed for alle relevante sektorer (social-, sundheds-, pædagogiske, beskæftigelsesmæssige og uddannelsesmæssige sektorer) for at fremme sammenhæng mellem indsatserne fra de forskellige aktører og de forskellige sektorer
- Den skal være holdbar over tid og være uafhængig af nuværende strukturer for sektorerne, så definitionen kan fungere som et redskab til at tilpasse og udvikle organisations- og samarbejdsformer med rehabilitering som formål
- Den skal i sine formuleringer indeholde de ord, som beskriver de elementer og kendetegn, der er centrale for rehabilitering
- Den skal, hvis muligt, være holdbar i forhold til international viden og praksis, så international forskning og udviklingsarbejde inden for området kan komme dansk praksis til gode

Definition

På denne baggrund er følgende definition af rehabilitering formuleret:

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

Afhængigt af læserens baggrund og ståsted kan de samme ord opfattes forskelligt. Derfor følger nedenfor en uddybning af de centrale ord i definitionen. Denne uddybning har til opgave at belyse, hvilket indhold og betydning begreberne er tillagt i denne sammenhæng:

Målrettet og tidsbestemt: Alle aktører (borgere, pårørende og fagfolk) arbejder mod et fælles mål, der er nedskrevet og aftalt indbyrdes, og som er tidsbestemt med hensyn til de enkelte delmål og det endelige mål. Mål og tidsrammer justeres undervejs i hele processen, så det sikres, at der arbejdes målrettet i overensstemmelse med borgerens beslutninger og muligheder, alt efter som situationen ændres og evt. nye muligheder opstår. Når de aftalte mål er nået, er rehabiliteringen afsluttet, med mindre der er aftalt nye mål.

Samarbejdsproces: Borgeren, de pårørende og relevante fagfolk arbejder sammen om at definere mål og gennemføre processen med at nå disse mål. **Samarbejde** defineres som "en fælles anstrengelse for at løse en opgave, der kun kan løses ved fælles hjælp" (Hansen 1995). **Proces** betyder, at noget skrider frem eller udvikler sig (Plon 2001). Rehabiliteringsprocessens retning er at bidrage til udvikling og forbedring af borgerens muligheder for at få et selvstændig og meningsfuldt liv, fx ved at kunne deltage i samfundet på lige fod med andre borgere.

Borger betyder her en person, der har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, og som har brug for at indgå i en rehabiliteringsproces. Borger angiver også, at det er en person, der har samme borgerrettigheder som alle andre i samfundet (ligestilling og ligebehandling).

Pårørende er de mennesker, som er tæt på og betyder noget for den borger, der indgår i en rehabiliteringsproces. Det kan altså dreje sig om både familie, venner, arbejdskolleger m.m. D.v.s. mennesker, der indgår i borgerens hverdagsliv, og som det er vigtigt at inddrage, for at rehabiliteringen kan lykkes. Pårørende kan under særlige omstændigheder fungere som stedfortræder for borgeren, se "**beslutninger**".

Fagfolk er alle faguddannede personer, der involveres i rehabiliteringsprocessen (fx social- og sundhedshjælper/-assistenter, lærere, pædagoger, ingeniører, socialrådgivere, ergo- og fysioterapeuter, jobkonsulenter, sygeplejersker, psykologer, kiropraktorer, praktiserende læger og speciallæger m.m.). Fagfolkene kommer fra mange forskellige sektorer (fx hospital, social- og sundhedsforvaltning, hjemmehjælp og -pleje, børnehave, skole, ældrecenter, bofællesskab, specialinstitution, jobanvisning, arbejdsplads, handicaporganisationer samt fra frivillige og private organisationer m.m.).

At der samarbejdes med fagfolk angiver også, at rehabilitering indeholder en professionel indsats og udøvelse foretaget af en faguddannet person, der skal overholde sit fags værdier, kvalitetskrav og etiske retningslinier, fx arbejde på grundlag af nyeste og bedst dokumenterede viden og metoder samt respektere borgerens integritet.

Risiko for at få: Fagfolk og borger vurderer, at borgeren i nær fremtid forventes at få funktionsnedsættelser, der begrænser aktivitet og deltagelse i samfundslivet. Her bør en tidlig indsats iværksættes for at forebygge tilbagefald, senfølger eller yderligere reducere af funktionsevnen og for at fremme sundhed ved at udvikle og styrke mestringsstrategier. (Fx borgere med fremadskridende sygdomme, der kan blive begrænset i at udføre deres erhverv eller børn med varige handicap, der fx skal i skole m.m.).

Betydelige: Med betydelig menes "stort i omfang eller grad" (Becker-Christensen 2000). Hermed angives det, at borgere med små og/eller få funktionsnedsættelser, der ved en fælles vurdering mellem borger og den relevante fagperson, skønnes at kunne afhjælpes ved en lille og/eller enkeltstående indsats ikke skal indgå i en større rehabiliteringsudredning, men blot modtage den relevante behandling/indsats. "Betydelig" i denne sammenhæng angiver således en begrænsning af målgruppen for rehabilitering. Målgruppen for rehabilitering er derfor borgere med nedsat funktionsevne i stort omfang eller grad og/eller med risiko for at få det (herunder også for at få yderligere skadevirkning af den aktuelle tilstand). En funktionsnedsættelse, der fx kun kan rehabiliteres ved sammensatte, komplekse og/eller længerevarende indsatser. Vurdering af "betydeligt" er et skøn, men hvis borgeren mener, at vedkommende har eller er i risiko for at få en for ham eller hende betydelig funktionsnedsættelse, så bør der altid foretages en grundig udredning med henblik på iværksættelse af en rehabiliteringsproces. Borgerens egen vurdering af behov er altid afgørende og betydningsfuld, men det vil naturligvis afhænge af de til enhver tid udstukne politiske rammer for rehabilitering, om behovene kan imødekommes gennem de offentlige rehabiliteringsindsatser.

Begrænsninger betyder her, at borgeren på grund af funktionsnedsættelse er forhindret i at udføre de personlige aktiviteter eller at deltage i de dele af samfundslivet, vedkommende ønsker. Omfang og betydning af begrænsningerne kan kun findes ved først at beskrive hvilke betydningsfulde aktiviteter og hvor mange områder inden for deltagelse i samfundslivet, borgeren ikke kan eller har svært ved at udføre. Jo flere aktiviteter og områder der kan udføres, som borgeren plejer og ønsker det, jo færre begrænsninger er der. Hvilke begrænsninger i dagligdagen, der skal formindskes, og i hvilket omfang de skal reduceres, afgør borgeren ud fra hvilken personlig betydning, de forskellige begrænsninger har.

Fysisk, psykisk og social: Både kropslige, psykiske og sociale aspekter i en borgers situation er vigtige (helhedsorientering) og giver ret til at få en faglig vurdering med henblik på at indgå i en rehabiliteringsproces, når borgeren oplever, at det ikke er muligt på lige fod med andre borgere at få aktiviteterne i hverdagen til at fungere, fx erhvervsarbejde, fritidsaktiviteter, personlige daglige aktiviteter, omsorg for børn eller ældre pårørende, deltagelse i det politiske liv, modtage og forstå offentlige informationer m.m. Her betragtes fysisk, psykisk og socialt som en pendant til ICFs multidimensionelle begrebsramme for funktionsevne og funktionsnedsættelse (Dahl & Schiøler 2003).

Funktionsevne er et overordnet begreb, der består af elementerne kropsfunktioner og anatomi, daglige aktiviteter, deltagelse i samfundslivet, personlige faktorer og omgivelsernes påvirkninger (jf. ICF). Nedsat funktionsevne er det overordnede begreb for tab eller nedsættelse af kropslige funktioner samt begrænsninger i at gennemføre sine daglige aktiviteter og deltage i samfundslivet. Funktionsnedsættelse opstår i et samspil mellem personens kropslige og kognitive (fx måder at håndtere begrænsninger på) funktioner og omgivelserne. En borgers funktionsevne og betydningen af eventuelle funktionsnedsættelser kan dermed kun vurderes i forhold til det daglige liv, som er normalt for denne borger (Socialministeriet 2002a).

Opnå: Opfyldelse i så høj grad som muligt af rehabiliteringsprocessens aftalte mål og hermed borgerens kriterier for et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Selvstændigt: Borgeren får kontrol over sit eget liv *i det omfang, som han eller hun selv ønsker*, og som er praktisk muligt i forhold til borgerens ressourcer og den for rehabiliteringen relevante lovgivning m.m. Selvstændigt betyder i hverdagsprog, at borgeren selv kan bestemme, planlægge og gennemføre sin dagligdag lige som alle andre borgere.

Meningsfuldt liv: Det indhold i hverdagen og den deltagelse i samfundet, som er vigtig og meningsfuldt *efter borgerens egen vurdering*. Borgeren og dennes nærmeste har sin egen personlige livsførelse i dagligdagens forskellige sammenhænge. Denne livsførelse er forskellig fra person til person og forandrer sig undervejs. Borgerens særlige livsførelse var der før funktionsnedsættelsen, vil være der under rehabiliteringens forandringer og vil blive ved med at være der i fremtiden. Den konkrete livsførelse og de daglige vaner kan selvfølgelig ændre sig, men på det givne tidspunkt er det stadig borgerens særlige livsførelse.

Derfor er det borgeren der skal afgøre, hvilke aspekter, indsatser, mål m.m., der giver mening og indhold i hans fremtidige liv; for det er kun borgeren, der reelt kan have en oplevelse af og mening om disse personlige aspekter. En borger med funktionsnedsættelse skal altså have mulighed for en rehabiliteringsproces, der sigter mod, hvad han eller hun finder er vigtigst og centralt for det videre liv. Fagfolk skal efterspørge og bidrage til, at borgeren kan formulere sine ønsker og fokus for fremtiden, så meningsfuldheden opnås både i rehabiliteringsprocessen, indsats typer og de endelige resultater.

Baseres på: Rehabiliteringsprocessen *skal sammensættes, planlægges og gennemføres på grundlag af* en samlet vurdering af hele borgerens livssituation og borgerens egne beslutninger herom.

Hele borgerens livssituation: Hver eneste borger er et unikt menneske. Derfor må både den personlige livsforståelse, kroppens funktioner, de daglige aktiviteter, deltagelse i samfundslivet og omgivelsernes påvirkning (hele livssituation) indgå ved den fælles analyse af behov, ved udarbejdelse af målsætning, planlægning og rehabiliteringsplan samt ved gennemførelse af hele processen. En helhedsorienteret og individorienteret tilgang og analyse sikrer, at de for borgeren meningsfulde og relevante tiltag iværksættes. D.v.s. at der ikke kun fokuseres på ændring og tilpasning af personen til omgivelserne, men også på ændring af omgivelserne både fysisk, psykisk eller socialt. At arbejde helhedsorienteret hænger derfor også sammen med koordinering af rehabiliteringsprocessen, så den opleves sammenhængende for borgeren (se uddybningen under "**koordineret**" og "**sammenhængende**").

Beslutninger betyder, at borgeren tager del i alle beslutninger vedrørende udredning af behov, målsætning, planlægning, valg af metoder og indsatser i selve rehabiliteringsprocessen, samt indgår i diskussioner af metoder til kvalitetsstyring og til evaluering af sit eget rehabiliteringsforløb. Hvis der ikke kan opnås enighed mellem fagfolk og borger, så er det borgeren, der har den endelige afgørelse, hvilket naturligvis forudsætter, at fagfolkene har givet borgeren relevant, dækkende og for borgeren forståelig information om muligheder og konsekvenser (Sundhedsministeriets 1998). I de tilfælde, hvor borgeren ikke selv kan foretage beslutninger, inddrages pårørende, og i de tilfælde, hvor pårørende heller ikke er til stede, må fagfolkene ud fra rehabiliteringsbegrebets indhold iværksætte den efter deres vurdering mest hensigtsmæssige rehabilitering, hvor borgeren tager del i det omfang, det er muligt. Vurdering skal her forstås som fagfolkernes kundskabsgrundlag, hvilket er deres erfaringer, deres håndværksmæssige kunnen, vidensgrundlaget og de givne strukturelle og økonomiske rammer.

Koordineret: Alle aktører samordner rehabiliteringens tiltag indholdsmæssigt og tidsmæssigt i forhold til målet. Formålet med koordineringen er, at rehabiliteringsforløbet både ud fra borgerens, fagfolkernes og samfundets synsvinkler har høj kvalitet med hensyn til processen, indholdet, ressourceforbruget og det endelige resultat.

Sammenhængende: Borgeren oplever, at processen er forståelig, betydnings- og meningsfuld, samt at den passer ind i hans eller hendes øvrige hverdagsliv. Sammenhængende angiver således, at det ikke er tilstrækkeligt, at rehabiliteringsprocessen er koordineret mellem de forskellige aktører og sektorer. Den skal også være koordineret med hensyn til borgerens ønsker og hverdagsliv i øvrigt.

Vidensbaseret: Bedst dokumenterede og nyeste faglige viden og metoder skal danne basis for de indsatser, der tages i brug. Der benyttes viden både fra naturvidenskabelige, samfundsvidenskabelige og humanistiske forskningsresultater og udviklingsprojekter. Herunder skal borgerens viden og erfaringer også inddrages, og hans eller hendes beslutninger (på baggrund af information og diskussion med fagpersonerne) skal være afgørende for valget af indsatser.

Indsats: De offentlige og private tiltag, som fagfolk kan udøve: Fx individuelt tilpasset akut hjælp og behandling, forebyggelse af yderligere komplikationer eller funktionsnedsættelser, smertelindring, rådgivning, tiltag der fremmer empowerment, vejledning, information, fysisk, psykisk og social behandling, træning og genoptræning, uddannelse, tilgængelighedsindsatser, sociale indsatser, hjælpemidler, personlig hjælp, økonomisk hjælp, erhvervstræning og -uddannelse samt ændring af u hensigtsmæssige omgivelser både fysisk, psykisk og socialt, holdningsbearbejdning i og af borgerens lokalmiljø samt faglige argumenter for tilpasning af de politiske rammer for rehabiliteringsindsatsen m.m. Kort sagt alle de indsatser, som et rehabiliteringsforløb kan bestå af med det formål at realisere borgerens syn på et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Formål og mål ved rehabilitering

Fastsættelse af formål og mål er afgørende i forståelsen af rehabilitering samt for den måde rehabilitering praktiseres. I forbindelse med rehabilitering er det vigtigt at arbejde med et målhierarki bestående af formål, mål og delmål, bl.a. fordi rehabilitering er en proces med mange elementer og aktører.

Et *formål* for rehabilitering (som proces eller handlingsrække) angiver, hvad der skal opnås i overensstemmelse med samfundets og den enkelte borgers værdigrundlag – eksempelvis at forbedre livskvaliteten samt sikre ligestilling og medborgerskab.

Et *mål* angiver hvad der konkret skal komme ud af de handlinger, der udføres for at opfylde formålet, eksempelvis at få et arbejde. Et *delmål* angiver de forskellige konkrete resultater, der skal nås for at opfylde et mål, og kan eksempelvis være opnåelse af bedre fysisk funktionsevne, uddannelse, forbedrede transportmuligheder og erhvervelse af personlige hjælpere.

Formål med rehabilitering

Da rehabilitering her er defineret som en proces centreret om den enkelte borger kan det overordnede formål med rehabilitering defineres på følgende måde:

For den enkelte borger at:

- bevare eller fremme livskvalitet
- genvinde sit tidligere funktionsniveau eller opnå højest mulig funktionsevne, forebygge tilbagefald, senfølger eller yderligere reducere funktionsevnen, kunne leve med varige funktionsnedsættelser eller kronisk sygdom og fremme sundhed ved at kunne mestre sin situation
- opnå ligestilling i forhold til øvrige borgere med hensyn til personlig frihed i hverdagslivet og deltagelse i samfundslivet

Omfanget af indsatsen for at opfylde dette formål vil være afhængigt af den enkeltes personlige værdier og ressourcer samt samfundets vilje og evne til at imødekomme borgerens behov. Det drejer sig om, at borgeren kan øge eller genvinde kontrollen og rådigheden over eget liv, dvs. kunne skabe sig et godt liv ud fra egne oplevede behov og præferencer. Indsætterne kan fx målrettes genvindelse af funktionsniveau, personlig tilpasning, compensation samt tilpasning af u hensigtsmæssige omgivelser.

Mulighederne for at skabe sig et godt liv fremmes når:

- Mennesker har indflydelse på udformningen af eget liv
- Mennesker indgår i anerkendende sociale relationer, der medvirker til opbygning af selvværd
- Mennesker har adgang til deltagelse i samfundslivets mange arenaer
- Når det omgivende samfund indretter sig, så det bliver i stand til at rumme alle sine borgere, herunder mennesker med handicap, på en inkluderende og ligeværdig måde

(WHO 1996, Antonovsky1987, Arborelius 1995, Jensen 1995).

Formålet med rehabilitering vil ofte afspejle et samfunds værdigrundlag (Stiker 1999). I en dansk kontekst kan nævnes de demokratiske principper om ligeværdighed og lige muligheder for indflydelse både på egne og fællesskabets vilkår, uanset hvad borgerens udgangspunkt er – ingen skal udelukkes (Koch 1995). Ligeledes præger velfærdssamfundets principper om solidaritet og kompensation de bagvedliggende værdier for rehabiliteringens formål, som de udtrykkes i social- og sundheds-, beskæftigelses- og uddannelseslovgivningen. FNs Standardregler for Handicappede præger ligeledes rehabiliteringsbegrebets indhold, ligesom WHO's funktionsevneklassifikation ICF (Dahl & Schiøler 2003) med sin flerdimensionelle begrebsramme for forståelsen af funktionsevne fremover forventes at vil gøre det.

Mål, delmål og indsattstyper ved rehabilitering

For at opfylde formålet med rehabilitering er det vigtigt, at der formuleres nogle mere konkrete mål. Disse mål skal tydeligt muliggøre og bidrage til, at borgeren i så stort omfang som muligt kan opnå det liv, han eller hun ønsker at leve. Målene skal formuleres i forbindelse med fastlæggelse af en rehabiliteringsplan.

Den enkelte borgers mål for rehabiliteringen udtrykkes oftest meget konkret og kan fx være: At fortsætte med sit arbejde eller at finde et arbejde, at have egen bolig, at kunne fortsætte med eller udvikle sine fritidsaktiviteter, at kunne tage på ferierejser, at kunne spise selv, at kunne gå tur m.m. Der vil ofte være tale om mål, der retter sig mod aktivitetsudøvelse og deltagelse i samfundslivet.

For at nå disse personlige konkrete mål kan der opstilles en række delmål. Delmålene angiver forskellige indsatser, som aftales med fagfolkene. Delmål og hermed typer af indsatser kan fx være: Specifikke medicinske eller kirurgiske behandlinger af helbredende,

stabiliserende eller lindrende karakter ved akut eller længevarende skader eller sygdom, afklaring, ændring eller stabilisering af psykiske eller sociale forhold, træning af fysiske funktioner til et bestemt niveau, indretning af bolig eller arbejdsplads, erhvervelse af personlig hjælp, relevant pleje, førtidspension, erhvervs-mæssig rehabilitering/uddannelse, personlig viden og kompetence om forskellige forhold, iværksættelse af fritidsmuligheder, ændring af uhensigtsmæssige omgivelser både fysisk, psykisk og socialt, støtte af netværk, faglige begrundelser for tilpasning af de politiske rammer samt andre tiltag i civilsamfundet m.m. Delmålene retter sig typisk mod kropsfunktioner og aktivitetsudførelse.

Det konkrete mål med rehabilitering og metoderne til at nå målet aftaler borgeren med den eller de fagpersoner, der rådgiver borgeren i forbindelse med målsætning og udarbejdelse af en rehabiliteringsplan. Målet tager altid udgangspunkt i den enkelte borgers livsverden og selvforståelse. Dette er vigtigt, for at borgeren kan opleve ejerskab til processen, og hvis rehabiliteringen skal være succesfuld (Arborelius 1995, Miller 1997, Mandag Morgen 2004). (Se afsnit i kapitel 5 om borgerens deltagelse i rehabiliteringsprocessen).

Helt generelt bør alle rehabiliteringsprocesser blandt andet indeholde følgende overordnede mål:

- Borgerens konkrete ønsker vedrørende hverdagsliv og deltagelse i samfundet skal så vidt muligt nås
- Borgeren skal have mulighed for at anvende sine ressourcer optimalt, herunder arbejdssevne
- Samfundets støttemuligheder og tilgængelighedstiltag udnyttes optimalt

Vedrørende indsatsen i en rehabiliteringsproces skal det desuden påpeges, at generelle samfundsorienterede indsatsen for mennesker med funktionsnedsættelser er en grundlæggende forudsætning for, at de kan deltage i samfundet på lige fod med andre borgere (Europæiske Kommission 1993-1996, FN 1993, Borg 2003). Det drejer sig især om politiske initiativer med henblik på fx tilgængeliggørelse af de fysiske omgivelser og produkter, af de offentlige informationer, kommunikationsmidler og transportmidler og ikke mindst påvirkning af den offentlige holdning i forhold til mennesker med begrænsninger i funktionsevnen (Bengtsson 2003). Det er særdeles vigtigt, at civilsamfundet inddrages som aktive aktører i rehabiliteringsprocesser i form af accept af menneskers forskellighed, så erhvervsliv og sociale netværk m.m. kan rumme alle former for mennesker med eller uden nedsat funktionsevne. Som nævnt i indledningen behandles dette ikke yderligere i hvidbogen.

Aktører i rehabiliteringsprocessen

Rehabilitering har som nævnt til formål at bevare eller fremme livskvalitet, forebygge sygdom og fremme sundhed, samt at borgeren opnår ligestilling i forhold til øvrige borgere med hensyn til personlig frihed i hverdagslivet og deltagelse i samfundslivet. Et sådant formål forudsætter en mangefacetteret indsats, hvor aktørerne foruden borgeren og vedkommendes pårørende også inkluderer fagfolk fra forskellige specialer, fra forskellige sektorer, fra forskellige institutioner og med baggrund i forskellige lovgivningskomplekser samt fra erhvervsliv, netværk og organisationer i civilsamfundet.

Her følger en beskrivelse af aktørerne i rehabiliteringsprocessen: Borgere, pårørende, fagfolk.

Borgere

En borger er i denne sammenhæng en person, der har betydelige begrænsninger i forhold til at fungere i sin dagligdag og til at deltage som samfundsborger på lige fod med andre borgere på grund af eksisterende eller i nær fremtid forventede ændringer i den fysiske, psykiske eller sociale funktionsevne. Inden for de gældende rammer har borgeren ret til at indgå i en rehabiliteringsproces, når han eller hun selv vurderer at have eller være i risiko for at få betydelige begrænsninger i sit hverdagsliv og derfor har brug for hjælp til igen at kunne fungere i forhold til sine personlige aktiviteter og som samfundsborger.

Borgere, der har brug for rehabilitering kan opdeles på følgende måde:

- 1 Syge på vej til at blive raske (fx slagtilfælde, kræftforløb, psykiatriske lidelser, sociale stresstilstande m.m.)
- 2 Personer med kroniske sygdomme, der er truet af arbejdsløshed eller er i risiko for ikke at kunne deltage i ønskede aktiviteter og fungere som borgere (fx ved gigt og muskellidelser, kredsløbs- og åndedrætslidelser, følger af erhvervssygdomme m.m.)
- 3 Personer med ny erhvervede midlertidige eller varige fysiske, psykiske eller sociale funktionsnedsættelser, der er truet på erhvervs-, deltagelses- og medborgeraspektet (fx efter trafik-, erhvervs- og fritidsulykker eller apopleksi og hjerteinfarkt)
- 4 Personer med medfødte fysiske, psykiske eller sociale funktionsnedsættelser, der skal rehabiliteres løbende i forhold til deres udviklingstrin, eller som er truet på erhvervs- og deltagelsesmuligheder samt medborgeraspektet (fx ved muskelsvind, cerebral parese, syns- og hørenedsættelse m.m.)

Pårørende

Pårørende er alle de mennesker, som er nær på og ofte betyder noget for den borger, der indgår i en rehabiliteringsproces. Det kan dreje sig både om familie, venner, arbejdskolleger/chefen, bekendte fra sociale netværk, fra fritidsaktiviteter eller fra lokalmiljøet m.m.

Det er fx vigtigt, at de nærmeste familiemedlemmer og andre betydningsfulde personer i den aktuelle borgers liv indgår i rehabiliteringsprocessen, fordi disse personer udgør en væsentlig del af borgerens hverdag, der jo skal fungere både under og efter rehabiliteringsprocessen. De pårørende kan være ressourcer i rehabiliteringsprocessen ved at bidrage med viden og støtte både til borgeren og fagfolk.

Når borgeren selv ikke kan indgå aktivt i planlægning og gennemførelse af rehabiliteringsprocessen, kan de pårørende varetage borgerens interesser og på den måde sikre kvaliteten i forløbet med hensyn til at nå et resultat, der så vidt muligt er i harmoni med borgerens identitet, personlighed og livsførelse.

Fagfolk

Fagfolk betyder alle faguddannede personer, der arbejder med rehabilitering, fx socialrådgivere, jobkonsulenter, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, kiropraktorer, lærere, pædagoger, teknikere, tale-/høre-pædagoger, hjemmehjælpere og -sygeplejersker, psykologer, socialpædagoger, talepædagoger, læger, diætister, ingeniører m.v.

Disse fagfolk kan arbejde i forskellige statslige, regionale, kommunale sektorer eller i civilsamfundet, fx social-, sundheds-, undervisnings-, beskæftigelses-, bolig-, trafik-, kultursektoren, erhvervslivet, handicaporganisationer eller andre interesseforeninger m.m. I sektorerne møder man fagfolk i forskellige institutioner fx hospital, behandlingsinstitution, skole, børnehave, teknisk forvaltning, genoptræningsenhed, ældrecenter, virksomheder, fritidsklubber eller andre offentlige/private enheder.

Alle, der arbejder som fagfolk eller frivillige inden for disse sektorer og institutioner m.m., bør kende til rehabiliteringsprocessens karakteristika og arbejde efter dens intentioner i tæt samarbejde med borgeren.

Centrale elementer i rehabilitering

I dette kapitel beskrives nogle vigtige elementer i rehabilitering, der alle er karakteristiske for og nødvendige ved gennemførelse af en god og effektiv rehabiliteringsproces. Elementerne indgår eksplicit eller implicit i definitionen og er følgende:

- 1 Borgerens deltagelse i rehabiliteringsprocessen
- 2 Individuel og fleksibel tilrettelæggelse
- 3 Helhedsorienteret tilgang
- 4 Målorientering og tidsperspektivering
- 5 Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
- 6 Koordinering
- 7 Vidensbasering og kvalitetsorientering
- 8 Planlægning

Borgerens deltagelse i rehabiliteringsprocessen

Samarbejdet med borgeren er et meget centralt aspekt ved rehabilitering. Ordet brugerinvolvering, som hyppigt benyttes i forbindelse med rehabilitering, angiver, at borgerne involveres, men *borgerne er jo altid til stede som eneste gennemgående person i rehabiliteringsprocessen*. Det er faktisk fagfolkene, der involveres i borgerens rehabiliteringsproces og det hverdagsliv, som borgeren har under hele rehabiliteringsprocessen.

Her i bogen bruges ordene samarbejde og deltagelse, der begrebsmæssigt indeholder de relevante krav til rehabiliteringsprocessens aktører, lige fra borgeren og de pårørende til alle typer af fagfolk (se definition af samarbejdsproces i kap. 3 samt afsnittet "deltagelse " i dette kapitel).

Baggrund for tæt samarbejde med borgeren

Rehabilitering diskuteres oftest fra et professionelt eller politisk standpunkt, og indsatserne bedømmes ud fra fx fagfolkens eller planlæggernes målestokke. Men det er borgerens daglige liv undervejs i forløbet, der er borgerens eget fokus. Derfor bør borgerens hverdagsliv også være rehabiliterings-processens fokus. Det er kun borgeren, der i sin dagligdag gør erfaringer med:

- alle de initiativer (politiske, organisatoriske, medicinske m.m.), der gennemføres i forhold til hans eller hendes situation
- alle de menneskelige relationer og praksissammenhænge, der er betydningsfulde for ham eller hende i hverdagen
- hvordan det hele virker sammen både her og nu og ind i fremtiden

Borgeren er den eneste person, der erfarer, hvordan alle de komplekse og sammensatte rehabiliteringsindsatser mødes med hans eller hendes egen særlige og sammensatte livsførelse.

Dette forhold understreger, at borgeren helt naturligt har fokus på og er i centrum af rehabiliteringsprocessen (Borg 2002).

Men der er flere grunde til, at borgeren (og pårørende) skal deltage ligeværdigt i samarbejdet:

Fagfolkene skal kunne samarbejde og kommunikere ligeværdigt med borgeren for at kunne få en forståelse af borgerens og de pårørendes situation, værdier og leveforhold, samt på baggrund af denne forståelse kunne bidrage med at fremme borgerens muligheder for at deltage aktivt i rehabiliteringsprocessen med sine perspektiver, erfaringer og ressourcer.

Menneskers muligheder for at skabe sig et godt liv fremmes, når de har indflydelse på udformningen af eget liv, og når de indgår i anerkendende sociale relationer, der medvirker til opbygning af selvværd. Indsatser, der ikke indeholder disse aspekter, har ingen eller minimal effekt (Miller 1997).

Når borgeren således fremhæves som den centrale og vigtigste samarbejdspartner i rehabiliteringsprocesser (borgeren er ekspert i sit eget liv, og hvordan rehabilitering påvirker han eller hendes dagligdag), så er det ikke alene et spørgsmål om samarbejde og etik i relationerne mellem borgeren og fagfolk. Det drejer sig også om kvaliteten af rehabiliteringen (Borg 2002).

Aspekter vedrørende borgersamarbejde

Begrebet borgersamarbejde eller deltagelse i rehabilitering er en mangefacetteret størrelse. I det følgende omtales nogle forhold eller aspekter, der ofte nævnes sammen med rehabilitering og borgersamarbejde.

Medborger, ligeværdighed og demokrati

En borger med en funktionsnedsættelse har lige som alle andre en borgers rolle og rettigheder. Samfundet og dets institutioner skal behandle sine borgere værdigt og med respekt for deres unikke livsverden (Koch 1995). Når der er tale om en borger med behov for rehabilitering, skal fagfolk derfor respektere, hvad der er hans eller hendes mål med rehabiliteringsindsatsen. Der drejer sig om et ligeværdigt samarbejde, hvor man yder i samarbejdet på forskellige præmisser (Timm 1997, Law 1998, Bredland 2002).

Respekten for og anerkendelsen af alles ret til egne synspunkter samt dialogen er en vigtig del af den demokratiske proces. Rehabilitering kræver en ægte dialogisk tilgang, hvor der kontinuerligt kommunikeres mellem

parterne, og hvor muligheder og vilkår stedse holdes op mod hinanden og bearbejdes (Koch 1995, Kendall 2003). Udgangspunktet for processen er borgerens behov og rettigheder. Resultat og forankring af indsatsen afhænger af, om borgeren indtager og får en aktiv rolle, hvor egne behov og mål bliver styrende for alle aktiviteter og tilgange.

Empowerment og mestring

Begreberne empowerment og mestring nævnes ofte i forbindelse med rehabilitering (Starring 2000, Sandstrand 2002, Jensen 2002, Andersen 2002, Roberts-Yates 2003, Medin 2003). Empowerment- og mestringstilgange går ud på at styrke borgerens råderum og kontrol over eget liv. Arbejdsmetoderne til dette er bl.a.:

- ligeværdig samarbejdsform med gensidig respekt og accept af forskellighed. Der arbejdes på basis af borgerens egen oplevelse af sin situation. Borgeren betragtes som et unikt menneske og ekspert på sit eget liv
- At borgeren har ansvar for sig selv og sin familie og tager del i alle beslutninger. Borgernes valg skal være omdrejningspunkter i rehabiliteringsprocessen. Valgene tages på baggrund af information og støtte fra fagfolk, som stiller deres kompetencer til rådighed for borgeren. Borgeren skal således kende sine rettigheder, hvad systemet har at byde på, og hvor grænserne går
- At borgeren har "ejendomsret over egne problemer" betyder, at han eller hun har ret til at bestemme, om et problem eksisterer, at definere problemet, at afgøre om der skal gøres noget ved problemet, vælge mellem forskellige former for indsatser (Krogstrup 1999, Freire 1970, Uggerhøj 1997, Andersen 2000, Jensen 2002)

Motivation og læring

Borgerens motivation for forandring (via rehabilitering) er det første udgangspunkt for "at gøre noget", og motivationen kan kun fremmes ved at give borgeren kontrol med og rådighed over sin egen rehabilitering (Fortmeir 1994, Borg 2003, Mandag Morgen 2004). Det betyder, at borgeren skal involveres fra starten af rehabiliteringsprocessen, en proces, der kan gå langsomt eller hurtigt alt efter hvilken person samt hvilke og hvor mange funktionsbegrænsninger og indsatstyper, der er tale om.

En rehabiliteringsproces indebærer ofte, at borgeren må reorientere sig i og reorganisere sit eget hverdagsliv, og at borgeren må finde sine ben i forhold til en ny livsførelse, der formentlig indebærer en ændret deltagelse og forståelse af sig selv og andre. Sådanne processer er i stort omfang læreprocesser. Konstruktive læreprocesser skal man have adgang og støtte til (Borg 2003).

Borgeren skal have hjælp til se på sig selv med nye øjne og støttes i at erhverve sig viden og erfaringer for at kunne træffe kvalificerede valg.

Deltagelse

Betydningen, relevansen og effekten af rehabiliteringen kommer til udtryk i borgerens hverdagsliv, når indsatserne kan omsættes til at være nyttige i det daglige liv. Borgeren regulerer således også sin egen interesse og involvering i rehabiliteringsinitiativerne i forhold til, hvor vigtige de er for hans eller hendes aktuelle livsførelse. Derfor er det nødvendigt, at borgeren er en central samarbejdspartner og aktiv deltager i rehabiliteringsprocessen. Borgeren kan ikke være deltagende uden at kunne vurdere, hvad han eller hun indgår i. Der skal være dialog omkring deltagelse: Hvad er præmisserne for deltagelse? Hvordan kan man deltage? Sammen med hvem skal man deltage? Er der andre måder at deltage på? Borgeren kan deltage i alt, hvad han eller hun er i stand til, og herved opstår der samtidig en forpligtelse for aftaler og mål m.m. (Borg 2002).

Et andet aspekt af borgerens deltagelse i rehabiliteringsprocessen angår borgernes forskellige ressourcer til at deltage. Nogle borgere vil have vanskeligt ved at deltage på grund af en eventuel krisetilstand, der først skal bearbejdes. Andre borgere vil qua deres funktionsnedsettelse have vanskeligt ved at deltage fuldt ud i fx beslutninger. De vil eventuelt ikke være i stand til at forholde sig til de muligheder, der er for rehabilitering, eller de kan måske ikke selv udtrykke de ønsker, som de har til rehabiliteringen mv. (Nyboe 2004). Dette stiller krav til de to øvrige rehabiliteringsaktører, nemlig pårørende og fagfolk. Dels at de anstrænger sig på forskellige måder for at virke som katalysator for borgerens deltagelse, dels at de eventuelt må gå ind og træffe nogle beslutninger på vegne af borgeren.

Magt

I rehabilitering er der fokus på den enkelte borgers livsperspektiv og situationsforståelse som det vigtigste grundlag for rehabiliteringsprocessens mål og indhold. Dette indebærer, at det ikke er fagfolkene, men den enkelte borger, der bestemmer målet for sin rehabilitering. Hermed er der tale om et magtskifte i forhold til traditionel behandling, hvor fagfolk ofte er dem, der fastsætter mål og indhold i processen. Fagfolkene skal i rehabiliteringsprocesser assistere borgeren, stille deres viden og kompetence til rådighed og arbejde hen imod at borgeren får større og større kontrol over eget liv i overensstemmelse med egne ønsker. Fagfolk skal være bevidste om det ulige magtforhold, der altid vil være mellem en faguddannet specialist og en borger, der skal rehabiliteres: Specialisten, som kender systemet og mulighederne, vil kunne dominere og tage over for den borger, der er personligt svækket og ukendt med rehabiliteringsprocesser. Fagfolkene bør arbejde aktivt med ikke at udnytte deres overmagt, men i stedet stille deres viden og kompetence til rådighed for borgeren, så han eller hun har mulighed for at træffe kompetente og personlige valg i rehabiliteringsforløbet (Skau 1992, Rønning 1998).

Ansvarsfordeling i borgersamarbejdet

Når der er tale om et borgersamarbejde, hvor borgeren skal tage de endelige beslutninger om sin situation, og hvad der skal gøres ved den, rejser der sig en række spørgsmål om, hvem der har ansvar for hvad i rehabiliteringsprocessen.

Fagfolkene involveret i et rehabiliteringsforløb har naturligvis ansvar for, at den konkrete funktion, de yder (fx information, behandling mv.), er professionelt og velkvalificeret udført.

Det er også fagfolkernes ansvar at undersøge (spørge og lytte), hvor meget borgeren og de pårørende ønsker og kan tage ansvar for i rehabiliteringsprocessen. Fagfolkene har sammen med borgeren ansvar for, at processen kører, og samtidig skal de sørge for, at borgeren har kontrol med og får ansvar for processen eller de dele af processen, som borgeren ønsker og har mulighed for. Borgerens ansvar skal øges i takt med egne ønsker herom og i takt med, at hans/hendes ressourcer øges.

Fagfolkene har ansvar for at træffe myndighedsafgørelser på den ene side og på den anden side for at samarbejde ligeværdigt med borgeren. Fagfolkene har derfor ansvar for at informere borgeren undervejs om lovgivningens og den enkelte institutions muligheder og begrænsninger. Det er fagfolkernes ansvar, at den relevante lovgivning (fx sygehusloven, serviceloven, retssikkerhedsloven, lov om offentlighed m.m.) overholdes, at klagemuligheder oplyses, samt at forløbet dokumenteres.

Fagfolkene har således ansvar for at informere og rådgive borgeren om de forskellige mulige indsatser og metoder, deres fordele og ulemper mv., så borgeren har et godt grundlag at træffe et valg ud fra. Valg – og fravalg – har konsekvenser, og det er fagfolkernes ansvar at orientere borgerne om mulige konsekvenser af deres valg og samtidig respektere deres valg. Det betyder for fagfolkene, at de skal stille deres viden og ekspertise til rådighed for borgeren, og at de også klart siger fra, når det, borgeren eller andre ønsker, ikke fremmer de mål, der er sat op (Andersen 2002, Borg 2003).

Fagfolkene har ligeledes ansvar for at bruge deres ressourcer til at støtte især de borgere, der ikke kan klare at overskue og kontrollere en rehabiliteringsproces.

Endelig har fagfolkene ansvar for løbende at dokumentere og evaluere, om rehabiliteringsprocessen opfylder kvalitetskrav og mål. De bør videregive viden om begrænsninger og svagheder i forhold til at gennemføre effektive, målrettede og kvalitetsbetonede rehabiliteringsprocesser både til ledere, politikere og civilsamfundet, så rehabilitering løbende udvikles både i forhold til det professionelle, statslige og civilsamfundsmæssige niveau.

■ Individuel og fleksibel tilrettelæggelse

Rehabilitering har betydning og er meningsfuld for borgeren, når vedkommende aktivt indgår og sætter personlige mål og ønsker for indsatsen (Miller 1997). Derfor er rehabiliteringsforløbet en individuel og fleksibel tilpasset proces i forhold til borgere, der har betydelig nedsat funktionsevne eller er i risiko for at få det, og som har brug for faglig assistance for at varetage deres rehabilitering.

Målene for rehabiliteringen varierer fra person til person, hvilket også gælder selve processen og typer af indsatser, som skal være fleksible og have fokus på borgerens specielle situation og behov.

Fagfolkene skal sammen med borgeren forholde sig til dennes hverdag og livsverden samt diskutere, hvilke ønsker han eller hun har for fremtiden. Måske skal der for borgeren åbnes muligheder for at eksperimentere med forskellige løsninger. En rehabiliteringsplan skal udarbejdes efter borgerens individuelle ønsker og behov, en plan der løbende skal justeres og tilpasses den aktuelle situation.

At rehabiliteringsprocessen er individorienteret indebærer ikke, at indsatserne fx kun målrettes genvindelse af personligt funktionsniveau (fx ved træning og personlig kompensation). Indsatserne kan også indeholde omgivelsesmæssige tiltag i borgerens miljø (fx fysisk tilgængelighed, påvirkning af det sociale miljø m.m.).

Handicappolitikken i kommuner og på landsplan skal kunne tage højde for de individuelle forskelle og hermed rehabiliteringsprocessens nødvendige bredde og fleksibilitet. Rehabiliteringen skal ikke være styret af det udbud, som en rehabiliteringsinstans nu engang "har på hylderne", men være styret af efterspørgslen, dvs. det behov den enkelte borger har. Nye tiltag skal indføres over tid i takt med de ændringer, der sker i samfundets værdier og kultur.

En individuel og fleksibel tilrettelæggelse indebærer ikke, at gode arbejdsrutiner ikke er relevante. Hver eneste individuelle plan vil indeholde få eller mange faglige rutineprægede arbejdsfunktioner. Det centrale er, at rutinerne er nyttige, effektive og i harmoni med borgerens mål og de for borgeren relevante arbejdsmetoder og kommunikationsformer. Det skal derfor ved rehabiliteringsplanlægningen fx altid være en rutine at vurdere, om de aktuelle arbejdsmetoder og indsatstyper er optimale for en given opgave, og i overensstemmelse med vurderingens resultat så tilpasse dem individuelt. Herved kommer rutinerne ikke til at erstatte de bagvedliggende intentioner (og bliver dårlige vaner). Rutiner skal tilpasses løbende, så de hele tiden er i harmoni med og understøtter det vedtagne værdigrundlag for arbejdet, så en fleksibel og individuel tilrettelæggelse af rehabiliteringsindsatsen opnås.

Helhedsorienteret tilgang

Rehabilitering tager udgangspunkt i borgerens hele livssituation. Denne helhedsorientering betyder, at fagfolkene ikke kun skal bruge deres eget faglige speciale som udgangspunkt. Mennesket er et fysisk, psykisk og socialt væsen med alle de livsaspekter, det indebærer. Rehabilitering har derfor en fysisk, psykisk og social dimension, hvor tiltagene udøves koordineret og i sammenhæng med den enkelte borgers værdigrundlag, hverdagsliv og fremtidsperspektiver. Det vil sige, at personens omgivelser (familiemæssige, sociale, arbejdsmæssige osv.) skal inddrages ved analyse og vurdering af behov og målsætning.

Helhedsorientering handler også om, at borgeren skal opleve rehabiliteringsprocessen og tiltagene som forståelige, meningsfulde, behovsdækkende og sammenhængende – som en helhed, der er i overensstemmelse med hans eller hendes personlighed, identitet og aktuelle situation fysisk, psykisk og socialt både med hensyn til indhold og tidsforløb. Helhedsorientering er en holistisk tilgang, der er vigtig for at undgå fragmentering i rehabiliteringens mål, i processen som helhed og rehabiliteringens resultater.

Det sociale handicapbegreb (Barnes 1999), og den internationale klassifikation af funktionsevne (ICF) (Dahl & Schiøler 2003) anviser nogle perspektiver på helhedsorienterede tilgange. Desuden giver et subjektvidenskabeligt perspektiv en helhedsorienteret tilgang, der fx tager udgangspunkt i borgerens hverdagsliv, hvilket rækker ud over fagfolks og andres forståelsesrammer. Dette individorienterede perspektiv ses inden for den kritiske psykologi, og det tager udgangspunkt i borgerens og de pårørendes forståelse af deres hverdag, af den nedsatte funktionsevne og af rehabiliteringen (Dreier 1996, Borg 2003).

For at sikre en helhedsorienteret indsats skal hver enkelt institution eller organisation m.m., der deltager i rehabiliteringen, overveje, hvad der skal til for, at analysen og indsatsen for borgeren bliver helhedsorienteret. Dette skal vurderes sammen med borgeren og de pårørende i relation til vedkommendes hverdagsliv. Det handler om at identificere, hvilke forhold der er relevante og af betydning i borgerens hverdag, og om at klarlægge, hvilke aktører, sektorer og typer af indsatser og metoder, som skal indgå i et helhedsorienteret rehabiliteringsforløb. På baggrund heraf kan der udarbejdes tjeklister, som sikrer, at fagpersonen og borgeren kommer igennem alle relevante forhold, og at alle relevante aktører aktiveres og relevante tiltag iværksættes osv. Tjeklisten kan fx sikre en helhedsorienteret vurdering og beskrivelse af personens situation og en helhedsorienteret plan og indsats. Funktionsevnetemetoden indeholder et eksempel på en sådan helhedsorienteret tjekliste (Socialministeriet 2002a og b).

Helhedsorientering udelukker ikke, at der i nogle situationer fokuseres på dele af helheden, dvs. på nogle specifikke aspekter ved borgerens funktioner eller dennes situation, hvilket ofte vil være tilfældet, når de konkrete rehabiliteringsindsatser udføres, da borgerens viden, erfaring og behov kan udvikles og ændres undervejs.

Helhedsorientering hænger også sammen med koordinering af rehabiliteringsprocessen. Fagfolkene skal have indsigt i, hvad andre faggrupper og instanser kan tilbyde, og de skal sammen med borgeren træffe beslutning om, hvilken eller hvilke fysiske, psykiske, sociale eller omgivelsesmæssige indsatser, der skal iværksættes på baggrund af hele borgerens situation, målsætninger, indsatsmuligheder og ressourcer.

Målorientering og tidsperspektiv

Et karakteristika ved rehabiliteringsprocessen er dens målrettethed, hvor mange involverede parter arbejder sammen om at nå et fælles mål. Denne fælles målsætning er med til at give processens aktører, herunder borgeren selv, en klar forståelse af sammenhæng mellem de enkelte dele af hele rehabiliteringsindsatsen.

En langsigtet målsætning, som defineres af borgeren i samråd med fagfolk, og som alle aktører forpligter sig til at arbejde efter, er med til at sikre, at rehabiliteringen får et for borgeren godt resultat. De opstillede mål skal være realistiske i forhold til borgerens ressourcer og samfundets støttemuligheder, og de skal evalueres ved afslutning af rehabiliteringsprocessen.

Tæt knyttet til målsætningen hører tidsplanlægningen. Der skal sættes tidsrammer for de enkelte delmål og rehabiliteringens samlede mål, så forløbet kan styres og koordineres. Herved kan rehabiliteringsprocessen få et dynamisk tempo, hvor de enkelte indsatser times i forhold til øvrige indsatser, så der ikke opstår unødvendig ventetid eller tomgang. Tidsangivelser gør det desuden muligt for borgere under rehabilitering sideløbende at planlægge andre dele af deres aktiviteter.

For børn og voksne med varige funktionsnedsættelser vil det ene målsatte og tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb med mellemrum af mindre eller større varighed afløse det næste i takt med erhvervelse af nye færdigheder og ændringer i livssituationen (skolegang, uddannelse, erhverv, ægteskab, forældreskab m.m.).

At rehabiliteringsprocessen planlægges tidsmæssigt og med beskrevet målsætning medfører ikke, at den herefter skal køre stramt derefter. En rehabiliteringsproces kan foregå i forskellige tempi og med en variation af mål alt efter borgerens progression med hensyn til tilpasning og

erfaringer eller med hensyn til nye erhvervede funktioner og viden. Processen skal løbende tilpasses borgerens individuelle behov og ressourcer.

Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Et rehabiliteringsforløb tager udgangspunkt i de muligheder, der er eller kan skabes inden for de forskellige sektorer både med hensyn til personlig støtte og kompensation samt indretning og ændring af de fysiske eller sociale omgivelser. Derfor er det afgørende, at de mange faggrupper med forskellige specialer og fra forskellige sektorer, herunder også fra civilsamfundet, samarbejder for sammen med borgeren at nå de aftalte mål. Dette kan også udtrykkes således: Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde er vigtigt, fordi borgerens situation og rehabiliteringsbehov er mangefacetteret og kræver fleksible, tværfaglige og tværsektorielle løsninger. Samarbejdet vil tit fungere inden for den enkelte institution, fx sygehus, specialskole, erhvervsvirksomhed. Men ofte skal samarbejdet nødvendigvis strække sig ud over institutionens grænser, så fagfolk fra forskellige institutioner eller organisationer skal samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper.

Tværfagligt samarbejde betyder ikke, at monofagligheden trænges i baggrunden. Et godt tværfagligt samarbejde forudsætter god faglig ekspertise hos de enkelte fagfolk. Tværfaglighed er, når det fungerer, mere end summen af de fag, som de forskellige faggrupper repræsenterer, fordi ny viden og nye holdninger opstår (Keiser 1993).

Faggrupper, sektorer, discipliner og rehabiliteringskæder

Der er mange faggrupper inden for rehabiliteringssektoren, der skal samarbejde, fx socialrådgiver, sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut, lærer/pædagog, tekniker, tale-/høre-pædagog, hjemmehjælper, psykolog, socialpædagog, sagsbehandler, ingeniør, m.m.

Ligeledes er der flere sektorer, der skal arbejde sammen under en rehabiliteringsproces fx social-, sundheds-, undervisnings-, beskæftigelses-, bolig-, trafik- og kultursektorerne, samt organisationer, virksomheder og netværk fra civilsamfundet m.m. Hver af disse sektorer er ansvarlige (sektoransvarlighed) for gennemførelsen af handicapolitikken i deres område.

Rehabilitering kan indeholde en række indsatser, som tilsammen kan kaldes en rehabiliteringskæde: Fx medicinsk behandling, genoptræning, råd og vejledning, revalidering, undervisning, information, hjælpemidler, erhvervstræning samt en kollektiv indsats fx i form af fysiske tilgængelighedstiltag eller påvirkning af sociale miljøer.

Rehabiliteringsteams

Tværfagligt samarbejde kan foregå i teams, hvor en del af formålet er at forbedre kommunikationen mellem de involverede aktører, for derved at opnå en mere konsekvent og målrettet indsats samt en bedre kontinuitet i rehabiliteringsforløbet. Desuden kan teams være med til at skabe et stimulerende miljø, der forhøjer team-medlemmernes indsats, forbedrer motivationen og øger den enkeltes effektivitet. Samtidig giver teamarbejde større kundskaber både hos borgere og fagfolk.

Grundelementer i et tværfagligt team kan fx være følgende:

- Fagfolk med forskellige fagområder mødes regelmæssigt
- Hvert team-medlem tildeles en betydelig del af sin tid til at forfølge teamets mål
- Enighed om teamets mål, der fastlægger dets struktur og funktion
- Tilstrækkelig administrativ og faglig koordinering til at støtte teamets arbejde
- En klar skelnen mellem på den ene side respekt for de færdigheder og roller, som er specifikke og unikke for de enkelte medlemmer, og på den anden side en erkendelse af de roller som medlemmerne kan deles om

Ved det tværsektorielle og tværinstitutionelle samarbejde kan det ofte være vanskeligt at samle de mange fagfolk fra forskellige institutioner eller organisationer til fælles møder. Derfor er det nødvendigt at udvikle og benytte andre måder til at befordre samarbejdet og koordineringen. Det kan bl.a. være særlige informations- og kommunikationsværktøjer, rehabiliteringsplaner mv., der er udformet med henblik på tværfagligt samarbejde og koordinering.

Det er dokumenteret, at rehabilitering giver de bedste resultater, når den udføres af målrettede, koordinerende specialistteams (Wade 2003). Når samarbejdet omfatter sammenspil mellem flere sektorer eller institutioner (fx hospital, socialforvaltning og erhvervsvirksomhed), bliver det ofte uoverskueligt for borgeren, og der er derfor brug for koordineringsordninger.

Koordinering

De eneste konstante og gennemgående personer i hele rehabiliteringsprocessen er borgeren og de eventuelle pårørende. Derudover deltager mange forskellige fagfolk fra forskellige sektorer. Dette skaber ofte uklarhed om, hvem der er ansvarlig for gennemførelsen af processen som en helhed med fokus på et fælles mål. De forskellige fagfolk tager i praksis normalt kun ansvar for den del af processen, som de selv deltager i.

Det er fx vigtigt for et godt resultat ved behandling og kontakt til borgerne, at fagfolkene ikke kun føler ansvarlighed for deres egen indsats, men også ansvarlighed for institutionens indsats og det fælles mål som helhed (Nyboe 2004).

Med hensyn til den nødvendige sammenhæng og timing af rehabiliteringens delprocesser er der brug for et "ejerskab" til koordineringsfunktionen, da den ellers ikke vil blive varetaget optimalt. Hidtil har det ofte været borgeren selv og de pårørende, der måtte varetage koordinationen, men mange har ikke – i en for dem i øvrigt psykisk belastende situation – ressourcer eller overblik til at kommunikere på den relevante måde (på "systemets" præmisser), (Nyboe 2004) og herved skabe den nødvendige sammenhæng og koordinering. Nogle borgere, fx dem med enkle rehabiliteringsforløb, kan måske selv klare koordineringen, mens andre borgere har brug for, at en sammenhængende og velkoordineret proces sikres. Jo mere kompleks rehabiliteringsprocessen er, jo mere er der behov for koordinering af det samlede forløb, så borgeren stadig oplever sammenhæng og ejerskab over processen, hvilket er garanten for et godt resultat (Arborelius 1995, Miller 1997). Nuværende praksis viser fx, at det specielt er nødvendigt med en "overgangskoordinator", når borgerne bevæger sig fra en sektor til en anden (fx fra børnehave til skole), når de bevæger sig fra en afdeling til en anden inden for samme institution (fx i et hospital eller i en socialforvaltning), eller når de udskrives fra sygehus og genoptræningsinstitution.

En målfokuseret, koordineret og sammenhængende proces er således meget vigtig for rehabiliteringsforløbets resultat (Kjerholt 2000), og det er også et af de aspekter, borgerne oftest efterspørger (Hildebrandt- Eriksen 1997, Socialministeriet 1998, SOU 1998, Bengtson 2000).

Vedrørende koordination af rehabiliteringsprocessen skal det påpeges, at så længe rehabilitering ikke ses som et fagligt felt og vidensområde, som alle faggrupper og sektorer bør kende til, så kan det være vanskeligt at koordinere og organisere den samlede rehabiliteringsproces.

Koordinatorfunktionen

For at kunne udføre koordinatorfunktionen er der brug for kompetencer inden for kommunikation og samarbejde samt en bred viden om rehabilitering, organisationsformer og arbejdsmetoder inden for de forskellige sektorer. Den ansvarlige for koordinationen skal tage udgangspunkt i det forhold, at forskellige dele af rehabiliteringsindsatsen gennemføres under forskellige lovgivninger og er organiseret i forskellige enheder, der kun har ejerskab og ansvar for egen afgrænsede delindsats. Dette er bl.a. en af årsagerne til, at der meget let opstår svigt i koordineringen af helheden indholdsmæssigt og tidsmæssigt, samt i målstyringen af rehabiliteringsindsatsen.

For hver borger i et formelt rehabiliteringsforløb bør der af hensyn til koordinering af processen udpeges en koordinator.

Koordinatoren skal i samarbejde og dialog med borgeren vejlede rehabiliteringens aktører ud fra borgerens individuelle og familiemæssige hverdagsituation i den aktuelle rehabiliteringsproces.

Koordinatoren skal desuden:

- Have ansvar for at rehabiliteringsplanen gennemføres som helhed og med udgangspunkt i borgerens beslutninger, samt sikre fokus på det fælles mål og sammenhæng i processen (indhold og timing)
- Hjælpe borgeren og de pårørende med at finde rundt i rehabiliteringsmulighederne, samt informere og uddybe forslag til rehabiliteringsplaner og -indsatser, så de er forståelige for borgeren og de pårørende i deres nuværende hverdagsliv. Herunder løbende tage hensyn til borgeren og de pårørendes kapacitet, evner, behov og fremme deres deltagelse i diskussioner om planer, mål og behandling
- Deltage konsekvent i konferencer som angår borgeren, og videreføre information til rette personer angående borgerens fremgang. Samt sørge for, at borgeren deltager i beslutningerne om nødvendige forandringer, og at disse dokumenteres

Koordinatoren skal desuden sørge for, at pårørende inddrages for at sikre, at processen foregår på baggrund af borgernes behov og ønsker, så de professionelle vurderinger og holdninger ikke dominerer i de tilfælde, rehabiliteringen angår borgere, der er fysisk svækkede eller har kommunikations- og forståelsesproblemer.

Vidensbasering og kvalitetsorientering

Det er vigtigt at sikre så høj kvalitet i rehabiliteringen som muligt. De to centrale dimensioner heraf er vidensbaseret eller evidensbaseret rehabiliteringspraksis samt anvendelse af systematisk kvalitetssikring og -udvikling.

Hvis rehabiliteringen ikke vidensbaseres og kvalitetssikres og -udvikles, er der større risiko for at anvende virkningsløse eller direkte farlige rehabiliteringsindsatser, der forringer borgerens situation og liv. Samtidigt vil det være en dårlig anvendelse af ressourcer for den enkelte og for samfundet.

I det følgende omtales kort vidensbaseret eller evidensbaseret praksis samt anvendelse af systematisk kvalitetssikring og -udvikling.

Videns- og evidensbaseret praksis

Metoderne og indsatserne som indgår i et rehabiliteringsforløb skal være de bedste mulige i forhold til den konkrete problemstilling og mål. Det gælder både for den samlede proces og for de enkelte indsatser, der indgår heri. Det handler derfor om, at processen og de enkelte indsatser tilrettelægges og gennemføres på grundlag af viden om, hvilke metoder der har den største effekt i forhold til den eller de problemstilling(er), som skal løses i relation til den enkelte borgers situation, behov og mål.

Evidensbaseret rehabilitering kan beskrives som systematisk og afvejet anvendelse af den bedste foreliggende forskning. Systematisk anvendelse indebærer, at den videnskabelige litteratur gennemgås for relevante undersøgelser, der evalueres kritisk. Afvejet anvendelse indebærer, at forskningsresultaterne suppleres med fagfolkernes erfaring og uddannelse sammen med borgerens individuelle præferencer og samfundsøkonomiske overvejelser (Sackett 1996).

I forhold til fx det medicinske område, hvor der er en udbredt tradition for evidensbaseret praksis, står man på rehabiliteringsområdet overfor nogle særlige forhold. For det første er der tale om sammensatte, komplekse og tværfaglige forløb, hvor mange virkemidler spiller sammen. For det andet er målene af fysisk, psykologisk og social karakter, og realiseringen af målene kan være indbyrdes afhængig. For det tredje dækker rehabiliteringsområdet over flere videnskabsområder, fx sundhedsvidenskab og social-/samfundsvidenskab, med forskelle i videnskabsideal og –paradigmer. Men borgeren bør ikke tilbydes dårligere kvalitet eller stilles ringere, fordi vedkommende har behov for en rehabiliteringsproces frem for en monofaglig intervention.

De effektmål, som evidensen inden for rehabiliteringsområdet skal vurderes i forhold til, kan, jævnfør ICF, siges at vedrøre indsatser og resultater på krop, aktivitets- og deltagelsesniveauerne, når det drejer sig om effektmål på individniveau. Herudover er det relevant, at forskningen belyser effekterne på organisations- og samfunds niveau, fx omkostningseffektivitet mv.

Selvom der er tiltagende forskning inden for rehabilitering, mangler der fx viden om:

- Borgeren som rehabiliteringen vedrører (fx funktionsnedsættelsens betydning, livssituation og hverdagsliv, ønsker, mål)
- Bedste måder at udføre rehabilitering på (fx konkrete metoder og indsatser samt samspil mellem disse)
- Optimal organisering af den samlede indsats (fx tværfaglige enheder, specielle rehabiliteringsgrupper eller koordinatore, der fungerer på tværs af alle institutioner eller sektorer)

- Implementering af rehabiliteringsbegrebets centrale elementer i praksis (fx metoder og strategier i institutioner og sektorer)
- Effekten af rehabilitering på systemniveau (fx optimering af organisering og af omkostningseffektivitet)
- Viden om generelle samfundsmæssige indsatser, der skaber mulighed for lige deltagelse i samfundet og accept af forskellighed i civilbefolkningen, samt effekt af disse tiltag. Det drejer sig om fx tilgængeliggørelse af de fysiske omgivelser og produkter, af de offentlige informationer, kommunikationsmidler og transportmidler og ikke mindst påvirkning af den offentlige holdning i forhold til handicappede personer, sygdom og sundhed m.m.

I praksis er det ofte således, at der mangler viden, endsize evidens, på mange områder, hvor man ikke kan undlade at skulle handle. Det gælder specielt indenfor det tværsektorielle rehabiliteringsarbejde. Derfor er det vigtigt at indlede de nødvendige forskningsprojekter for at afklare, hvilken indsats der er bedst i den givne situation. Ligeledes kan det være nødvendigt at basere indsatsen på viden om den bedste praksis inden for et givent felt. I dagligdagen kan den bedste faglige rehabiliteringspraksis anvendes som baggrund for retningslinier, processer og beslutninger. Beskrivelsen af den bedste faglige praksis er i bedste fald baseret på evidens, men beskrivelsen må ofte baseres på konsensus eller anden anerkendt faglig standard, hvor evidensen indtil videre mangler.

Brug af evidens- og vidensbaserede indsatser og metoder giver endvidere borgeren reel mulighed for at få indsigt i og vælge relevante indsatser, fordi rehabiliteringens indhold og metoder herved foreligger beskrevet og dokumenteret.

Systematisk kvalitetssikring

Systematisk kvalitetssikring er kendetegnet ved, at rehabiliteringsprocessen og de enkelte elementer heri gennemføres på grundlag af nedskrevne retningslinier, referencerammer, standarder og indikatorer. Disse kan betragtes som et synligt styreredskab for en given indsats, og de kan være med til at konkretisere, hvad de forskellige indsatser indeholder, samt give mulighed for effektiv opfølgning af indsatserne. Et centralt aspekt af kvalitetssikring er således at opfyldelsen af standarder og indikatorer følges og dokumenteres. Herved kan rehabiliteringen følges over tid, og man opnår overblik over, hvad der lykkes godt, og hvor der skal sættes ind med en optimeret indsats. Retningslinier og standarder fastlægges bl.a. ud fra evidensen på området eller med baggrund i den bedste faglige praksis.

Ofte vil man kunne bruge de samme kvalitetsstandarder, indikatorer og retningslinier i forskellige regioner, kommuner eller institutioner, så der

bliver mulighed for at sammenligne på tværs (benchmarking) og derved dele viden og erfaringer for gode forløb hos hinanden. Angående kvalitetsstandarder er det således vigtigt, at de ikke blot ses fx som overordnede institutionelle standarder for fx ventetider, antal gennemførte interventioner mv., men at standarderne udformes således, at de konkret medvirker til at sikre kvaliteten af rehabiliteringsforløbet for den enkelte borger.

Systematisk kvalitetsudvikling

Standarder mv. er gode redskaber til at sikre kvaliteten på et bestemt niveau, men bidrager ikke i sig selv til videre udvikling af kvaliteten. Det er derfor vigtigt, at fagfolk og de institutioner, de er tilknyttet, løbende arbejder med forbedringer af rehabiliteringsindsatsen, dvs. kvalitetsudvikling.

Kvalitetsudvikling kan bl.a. ske via udviklingsprojekter. Sådanne projekter kan iværksættes, når der blandt borgere, fagfolk, administratorer eller politikere er identificeret et behov for udvikling, eller der er fremkommet nye metoder, men de kan også være aktualiseret fra evaluering af en given indsats. Evaluering er således en vigtig del af arbejdet med kvalitet, og evalueringer kan gennemføres både i forhold til den enkelte borgers rehabiliteringsforløb og i forhold til mere generelle problemstillinger. Med hensyn til evaluering af rehabiliteringsindsatsens relevans, betydning og effekt bør denne i sidste instans vurderes af borgeren (Dahler-Larsen 2003, Borg 2003).

Kvalitetsudvikling handler om at anlægge en reflektiv praksis, hvor både den enkelte borger, fagperson og institution løbende vurderer og eventuelt justerer indsatsen. Systematikken er enkel og består grundlæggende i, at man sætter mål for og planlægger en given indsats, gennemfører den, analyserer og evaluerer de opnåede resultater og eventuelt justerer i indsatsen og sætter nye mål. Denne kvalitetscirkel kan anvendes både på individniveau og på organisationsniveau. På individniveau handler det fx om, at den enkelte fagperson løbende reflekterer over egen praksis, er opmærksom på mulige forbedringer mv.

På organisationsniveau kan en institution fx anvende et af de redskaber, der efterhånden er velafprøvet for helhedsorienteret kvalitetsudvikling af private virksomheder og offentlige institutioner. I Danmark udgør Kvalitetsprisen og Kvalitetsprisen for den Offentlige Sektor de nationale spydspidser for sådanne redskaber, og flere institutioner inden for sundheds-, social-, uddannelses- og arbejdsmarkedsområdet har anvendt disse med stort udbytte. Fælles for disse redskaber er, at de anvender kvalitetscirklen på en helhedsorienteret måde i forhold til en institution, dvs. både vedrørende ledelse, strategi, medarbejdere, borgere, ressourcer, resultater og effekter.

Internationalt eksisterer der endvidere nogle kvalitetssikrings- og kvalitetsudviklingsværktøjer specielt udviklet for rehabiliteringsområdet. Det gælder fx CARF (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities³) og det nyligt introducerede europæiske kvalitetsmærke for rehabiliteringsinstitutioner EQRM (European Quality in Rehabilitation Mark⁴).

Planlægning

En borgers rehabiliteringsproces kan starte ved:

- Sygdom konstateres, eller så snart ulykke er sket
- Foringelse af funktionsniveauet
- Nye/næste udviklingstrin eller ændret livssituation for børn og voksne med varige handicaps

Den første fase i rehabiliteringsforløbet kendetegnes ved, at borgeren, de pårørende og den ansvarlige fagperson samarbejder om udarbejdelse af en rehabiliteringsplan med målsætning, indsatsernes art og omfang med angivelse af tidsrammer. Denne plan udarbejdes ud fra hele borgerens situation (fysisk, psykisk og socialt samt omgivelsernes påvirkninger), den har fokus på borgerens hverdagsliv med hensyn til aktiviteter og deltagelse. Denne plan er grundlaget for, at der kan iværksættes en proces, der er i overensstemmelse med borgerens og de nærmestes vurderinger, holdninger, levet liv og syn på tilværelsen som helhed.

Rehabiliteringsprocessen kan starte på sygehuset, i social- og sundhedsforvaltningen, børnehaven eller skolen, ældrecentret, hjemmeplejen eller på uddannelsesstedet og arbejdspladsen m.m. På de forskellige steder skal det være fastlagt, hvem der har ansvaret for, at vurderingen og udarbejdelsen af en rehabiliteringsplan bliver iværksat, ligesom der bør findes procedurer for, hvem der i givet fald sammen med borgeren skal udarbejde planen. Afhængig af problemet kan det være forskellige fagfolk, fx læger, sygeplejersker, terapeuter, kliniske diætister, håndværkere eller pædagoger i samspil med andre faggrupper og borgeren selv. Der bør altid aftales en bestemt kontaktperson eller koordinator blandt fagfolkene.

³ www.carf.org

⁴ *EQRM er en af hovedaktiviteterne under European Platform for Rehabilitation (www.epr.be).*

Når der er skabt et overblik over hele rehabiliteringsprocessen, og de endelige mål forsøgsvis er formuleret og accepteret af borgeren, kan rehabiliteringsforløbet deles op i mindre delprocesser, med tidsbestemte delmål for de forskellige indsatser, der måske skal ydes af forskellige fagfolk fra forskellige sektorer. Alle sammen er de indsatser, der samlet skal føre frem til det ønskede mål. Med beskrevet slutmål og delmål bliver det muligt at kunne vurdere udvikling og resultater undervejs og justere processen herefter. Rehabiliteringsprocessen skal således ses som et planlagt forløb med jævnlig status og nyorientering undervejs. Udfordringen består bl.a. i, at rumme de mange forskellige aktører i planlægningen.

I rehabiliteringsforløbet skal der tages højde for, at menneskelige processer tager tid – nogle gange meget lang tid. Den enkelte borger er måske ikke altid psykisk parat til at tage aktivt del i alle dele af rehabiliteringen inden for en afsat tidsramme, fx i forbindelse med et afgrænset genoptræningsforløb på et specialhospital. Borgeren ønsker måske ikke på det tidspunkt at arbejde med revalidering eller anden arbejdspladsplacering, det kommer måske først fx et år senere. Der skal også tages hensyn til, at borgerens situation ændrer sig. Med andre ord er rehabiliteringsforløbet ikke altid på forhånd uløseligt fastlagt. Det kan begynde og slutte forskellige steder og springe i forløbene afhængigt af borgerens ønsker. Derfor skal de udarbejdede rehabiliteringsplaner løbende vurderes og justeres.

Rehabiliteringsfeltet og dets faglige kerne

I dette kapitel beskrives, hvad rehabiliteringsfeltet dækker, og hvad rehabiliteringens faglige kerne indeholder. Kapitlet har baggrund i de foregående kapitler, der har belyst hvilke elementer, rehabilitering består af.

Rehabiliteringsfeltet

Rehabilitering er kendetegnet ved at være en tværgående disciplin. Rehabilitering omfatter mange sektorer, fagområder og specialer. Praktisk rehabiliteringskompetence og rehabiliteringsviden er relevant for mange faggrupper, fordi rehabilitering defineres som en proces, der har til formål at fremme og udvikle borgerens livskvalitet generelt – i modsætning til fx et lægeligt speciale, der er organiseret omkring bestemte organdele eller diagnosegrupper. Rehabilitering kan betragtes som en ramme eller en gennemgående proces, som de enkelte aktørers indsats og funktioner er en del af. Disse aktører – inklusiv borgeren og de pårørende – med deres helt specifikke personlige og faglige færdigheder og viden er alle nødvendige.

Rehabilitering kan udskilles som et selvstændigt felt, fordi rehabilitering som proces og arbejdsmetode stiller særlige krav. Det kan fx sammenlignes med ledelse, der også er tværgående og trækker på mange forskellige fagområder, men som samtidig er et selvstændigt felt med egen teoriudvikling og praksisudøvelse.

Når forskellige fagfolk arbejder med rehabilitering er det vigtigt, at de ikke kun agerer som specialister inden for deres eget felt, fx kun som socialrådgiver eller kun som ergoterapeut. Fagfolk fra forskellige faggrupper skal også se sig som rehabiliteringsarbejdere. De skal være bevidste om, at de indsatser, som de udøver, ikke er en isoleret funktion, men en del af en større proces. Det stiller krav om, at de ved, i hvilke sammenhænge deres indsats indgår, at de sørger for, at deres arbejde er målrettet og koordineret i forhold til andre indsatser, dvs. indsatser som finder sted før, under og efter deres del. De skal med andre ord arbejde i overensstemmelse med den udarbejdede rehabiliteringsplan og med rehabiliteringsbegrebet som helhed. Således kan rehabilitering ses som et tiltag med et sæt af arbejdsmetoder og principper, som alle fagfolk inden for den sociale, sundhedsmæssige, pædagogiske, erhvervsrettede og kulturelle sektor samt i civilsamfundet skal have både viden om og træning i via deres grunduddannelser og videreuddannelser.

Rehabiliteringsfeltet, forstået som det felt hvor rehabilitering foregår, dækker alle de sektorer, hvor borgere, der har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger af deres daglige aktiviteter eller samfundsdeltagelse på grund af midlertidige eller varige psykiske, sociale eller fysiske forhold, kan få information, støtte og specialiseret hjælp til at genoptage en for dem bedre hverdag. Rehabiliteringsfeltet er kendetegnet ved fagfolk, der kan praktisere rehabilitering, og feltet har eget vidensgrundlag samt teoriudvikling.

Rehabiliteringens kerne – rehabilitering som særligt kompetencefelt

Som det fremgår af definitionen af rehabilitering og af de tidligere kapitler, tilskrives rehabilitering nogle vigtige og særlige kendetegn. Rehabilitering rummer en forståelse, nogle principper og metodiske tilgange for, hvordan indsatsen for borgere med funktionsnedsættelser bør foregå. Rehabilitering kan således siges at udgøre et særligt kompetencefelt.

Dette kompetencefelt tager sit udspring i rehabiliteringsprocessen og de forskellige forhold og problemstillinger, som er knyttet til denne. Dvs. den proces, hvor en borger med en medfødt, erhvervet – eller med risiko for at få en – funktionsnedsættelse indgår i en målrettet og koordineret og individuelt tilrettelagt støttende og udviklende indsats, der styres og kontrolleres af borgeren selv med rådgivning og bidrag fra fagfolk.

Som tidligere fremlagt skal i rehabiliteringsprocessen bl.a. følgende indhold og metodiske tilgange indgå:

- Ønsker, behov og mål formuleres og fastsættes af borgeren (eller af pårørende ud fra kendskab til borgeren) med støtte fra fagfolk. Herefter udarbejdes en plan med delmål og tidsrammer sammen med borgeren. Fagpersonernes rolle er at assistere og stille deres viden til rådighed for borgeren og de pårørende i processen, skabe dialog og opnå indsigt i borgerens og de pårørendes situationsforståelse og livsopfattelse
- Genstandsområdet for rehabilitering er borgerens aktiviteter i hverdagen og deltagelse i samfundslivet, og der fokuseres i processen på individorienterede helhedsløsninger, hvor borgerens og de pårørendes ressourcer er afgørende elementer. Processen gennemføres koordineret og sammenhængende set ud fra borgerens situation
- Processen har efter behov en mere eller mindre bred involvering af fagspecialer og sektorer, og der skabes i fællesskab en mangfoldighed af mulige aktiviteter og kombinationer af løsninger. Processen er fleksibel, kreativ og nyskabende, og der fokuseres på en optimal proces ud fra borgerens vurdering
- Fagfolkenes rehabiliterings- og specifikke faglige kompetence er høj, og medarbejdere og ledelse besidder holdninger og viden, der er i overensstemmelse med rehabiliteringsbegrebet
- Indsatserne handler både om at styrke, udvikle og tilpasse borgerens ressourcer til hans eller hendes levede hverdagsliv og fremtidsperspektiver, og om at ændre og tilpasse omgivelserne og påvirke både det faglige, statslige og civilsamfundsmæssige niveau, så samfundets rummelighed gøres større og mere accepterende for forskellighed.

Kort sagt består rehabiliteringens faglige kerne eller rehabiliteringens særlige kompetencefelt af viden og kunnen i helhedsorienteret analyse og vurdering af rehabiliteringsbehov, af kompetence i samarbejde med borgeren og forskellige fagfolk, samt af kompetence vedrørende målsætning, planlægning, koordinering, evaluering og sikring af kvalitet og vidensbaseret af en rehabiliteringsproces.

Denne faglige kerne skal bl.a. etableres ved at inddrage viden fra både det sundhedsvidenskabelige, samfundsvidenskabelige og humanistiske område, som udover det særlige faglige område, som den enkelte professionsfaglige person har kompetence i, også indeholder:

- Viden om lærings-, mestrings- og empowermentprocesser
- Viden om kommunikation og samarbejde
- Viden om menneskers livsformer og livsvilkår samt viden om forskellige typer af funktionsnedsættelser og deres konsekvenser og muligheder for den enkelte borger i forhold til hverdagsliv og deltagelse i samfundslivet
- Viden og kunnen om metoder til gennemførelse af rehabiliteringsprocesser, samt viden om evaluering, kvalitetssikring og udvikling. Desuden viden om evidensbaseret dokumentation på området
- Kendskab til social- og sundhedspolitik, handicappolitik, relevant lovgivning og støttemuligheder, samt til samfundets forskellige mere eller mindre dominerende holdninger og værdier i forhold til fx handicap, sygdom, sundhed
- Viden om offentlige og private institutioner, patientorganisationer, faggrupper og arbejdsmetoder inden for social- og sundhedsområdet, det pædagogiske og erhvervsrettede område, uddannelsesområdet samt fritids- og kulturområdet og civilsamfundet som helhed

Fagfolk inden for rehabiliteringsområdet skal altså være i stand til at analysere og vurdere individuelle behov, give oplysning om indsatsmuligheder, informere om og undervise i hvilke krav/mål, borgeren har mulighed for at forvente indfriet. Mulige aktører, metoder og tidsrammer skal vurderes og samarbejdsmodeller beskrives for rehabiliteringsforløbet. Rehabiliteringsarbejdere skal ligeledes vurdere og beskrive rehabiliteringsbehov for mennesker (sammen med pårørende), der ikke har kendskab til, har svært ved at formulere eller ikke forstår mulighederne for rehabilitering. Det gælder fx for kommunikationshæmmede, mennesker med medfødt eller erhvervet hjerneskade, mennesker med visse psykiske lidelser.

Mange fagfolk varetager funktioner i konkrete rehabiliteringsforløb, hvor omfattende viden og grundig kunnen inden for rehabiliteringsmetoder og -indsatser mv. er påkrævet. De forskellige faggrupper skal have mulighed for at uddanne sig til specialister i rehabilitering som supplement til deres grunduddannelser.

De personer, der skal fungere som koordinatore, skal som udgangspunkt have rehabiliteringsuddannelse ud over deres grunduddannelse.

Ved at se rehabilitering som et særligt felt med sin egen faglige kerne, skabes grundlag for videre udvikling af rehabiliteringen. Der skal ske en faglig vidensudvikling af centrale forhold og problemstillinger, fx om mål- og processtyring, helhedsorientering, borgersamarbejde og deltagelse, tværfagligt samarbejde, styrkelse af vidensbaseret arbejde, dokumentation og evaluering, udarbejdelse af standarder mv. Dette kan bl.a. ske via forskning og udviklingsarbejde. Det kræver, at der fortsat arbejdes med beskrivelse og kvalificering af rehabiliteringens faglige kerne.

Mod fremtidens rehabiliteringsarbejde

I de foregående kapitler er en definition af rehabiliteringsbegrebet og dets centrale aspekter blevet præsenteret. Den forståelse af rehabilitering, der ligger heri, rummer et potentiale i forhold til den praksis som kendetegner rehabiliteringsområdet i dagens Danmark.

Realisering af de her beskrevne principper og pointer i rehabiliteringsarbejdet – til gavn for den enkelte borgers livskvalitet og ressourceudnyttelsen i samfundet – indebærer en række udfordringer, fordi de nuværende indsatser inden for bl.a. de behandlings-, genoptrænings-, pædagogiske, uddannelses- og beskæftigelsesmæssige områder endnu ikke lever op til det rehabiliteringsbegreb og den rehabiliteringsforståelse, der er beskrevet her i bogen. Der er med andre ord en række forhold, der kan forbedres, ændres, udvikles eller forskes i, for at rehabiliteringsindsatsen fremover skal fungere på bedst mulig måde.

Undervejs i arbejdet med at definere og kvalificere rehabiliteringsbegrebet har tænketanken drøftet disse forhold, og i det følgende fremlægges en række af disse udfordringer, og der gives nogle overordnede anbefalinger for den videre udvikling af området. De her nævnte udfordringer og anbefalinger er ikke udtømmende for området.

Kapitlet starter med de mest overordnede og generelt dækkende udfordringer og anbefalinger. Dernæst følger udfordringer og anbefalinger vedrørende arbejdsmetoder i praksisudøvelsen af rehabilitering, og til sidst nævnes udfordringer og anbefalinger vedrørende generelle samfundsmæssige tiltag, der som tidligere nævnt hænger tæt sammen med den individuelle rehabiliteringsindsats. Overskrifterne af afsnittene er følgende:

- 1 Udarbejdelse af specifikke og handlingsorienterede beskrivelser af rehabiliteringsarbejdet
- 2 Formidling af faglig information og viden om rehabilitering til det politiske niveau
- 3 Forskning som grundlag for vidensbaseret rehabiliteringsarbejde
- 4 Organisering i rehabiliteringssektorerne
- 5 Kultur i rehabiliteringssektorerne
- 6 Borgersamarbejde
- 7 Koordination af rehabiliteringsarbejdet
- 8 Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
- 9 Generelle samfundsmæssige tiltag, der fremmer samfundets rummelighed

Kapitlet afsluttes med en sammenfatning af de beskrevne anbefalinger. Sammenfatningen har form som stikord til nationale retningslinier for rehabilitering. Hermed vises de vigtigste fremtidige pejlepunkter for udviklingen af rehabiliteringsområdet i Danmark.

Udfordringer og anbefalinger for fremtidens rehabilitering

Udarbejdelse af specifikke og handlingsorienterede beskrivelser af rehabiliteringsarbejdet

Hvidbogens definition af rehabiliteringsbegrebet og beskrivelsen af dets elementer er generel og overordnet, så de kan bruges som en fælles basis og ramme for videre specificering, konkretisering og operationalisering af rehabiliteringsarbejdet inden for forskellige populationer eller indsatsområder. Det betyder, at Danmarks rehabiliteringsinstitutioner nu med et fælles udgangspunkt kan beskrive deres specifikke praksis i forhold til mål, målgrupper, metoder (herunder borgersamarbejde) og indsatser.

Med hvidbogen kan rehabilitering i Danmark nu italesættes og diskuteres ud fra et fælles grundlag. Det kan af forskellige rehabiliteringsaktører lige fra handicap- og faglige organisationer, statslige, regionale og kommunale institutioner konkretiseres og handlingsorienteres, så der er mulighed for at synliggøre praksis og resultater og dermed involvere både de civile og de politiske sektorer.

De efterfølgende udfordringer og anbefalinger er ligeledes beskrevet overordnet og generelt. Alle aktører kan bruge dem til inspiration og udvikling i deres specielle sammenhæng og udarbejde handlingsorienterede planer for det videre forløb.



Anbefaling vedrørende udarbejdelse af specifikke og handlingsorienterede beskrivelser af rehabiliteringsarbejdet

Danmarks rehabiliteringsinstitutioner, organisationer og andre aktører bør med udgangspunkt i hvidbogens definition af rehabilitering beskrive, konkretisere og operationalisere deres specifikke praksis i forhold til mål, målgrupper, metoder, indsatser, evaluering, dokumentation og løbende udvikling. Det politiske/statslige niveau bør udarbejde konkrete retningslinier for, hvordan rehabiliteringen i Danmark kan struktureres og organiseres samt angive rammer for praksisudførelsen af rehabiliteringsarbejdet i overensstemmelse med rehabiliteringsbegrebets indhold.

Formidling af faglig information og viden om rehabilitering til det politiske niveau

Udfordringerne på dette område er bl.a. følgende:

- Den manglende faglige formidling til det politiske niveau gør det vanskeligt at koordinere og organisere rehabiliteringsindsatserne samlet, når rehabilitering politisk ikke opfattes som et fagligt speciale og felt. Ligeledes må rehabilitering, der jo går på tværs af strukturer og organisationer, og som også inddrager den civile sektor, medtænkes som en vigtig del af og baggrund for struktur- og organisationsændringer
- Den manglende kendskab, viden og forståelse for rehabilitering blandt beslutningstagere kan medføre politiske prioriteringer, der ikke fremmer rehabiliteringsindsatsen. Fx hænger indsatserne ikke sammen, når der i den sekundære sundhedssektor reddes liv, hvis der ikke i den primære sundhedssektor sørges for, at den reddede efterfølgende kan leve et meningsfuldt liv



Anbefaling vedrørende politisk og faglig forståelse og anerkendelse af rehabilitering

Der bør gennemføres tiltag til øget politisk opmærksomhed på rehabilitering og betydningen af at udvikle rehabiliteringen i Danmark. Dette kunne fx bestå i:

- *Udarbejdelse og iværksættelse af informations- og debatiltag overfor politikere, administratorer, fagfolk, erhvervsdrivende, uddannelses- og kulturaktører samt borgere m.m. for at sætte fokus på rehabilitering og øge forståelsen heraf.*
- *Det vil være hensigtsmæssigt, at der udarbejdes nationale retningslinier for rehabilitering, så det anerkendes som et specielt felt med egen faglig kerne.*

Forskning som grundlag for vidensbaseret rehabiliteringsarbejde

Udfordringerne vedrørende forskning som grundlag for vidensbaseret rehabilitering kan illustreres via anbefalingerne i de følgende afsnit, hvor forskning og udvikling anbefales på alle områder:

- Der mangler grundlæggende viden og evidens inden for adskillige felter vedrørende rehabiliteringsområdet
- Der er for få midler til forskning inden for rehabiliteringsområdet, hvilket fx kunne afhjælpes ved en anderledes prioritering af de nuværende forskningsmidler
- Der mangler mere og bedre dokumentation af de menneskelige og samfundsøkonomiske gevinster ved rehabilitering
- Rehabiliteringsbegrebets værdier, metoder og praksis er ikke en naturlig del af mange grunduddannelser, efteruddannelser og videreuddannelser for faggrupper inden for rehabiliteringsområdet. Dette medfører, at der ikke udvikles metoder i praksis, og at erfaringer ikke opsamles – samt at rehabilitering ikke er kendt og anerkendes



Anbefaling vedrørende forskning som grundlag for vidensbaseret rehabiliteringsarbejde

Der bør udarbejdes en forskningsstrategi for rehabiliteringsområdet, hvor rehabiliteringsområdet beskrives og afgrænses forskningsmæssigt.

Der bør udarbejdes en national forskningsplan, hvor rehabiliteringsområdet inddrages med prioritering af forskning i rehabilitering, der har elementer både af naturvidenskabelig, samfundsvidenskabelig og humanistisk videnskab.

Der bør gennemføres grundlæggende litteraturundersøgelser inden for rehabiliteringsområdets principper, metoder og praksis, så det aktuelle vidensgrundlag kan udnyttes som platform for relevante forskningstiltag samt den videre udvikling af rehabilitering i Danmark.

Der bør forskes i teorier om, udvikling af og ibrugtagning af relevante arbejdsmetoder og indsatsstyper, herunder inddragelse af civilsamfundet og det politiske niveau.

Effektundersøgelser bør iværksættes både med hensyn til borgerens egen oplevelse af livskvalitet og samfundets ressourceudnyttelse samt med hensyn til dokumentation af rehabiliteringsresultater i praksis. Undersøgelserne er nødvendige for at dokumentere nytten og resultaterne af rehabiliteringens tilgange og metoder.

Det er endvidere nødvendigt, at forske i metoder til at kunne sikre kvalitet i rehabiliteringsprocessen, dokumentere processen samt følge op på resultaterne og evaluere forløbet.

Viden skal anvendes af dem, der i praksis arbejder med rehabilitering, og derfor anbefales:

- *Uddannelse af fagfolk i rehabilitering, herunder i rehabiliteringsmetoder, fx kommunikation, dialog, borgersamarbejde, helhedsorientering, koordinering, tværfagligt og tværsektorielt arbejde, kvalitetsudvikling, dokumentation og opfølgning samt om indsatser, der er rettet mod borgernes omgivelser. Det skal ske både på grunduddannelserne, efteruddannelse og videreuddannelserne*
- *Indsamling, beskrivelse og videreformidling af gode eksempler fra praksis inden for rehabilitering. Iværksættelse af erfaringsudveksling på området*

Organisering i rehabiliteringssektorerne

Udfordringerne vedrørende tilpasning af rehabiliteringssektorerne til rehabiliteringsbegrebets værdier, metoder og praksis findes bl.a. i følgende forhold:

- En effektiv administrativ indsats og effektive redskaber er nødvendig for at gennemføre en velplanlagt arbejdsindsats med relevant koordination mellem borgere, fagfolk og sektorer. Den administrative "back up" til de faglige indsatser på dette område er generelt svag i rehabiliteringssektorerne
- Den opsplittede og specialiserede struktur i de forskellige sektorer medfører, at faggrupperne mangler viden om hinandens professioner for at kunne udnytte hinanden optimalt og arbejde helhedsorienteret
- Indsatsernes fordeling på forskellige sektorer eller afdelinger gør det svært at tilpasse dem smidigt og hurtigt efter borgerens behov, både fordi samarbejdet mellem sektorerne er vanskeligt, og fordi der er forskellige holdninger og kulturer i de forskellige faglige miljøer og sektorer (Winterberg 2004)
- Der er blandt rehabiliteringsinstitutionerne ikke praksis for at orientere politikere eller involvere civilbefolkningen i rehabiliteringsprocessen, hvilket hæmmer udvikling af tolerance for forskellighed og forståelse for generelle samfundsmæssige indsatser, der fremmer rummelighed og understøtter de individuelle rehabiliteringsindsatser



Anbefaling vedrørende organisering i rehabiliteringssektorerne

Organiseringen i alle sektorer bør tilpasses rehabiliteringsbegrebets principper og metoder. Tilpasningen har til formål at harmonisere sektorenes organisationsstrukturer og arbejdsrutiner med rehabiliteringsbegrebets indhold, fx med hensyn til borgersamarbejde, helhedsorientering, tværfagligt og tværsektorielt samarbejde samt koordinering af hele rehabiliteringsprocessen både med hensyn til det daglige arbejde og ved overgange på tværs af afdelinger eller sektorer. Der skal i organisationerne fx ved omprioritering af ressourcerne skabes bedre rammer og muligheder for at udføre et helhedsorienteret og sammenhængende rehabiliteringsarbejde, der også inddrager civilbefolkningen og giver informationer til det politiske niveau.

Kultur i rehabiliteringssektorerne

Udfordringerne vedrørende kulturen i rehabiliteringssektorerne er bl.a., at den medicinske model på mange områder er blevet en rollemodel for det nuværende behandlings-, optrænings- og revalideringsfelt (Lishman 1998, Barnes 1999), men den virker begrænsende på rehabiliteringsorienteret arbejde, når den ikke kobles med en situations- og borgerorienteret referenceramme, hvor borgernes perspektiver og erfaringer er centrale. Den nuværende praksis synes præget af:

- Traditionelle behandlingsforståelser, hvor fx borgeren ses som en patient med fejl eller mangler, der skal fjernes eller reparereres, er stadig herskende i mange hospitaler, institutioner og forvaltninger, og de har rødder langt ind i den pædagogiske og beskæftigelsesmæssige sektor (fx diagnosefiksering)
- Forvaltningsprocedurer, hvor netop borgerens anderledes kropsfunktion eller anatomi (fejlen = diagnosen) gøres til udgangspunkt for tildeling af ressourcer og udvikling af indsatser i modsætning til at tage udgangspunkt i hele borgerens situation. Dette gælder såvel social- og sundhedsvæsenet som de pædagogiske, beskæftigelses- og uddannelsesmæssige indsatser
- Den medicinske og naturvidenskabelige holdning, hvor fokus er på sygdom og helbredelse, som ofte også ligger til grund for de referenceprogrammer og standarder, der er udarbejdet til at styre rehabiliteringsarbejdet i de enkelte afdelinger og sektorer
- Fagfolk som ud fra en specialistholdning har tendens til at springe fra problem og direkte til en løsning på borgernes situation (Batson 1982). Herved bliver analysen mangelfuld og kan ikke beskrives for borgeren, som så heller ikke kan deltage i processen
- Inden for mange sektorer på rehabiliteringsområdet er der tradition for at levere standardydelser (Krogstrup 1999). De har derfor vanskeligt ved at iværksætte en individuel, fleksibel og helhedsorienteret indsats



Anbefaling vedrørende kultur i rehabiliteringssektorerne

Der bør arbejdes med ændring af behandlingskulturer og –holdninger både hos de enkelte fagfolk og i organisationerne som helhed, samt i civilbefolkningen, så de kommer i harmoni med rehabiliteringsbegrebets indhold.

Det drejer sig om at benytte fx ICFs begrebsrammer, samt lærings-, mestrings- og empowermenttilgange som referenceramme for rehabiliteringsarbejdet, hvilket indebærer, at der skal samarbejdes med borgeren ud fra en helhedsorientering, og således at rehabiliteringsprocessen koordineres mellem sektorer og afdelinger og det tværfaglige samarbejde styrkes. Borgerens, de pårørendes og fagfolkenes fokus skal være at fremme borgerens råderum og kontrol over sit liv og fremme borgere ns deltagelse i samfundet samt borgerens personlige aktiviteter (ICF). Indsatserne skal handle om at styrke den enkelte personligt såvel som om at ændre omgivelserne, fx den fysiske tilgængelighed og det sociale miljø. Der skal også iværksættes undervisning i rehabilitering for alle faggrupper, både på grunduddannelserne og på efteruddannelser og videreuddannelser.

Borgersamarbejde

Udfordringerne vedrørende borgersamarbejde ligger hovedsageligt i, at der skal ændres praksis inden for social- og sundhedssektoren, samt i de pædagogiske, beskæftigelses- og uddannelsesmæssige sektorer, men også i at påvirke holdninger i civilbefolkningen "fra det passive patientbegreb" til et "aktivt deltagende borgerbegreb". Der er allerede sat meget fokus på dette område, men udfordringerne er stadig mange, fx:

- Hvordan kan rehabiliteringens miljø, samarbejdsproces og rammer sammen sættes, så det virker forståeligt og sammenhængende for borgeren, og så han eller hun oplever identifikation, mening og ligeværdighed?
- 1/3 af de borgere, der har gennemgået en rehabiliteringsproces, udtrykker, at de ikke har været tilfredse med processen (Socialministeriet 1998, Bengtson 2000). Hvilken viden og praksiserfaring kan belyse, hvorledes rehabiliteringsprocessen kan ændres, så borgernes udsagn og ressourcer aktivt kan bruges som pejlepunkter for planlægning og navigering af rehabiliteringsprocessen? Hvordan kan denne viden indsamles og videreformidles?
- Hvordan kan de borgere, der ikke selv kan udtrykke sig eller som ikke kender loven, støttes og styrkes undervejs i rehabiliteringsprocessen, så de ikke får dårligere tilbud og resultater end andre borgere?
- Hvordan kan et tæt og ligeværdigt samarbejde opretholdes mellem borgeren og fagfolk, hvis borgerens ønsker om hvordan rehabiliteringstilbuddet skal stykkes sammen, ikke kan imødekommes pga. lovgivning eller de forhåndenværende ressourcer, eller at borgerens ønsker ikke er i overensstemmelse med de herskende værdier fx i familien, hos fagfolk, i systemet eller samfundet?

Anbefaling vedrørende borgersamarbejde

Samarbejdet med borgeren og de pårørende skal styrkes og udvikles, så borgeren oplever ligeværdighed og at blive hørt og forstået. Det handler om at muliggøre reelt ligeværdigt borgersamarbejde også med borgere med nedsat kommunikation og forståelse.

Udviklingen af praksis kan bl.a. baseres på systematisk tilvejebragt viden om denne problemstilling, dels ved at indhente eksisterende viden via litteraturgennemgang mv., dels ved forskning og udviklingsprojekter og dels ved påvirkning af civilsamfundet. Viden og dokumentation om "god praksis i samarbejdet mellem borgere, pårørende og professionelle i rehabiliteringsprocesser" samt metodebeskrivelser skal udvikles og formidles, så erfaringer med og viden om borgersamarbejde kan udveksles og optimeres.

Koordination af rehabiliteringsarbejdet

Både borgere og fagfolk beskriver gennemgående manglende koordinering og sammenhæng i rehabiliteringsforløbet, selv om en del projekter vedrørende koordinering af rehabiliteringsforløb alle viser, at der er en positiv effekt, når koordineringen varetages (Fx Karpatschof 2001, Klitmøller 2000, Carstens 2000).

Udfordringerne vedrørende koordinering af rehabiliteringsprocessen handler fx om:

- I de nuværende rehabiliteringsarenaer mangler incitament, organisatoriske og strukturelle rammer og metoder til at gennemføre koordinering af rehabiliteringsprocessen
- Fagfolk mangler forståelse og viden vedrørende varetagelse af koordineringen
- Borgerne oplever ofte ikke sammenhæng i deres rehabiliteringsprocesser, hverken mellem de forskellige indsatser eller i forhold til deres hverdagsliv



Anbefaling vedrørende koordinering af rehabiliteringsarbejdet

Koordineringen af rehabiliteringsindsatserne bør styrkes, så borgerne oplever sammenhæng og meningsfuldhed under rehabiliteringsprocessen. Der må fokuseres på at koordinere indsatsen inden for flere faglige specialer og sektorer, herunder det civilsamfundsmæssige område. Der bør tilvejebringes mere viden om denne problemstilling, dels ved at indhente eksisterende viden via litteraturgennemgang mv., dels ved forskning og udviklingsprojekter, fx eventuelt ved brug af en borgerorienteret koordinator ved alle rehabiliteringsprocesser. Viden og dokumentation om god praksis vedrørende koordination i rehabiliteringsprocesser samt metodebeskrivelser skal udvikles. Der bør udvikles modeller for udarbejdelse af borgerorienterede, helhedsorienterede og målrettede rehabiliteringsplaner som styrings- og koordineringsredskaber for rehabiliteringsprocesserne. Disse modeller skal afprøves i praksis og kvalificeres løbende.

Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Udfordringerne vedrørende tværfagligt og tværsektorielt samarbejde ligger bl.a. i:

- At der er forskellige, sektorafhængige lovgivninger med forskellige betydninger af ord som fx funktionsevne og deltagelsesaspektet
- At der skal foretages en omdefinering af, hvordan ressourcerne fordeles i organisationen, så der skabes råderum til det tværfaglige og tværsektorielle arbejde, herunder inddragelse af civilsamfundet
- At der blandt fagfolk kan forekomme en vis faglig skepsis over for andre faggrupper og et ønske om at beholde opgaverne inden for egne faglige rækker



Anbefaling vedrørende tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde skal styrkes. Metoder og organisationsformer skal udvikles og beskrives, og de faglige uddannelser samt videre- og efteruddannelser skal ruste fagfolkene til disse samarbejdsformer. Der bør findes en fælles referenceramme for det tværfaglige og tværsektorielle arbejde, og hermed udvikles en fælles terminologi inden for alle faggrupper og sektorer, der arbejder med rehabilitering. (Den internationale klassifikation af funktionsevne (ICF) har vist sig at kunne bruges konstruktivt til dette).

Helhedsorienteret arbejde

Udfordringerne vedrørende helhedsorientering ligger bl.a. i:

- Systemernes kassetænkning, der kan hæmme en helhedsorienteret tilgang, fx problemstillingen med midlertidige (sygehuslovgivningen) henholdsvis varige hjælpemidler (serviceloven), hvor begge sektorer ofte mener, at ansvaret ligger i den anden sektor
- Fagfolks manglende kendskab til de muligheder der findes. Desuden indebærer deres referencerammer og arbejdsrutiner ofte, at der ikke tænkes i helheder
- Sektorerne har vanskeligt ved at gøre en helhedsorienteret indsats på tværs af lovgivninger, fagspecialer og fysiske afstande
- Sundhedsvæsenet fokuserer ofte kun på det fysiske. Der mangler således fokus på de psykiske, sociale og samfundsmæssige aspekter, som har betydning ved alle sygdomme (Kjerholt 2000)
- Helhedsorientering kan ved fagfolks uvidenhed resultere i, at de totalt "koloniserer" den enkelte borgers liv og situation – med fx fysisk eller psykisk overgreb eller umyndiggørelse af borgeren til følge



Anbefaling vedrørende helhedsorienteret arbejde

Den helhedsorienterede analyse af borgerens hverdagsliv samt helhedsorienteret valg af indsatser skal styrkes. Metoder (herunder etiske overvejelser) og organisationsformer for en helhedsorienteret indsats bør udvikles og beskrives, fx en rehabiliteringsplan, vandrejournal, elektronisk patient/borgerjournal på tværs af institutioner og sektorer. Det handler om på en helhedsorienteret måde i samarbejde med borgeren at analysere og vurdere borgerens behov for rehabilitering samt at fastsætte mål og udarbejde rehabiliteringsplan.

Generelle samfundsmæssige tiltag, der fremmer samfundets rummelighed

Hvidbogen har kun overordnet berørt dette område, men tænketankens diskussioner satte flere gange fokus på det forhold, at hvis en individuel rehabilitering til gennemførelse af egne aktiviteter og deltagelse i samfundslivet ikke modsvares af tilstrækkelig grad af rummelighed i samfundet og hos befolkningen som helhed, så mindskes livskvaliteten for den enkelte og vedkommendes familie, samtidig med at samfundsmæssige ressourcer spildes (resultatet af den foretagne rehabilitering udnyttes ikke, og borgerens ressourcer kommer ikke i spil samfundsmæssigt). Samfundsorienterede indsatser for mennesker med funktionsnedsættelser er således en grundlæggende forudsætning for, at de kan deltage i samfundet på lige fod med andre borgere (Europæiske Kommission 1993-1996, FN 1993, Borg 2003).



Anbefaling vedrørende generelle samfundsmæssige tiltag, der fremmer samfundets rummelighed

Der bør vedvarende fokuseres på samfundets rummelighed i forhold til borgere, der begrænses i aktiv deltagelse i samfundslivet. Dvs. at det politiske/statslige niveau bør opprioritere en tilgængeliggørelse af fx samfundets fysiske omgivelser og produkter, af de offentlige informationer, kommunikationsmidler og transportmidler. Den offentlige holdning bør desuden påvirkes i forhold til større tolerance over for forskellighed. Den civile sektor, fx erhvervslivet og foreningslivet, bør i langt højere grad end på nuværende tidspunkt inddrages aktivt i rehabiliteringsprocesser.

Nationale retningslinier for rehabilitering

Som det er fremgået ovenfor, er der ved realiseringen af de væsentlige aspekter af rehabiliteringsbegrebet betydelige udfordringer at tage fat på. Disse kan variere inden for de forskellige sektorer og institutioner, afhængig af hvor meget man allerede har arbejdet med rehabiliteringsbegrebet.

Det er vigtigt at fremme og sikre en bred og national implementeringsindsats, som kan fungere som en overordnet og samlet ramme for udviklingen af rehabiliteringen i Danmark. Derfor bør der formuleres nationale retningslinier for rehabilitering, som sammenfatter de ovenstående principper og anbefalinger, og som viser de vigtigste fremtidige pejlepunkter for udviklingen af rehabiliteringsområdet.

Retningslinierne har til formål at angive den retning, rehabilitering skal styres imod, for at praksis i fremtiden kommer til at leve op til rehabiliteringsbegrebets indhold og principper.

Nationale retningslinier skal sikre, at rehabiliteringen udvikles i den rigtige

retning og på et relevant niveau, samt stimulere alle aktører på rehabiliteringsområdet til at iværksætte tiltag, der kan forbedre rehabiliteringsindsatsen, fx inden for de anbefalinger, der er beskrevet tidligere i kapitlet.

Nationale retningslinier bør udarbejdes af de ansvarlige landspolitikere, og følgende stikord til retningslinier er tænkt som et stimulerende og inspirerende bidrag hertil.

Nationale retningslinier kunne fx fastslå følgende:

- At rehabilitering er en rettighed for alle, der har behov, uanset om der er gået en sygehusindlæggelse forud eller ej, og at der på området gælder de samme rettigheder som for behandling, dvs. ret til hurtig afklaring, alternativ vurdering, ventelistegaranti m.v.
- At rehabilitering kræver et ligeværdigt helhedsorienteret samarbejde mellem borger og fagfolk, hvor borgeren har den endelige beslutningsret vedrørende behov, målsætning og plan for hans eller hendes rehabilitering
- At der udarbejdes en skriftlig rehabiliteringsplan for den enkelte borger, der indgår i et rehabiliteringsforløb
- At rehabilitering, uanset statslige, regionale og kommunale strukturer, skal tilrettelægges som et sammenhængende forløb med samordnede udredninger og målsætninger, hvortil der forudsættes en professionel tilrettelagt koordination mellem de sektorer, institutioner og instanser, der skal involveres
- At rehabilitering består af en tidlig indsats fx ved risiko for funktionsnedsættelse eller under indlæggelse på sygehus, og denne indsats komplementeres af en efterfølgende indsats. Disse indsatser skal ses som et sammenhængende forløb. Hertil bør der være tilgængelige rehabiliterings tilbud, hvor folk bor og lever
- At der for alle relevante faggrupper skal iværksættes efter- og videreuddannelse med specialist-godkendelse i rehabiliteringsforløb, samt at rehabiliteringsviden ligeledes skal indgå i grunduddannelserne for alle relevante faggrupper
- At der skal iværksættes målrettet rehabiliterings-forskning. Forskning i rehabilitering skal desuden indgå som et særligt element i en national forskningsplan
- At der som supplement til rehabilitering, der er centreret om den enkelte borger og vedkommendes omgivelser, iværksættes generelle rehabiliterings tiltag, der fremmer samfundets rummelighed for forskellighed både på det statslige og civilsamfundsmæssige niveau. Dette kan dels gøres ved lovgivning, der fremmer muligheden for uddannelse og arbejde for mennesker med funktionsnedsættelser og dels ved forbedring af fysisk og psykisk tilgængelighed i samfundet m.m. Der kan iværksættes informationsstrategier og andre indsatser, der påvirker civilbefolkningens holdninger og værdier om handicap, sygdom sundhed m.m. Der skal sikres større tolerance for forskellighed samt en aktiv deltagelse i rehabiliteringsindsatser både generelt og individuelt.

Referencer

- Andersen ML.** Brok PN. Mathiasen H (2000). Empowerment på dansk. Frederikshavn. Dafolo Forlag.
- Antonovsky, A.** (1987). Unravelling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass, Inc., Publishers. På dansk: Lev, A. (2000). Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask. København: Hans Reitzels Forlag.
- Arborelius E.** (1995). Hvorfor gør de ikke som vi si'r? Teori og praksis om at påvirke menneskers levevaner. Sundhedsfremmeafdelingen, Ringkjøbing Amt.
- Avlund K.** (2004). Disability in old Age. København: Munksgaard Danmark
- Barnes C.** Rehabilitation for disabled people: a 'sick' joke? *Scandinavian Journal of Disability Research* 2003; 5(1):7-23.
- Barnes C.** Mercer G. Shakespeare T (1999). Exploring disability. A Sociological Introduction. Oxford UK: Blackwell Publishers. Ltd.
- Batson** in Wills, Thomas Ashby et al. (1982). Basic Processes In Helping Relationships. Kapitel 4. Academic Press. London. UK.
- Bay J.** (2004). Når myndighederne taber overblikket. *Kronik i Information* 7.09.04
- Becker-Christensen C.** Olsen G H (2004). Politikens Danskordbog. Politikens forlag. København.
- Bengtsson S.** Bonfils S I. Olsen L. (Eds. 2003). Handicap, kvalitetsudvikling og brugerinddragelse. København. AKF Forlaget.
- Bengtsson, S.** Middelboe, N. (2000). Der er ikke nogen der kommer og fortæller hvad man har krav på – forældre til børn med handicap møder det sociale system. København: Socialforskningsinstituttet.
- Borg T** (2002). Livsførelse i hverdagen under rehabilitering. Ph.d.-afhandling udgivet af Forskningscentret Sundhed, Menneske og Kultur. Filosofisk Institut. Århus Universitet.
Evt. henvendelse Email-adresse til sekretær klajb@hum.au.dk
- Bredland L.E.,** Linge O.A., Vik K. (2002). Det handler om verdighed. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid. Oslo. Gyldeldahl Norsk forlag A/S
- Carstens E.** & Larsen V. (2000). Specialrådgivning. Projektveje til udvikling og forandring. København: Center for små Handicapgrupper. Center for Ligebehandling. Hjemmesiden: www.clh.dk: Pjecen: Det gode møde – gode råd om kommunikation med handicappede".
- Dahl T. & Schiøler G.** (2003). ICF. International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. København: Munksgaard Danmark
- Dahler-Larsen P.** Krogstrup H.K (2003). Nye veje i Evaluering. Institut for Sociale forhold og organisation. Aalborg Universitet og Dansk Medie Design: Systime Academic.
- Dreier O.** (1996). Ændring af professionel praksis på sundhedsområdet gennem praksisforskning. I: Forskelle og forandring. Bidrag til humanistisk sundhedsforskning. Jensen U J, Andersen PF (ed). Århus: Forlaget Philosophia.

- Europæiske Kommission** (1993-1996). Helios rapporter: Adapted architecture, Equipments Compensating the Deficiency, Integration in the community: transport, employment, leisure time, education. Brussel.
- Filges** (2003). Begrænsning af sygefravær og sikring af de sygemeldtes arbejdsmarkedstilknytning – Resultat af et survey blandt langvarigt sygemeldte. København. SFI. Danmark
- FN** (1993) FN's Standardregler II. Indsatsområder, Regel nr. 5 Tilgængelighed, (a) Adgang til de fysiske omgivelser. Standardregel nr. 5 omhandler endvidere adgang til oplysning og kommunikation.
- Fortmeier og Thanning.** (1994). Set med patientens øjne. Ergoterapi og rehabilitering som patientens virksomhed. København: FADLs Forlag.
- Freire, P.** (1970). Pedagogy of the oppressed. Herder and Herder. New York. USA
- Frost A.** (2002). At leve med ALS. God praksis i forbindelse med sygdommen amyotrofisk lateral sclerose. Institut for Muskelsvind. Muskelsvindsfonden.
- Hansen J, Lindqvist R.** (2003a). Rehabilitation; concepts, practices and research. Scandinavian Journal of Disability Research 5(1):3-6.
- Hansen J, Sandvin JT.** (2003b). Conceptualising rehabilitation in late modern society. Scandinavian Journal of Disability Research 2003; 5(1):25-41.
- Hansen M, Thomsen P, Varming O.** (1995). Psykologisk pædagogisk ordbog. København: Gyldendal. 10 udgave
- Hildebrandt-Eriksen, Lise.** (1997). Senhandicappede – et spejlbillede. Foreningen af Danske Lægestuderendes Forlag. København. S. 53
- Höök** (editor). (2001). Rehabiliteringsmedicin. Stockholm: Liber
- Iwarson S.** doktorafhandling og artikler
- Jensen L.** (2002). Empowerment som fundament for rehabilitering af ældre borgere. Kapitel 13 i Videncenter på ældreområdet: Kan gamle genoptrænes – og nytter det noget?
- Jensen U J.** (1995). Moralsk ansvar og menneskesyn. København: Munksgaard. 2. udgave.
- Jørgensen S.V, Falkesgaard N, Hendriksen C** (2003). The Challenge of Chronic Diseases – can we do better? København. Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse.
- Karpatschof** (2001). Evaluering af brugernes oplevelse af SKP-ordningen i Københavns Kommune. Københavns Kommune. Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen.
- Keiser L, Lund M A.** (1993). Supervision og konsultation. Socialpædagogisk Bibliotek. Munksgaard.
- Kendall M.B. et al.** (2003). Bridging the gap: transional rehabilitation services for people with spinal cord injury. Disability and Rehabilitation. An international, multidisciplinary journal. Volume 25, number 17.
- Kjerholdt M** (2000). Dialogen, der blev væk. Et studium af kommunikation og samarbejdet mellem sundhedsprofessionelle og den svage gamle patient. En tværfaglig og tværvideenskabelig forskningsrapport. Geriatrik afdeling B. KAS Glostrup.)

- Klitmøller A** (2000). Pasning af handicappet ægtefælle – i Odense Kommune. Odense Kommune.
- Koch H.** (1995). Hvad er demokrati. København: Gyldendal. 5 udgave. 2 oplag.
- Kommunförbundet**, Försäkringskassen Skåne Län, Länsarbetsnämnden och Region Skåne (2002). Rehabilitering i Skåne. Mål- og strategidokument.
- Krogstrup, H. K.** (1999). Det handicappede samfund – om brugerinddragelse og medborgerskab. Systime, DK.
- Larsen T.** (2003). En sundhedsøkonomisk vurdering af hjemmetræning af patienter med følger efter apopleksi. CAST. Syddansk Universitet. Indlæg holdt på Årsmødet i Dansk Forum for Sundhedstjenesteforskning 18/11/03 i Århus.
- Larsen T. Lee A** (2004). Organisationen af apopleksipatienters hjemmetræning. CAST. Syddansk Universitet. Indlæg holdt ved Årsmøde i Dansk Forum for sundhedstjenesteforskning 5/11/04 i København.
- Law M.** (ed). (1998). Clientcentered Occupational Therapy. SLACK Incorporated, Thorofare. UK.
- Lie I.** (1996). Rehabilitering og habilitering. Principper og praktisk organisering. Gyldendal (norsk). Akademisk. 2. udgave. Norge.
- Lishman, Joice et al.** (1998). Definitions of Need: Can disabled people and care professionals agree? Disability and Society. Vol.13, no.1, pp. 53 – 74.
- Mandag Morgen.** Nyhedernes tænketank (2004). Genoptræning – fra problem til princip. København
- Medin J. et al.** (2003) Health promotion: a case study. Disability and rehabilitation. An international, multidisciplinary Journal. Volume 25, nr 16.
- Miller, S.,D., Duncan, B.,I., Hubble, M.,M.** (1997). The escape from Babel. Toward a unifying language for psychotherapy practice. New York. USA: W.W. Norton & company
- Normann T. Sandvin T.J. Thommesen H.** (2003). Om rehabilitering. Mot en helhetig og felles forståelse. Oslo. Kommuneforlaget A/S.
- Nyboe J.** (2004). Lov til et bedre liv. Retsikkerhed for socialt udsatte. Kbh. VFC Socialt Udsatte.
- Plon L** (2001). Fremmedordbog. København. Gyldendals Bogklubber.
- PLS Rambøl.** Hjemmesiden: www.pls-rambol.com: Pjecen "Sådan arbejder du med individuelle handleplaner"
- Rasmussen C, Hansen VK.** (2004). Evaluering af de reumatologiske ryg-ambulatorier i Nordjyllands Amt – med fokus på behandlingen af diskusprolaps. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering.
- Roberts-Yates C.** (2003). The concerns and issues of injured workers in relation to claims/injury management and rehabilitation: the need for new operational frameworks. Disability and rehabilitation. An international, multidisciplinary Journal. Volume 25, number 16.

Rønning R. Solheim L. J (1998). Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdssektoren. Oslo: Universitetsforlaget Sackett DL et al. (1996). Evidence-Based Medicine: What it is and what it is'nt?. BMJ;1996;312:71-2

Sandstrand T. (2002). Mestring. En del af rehabiliteringen. Bris. Rehabiliteringsmagasinet nr. 2. s.51-55. Oslo: Rigstrygdeverket.

Schwandt TA. Notes on evaluating the ecology of rehabilitation praxis. Scandinavian Journal of Disability Research 2003; 5(1):93-10

Skau G. M. (1992). Mellom makt og hjelp. En samfunnsvitenskapelig tilnærming til forholdet mellom klient og hjelper. Oslo: TANO A/S

Social- og helsedep. (2001). Forskrift om habilitering og rehabilitering. Norge

Socialministeriet (2001). Arbejdsevne metode. Metode til beskrivelse, udvikling og vurdering af arbejdsevne.

Socialministeriet (2002a). Fokusområder. Om nedsat funktionsevne og muligheder for kompensasjon. København. www.danmark/netboghandel.

Socialministeriet (2002b). Funktionsevne metoden kompensasjon. Håndbog i metode for god sagsbehandling ved vurdering af nedsat funktionsevne som grundlag for tildeling af handicapkompenserende ydelser efter Servicelovens bestemmelser. København. www.danmark/netboghandel.

Socialministeriet (1998). Den Gode Balance. Samspillet mellem borger og forvaltning

Socialstyrelsen 2000:4. Om rehabiliteringsprocessen – innebörd och tillämpning. Sverige

SoS-rapport 1993:10 Rehabilitering inom hälso- Och sjukvården – för alla åldrar och diagnoser. Sverige.

SOU (1998). Kontrollerad och ifrågasatt? – intervjuer med personer med funksjonshinder. Fritzes Kundtjänst. Stockholm. Sverige. S.133.

Starring B (2000). Empowerment och funksjonshinder. I: Et liv som andre, livsvilkår för personer med funksjonshinder. P Brusén & L_C Hydén (ed). Lund: Studententlitteratur. Sverige.

Stiker H J. (1999). A history of disability, 2. edn. The University of Michigan. Press. USA

Stortingsmeldingen nr. 21 (1998-1999) Ansvar og meistring. Mot en helskapeleg rehabiliteringspolitikk. Norge.

Stucki G. et al (2003). Value and application of the ICF in rehabilitation medicin. Disability and rehabilitation. An international, multidisciplinary Journal. Volume 23, numbers 11-12.

Sundhedsministeriet (1998). Sundhedsministeriets lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling.

Timm HU (1997). Patienten I centrum? Brugerundersøgelser, lægpersoner og kvalitetsudvikling. DSI. Institut for Sundhedsvæsen. Rap. Nr. 97.06. København.

- Trækjær K.** (1999). Den helhedsorienterede indsats overfor personer der er truet af livslang marginalisering – i det refleksivt moderne. I Antologi – udvalgte artikler med relation til DHI. Redaktion Gulstad P. Ottesen B. Nielsen A. Århus: DHI (Projekt. Den helhedsorienterede Indsats)
- Uggerhøj, Lars** (1997). Hjælp eller afhængighed. Aalborgs Universitetsforlag. 3. oplag. Aalborg. DK (Help or dependence).
- Wade D T.** (2003). Community rehabilitation, or rehabilitation in the community? Clinical commentary. Disability and rehabilitation. An international, multidisciplinary Journal. Volume 25, number 16.
- Winterberg E.** (2004). Et forslag til en ny struktur for rehabiliteringen af personer med vidtgående funktionsnedsættelser – en ny kommunalstruktur. Indlæg ved hjælpemiddelkonferencen 26 maj 2004 i Bella Centret. Hjælpemiddelinstitutet.
- WHO** (2000). Reducing social inequalities in health. En declaration fra WHO's conference September 2000, København. www.inequalities-copenhagen.dk.
- WHO** (1986). Ottawa Charter for health promotion. Ottawa: World Health Organisation (WHO).
- Wiederholt M.** Kann-Rasmussen L. Bonfils IS. Strange H. (1999). Værktøjskasse til FN's Standardregler. Idéer og redskaber til en kommunal handicappolitik. København: Det Centrale Handicapråd.
- Wilson B A. Mclellan D L.** (1997). Rehabilitation studies. Handbook. Cambridge University Press. UK.

Bilag

Bilag 1. Organisering, forløb og metode vedrørende udarbejdelse af hvidbogen

Initiativtager

Initiativtagerne til projektet var Rehabiliteringsforum Danmark og MarselisborgCentret. Initiativgruppen bestod af cheflæge Jes Rahbek, formand for MarselisborgCentrets forskningsudvalg og daværende centerchef Kurt Møller fra MarselisborgCentret, samt bestyrelsesformand Stig Langvad og konsulent Per Tretow-Loof fra Rehabiliteringsforum Danmark. MarselisborgCentret er en samarbejdsorganisation bestående af offentlige institutioner og private organisationer inden for rehabiliteringsfeltet, og Rehabiliteringsforum Danmark er en forening med en lang række af organisationer/virksomheder som medlemmer.

Samarbejdspartnere

Det var centralt, at projektet blev gennemført som et bredt samarbejde mellem relevante og engagerede aktører inden for rehabiliteringsområdet. Nedenstående aktører udgjorde partnerkredsen i projektet:

- Socialministeriet
- Den Almindelige Danske Lægeforening
- Kræftens Bekæmpelse
- Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet (Masteruddannelsen i rehabilitering)
- Ergoterapeutforeningen
- Danske Fysioterapeuter
- Dansk Sygeplejeråd
- Gigtforeningen
- Hjælpemiddelinstitutet
- Muskelsvindfonden
- Rehabiliteringsforum Danmark
- MarselisborgCentret

Partnerne indgik i finansieringen af projektet.

Styregruppe

Som samarbejdsforum for de nævnte partnere bag projektet nedsattes en styregruppe, og den har som hovedopgave haft at fastlægge de overordnede rammer for projektet, herunder sammensætning af tænketanken og de generelle rammer for tænketanken, konferencen og hvidbogen. Styregruppens medlemmer var følgende:

- Stig Langvad, Rehabiliteringsforum Danmark (formand)
- Gunnar Gamborg, Ergoterapeutforeningen
- Annelene Jalving, Danske Fysioterapeuter
- Lilly Jensen, Hjælpemiddelinstitutet,
- Jan Sau Johansen, MarselisborgCentret
- Bodil Ludvigsen, Dansk Sygeplejeråd
- Merete Munk, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet
- Kurt Møller, CAST Syddansk Universitet
- Michael Møller, Den Almindelige Danske Lægeforening
- Charlotte Piester, Kræftens Bekæmpelse
- Jes Rahbek, Institut for Muskelsvind
- Frode Svendsen, Socialministeriet
- Per Tretow-Loof, Rehabiliteringsforum Danmark

Blandt styregruppens medlemmer nedsattes en arbejdsgruppe, som varetog detailplanlægningen af de enkelte dele af forløbet.

Sekretariat

Sekretariatsfunktionen betjente styregruppen og tænketanken (se senere) samt forestod projektstyringen. Dette inkluderede udformning af opsamling fra tænketanksmøderne samt udarbejdelse af mindre oversigter/notater, koordinering af proceskonsulentens medvirken, af konferenceplanlægning mv. Sekretariatet varetog også de praktiske forhold om projektet. Sekretariatsfunktionen blev varetaget af MarselisborgCentret.

Tænketank

Kernen i forløbet var en national og bredt baseret afklarings-, definitions- og beskrivelsesproces via en tænketank med deltagelse af personer, der havde viden og holdninger, der kunne bidrage til dialog, afklaring og beskrivelse af rehabiliteringsperspektivet og dets potentiale i Danmark.

Arbejdet med afklaring, beskrivelse og definition af rehabilitering skete i tænketanken, som bestod af ca. 30 personer. Sammensætningen af tænketanken skete efter nedenstående principper, således at den blev sammensat af en bred kreds af kompetente og engagerede personer.

For at sikre, at processen og resultatet fik en national og fælles tyngde og relevans og i øvrigt var tro over for rehabiliteringens væsen, blev tænketanken sammensat efter følgende principper:

- Flersektoriel, dvs. deltagelse fra de forskellige sektorer involveret i rehabilitering
- Tværfaglig, dvs. deltagelse af de forskellige faggrupper der arbejder med rehabilitering
- Praktikere og teoretikere
- Repræsentanter fra borgere, behandlere, administratorer, forskere og videnspersoner
- Engagement og deltagelse

Tænketanken mødtes fem gange. Rammerne for det første møde blev fastlagt af styregruppen. Forud for det første møde i tænketanken fik medlemmerne tilsendt en aktuel bog og en række nyere artikler om rehabilitering. For at sikre processens hensigtsmæssige forløb og fremdrift var der tilknyttet en proceskonsulent (Kurt Møller), som skulle facilitere diskussionen og afklaringen og holde processen på sporet.

Tænketankens vigtigste ressource i arbejdet var den viden og de holdninger, som medlemmerne bragte ind i arbejdet. Fælles for tænketankens medlemmer var, at de via deres viden, indsigt og perspektiver dels havde betydning i relation til rehabiliteringsområdet, dels kunne være med til at skabe en

udviklende og frugtbar dialog. Der var tale om personer fra det politiske miljø, professionelle fagfolk, borgere, personer fra private virksomheder, universitetsfolk mv. Personkredsen dækkede ligeledes de forskellige områder, som har relevans i rehabiliteringsøjemed, herunder socialområdet, sundhedsområdet, uddannelsesområdet, arbejdsmarkedsområdet mv. (bilag 2).

Blandt de ting, som tænketankens medlemmer lagde vægt på vedrørende arbejdsformen var, at der skulle være plads til højtflyvende, teoretiske diskussioner, samtidig med at tankerne blev testet af i forhold til virkelighedens verden. Det var vigtigt, at det enkelte medlem af tænketanken fik mulighed for at blive inspireret ved at høre andres tanker og idéer. Der skulle være tale om en dynamisk proces med balance mellem en fast struktur og mulighed for fleksibelt at arbejde kreativt. Arbejdet skulle fortrinsvis foregå i mindre grupper, idet det giver den bedste mulighed for at høre hinanden og udvikle idéer.

Forud for hvert møde i tænketanken blev der udsendt et kort spørgeskema om de centrale emner. Det gav medlemmerne mulighed for på forhånd at gøre sig nogle overvejelser om mødets temaer, foruden at besvarelserne var et godt udgangspunkt for drøftelserne på møderne.

Under de enkelte møder bidrog nogle af deltagerne med oplæg om et af mødets emner, som vedkommende var engageret i. Disse oplæg tjente dels til at formidle viden, dels som startskud for de efterfølgende drøftelser. Der blev arbejdet i mindre grupper og i plenum. Der blev udarbejdet sammendrag af de fire første møder.

Tænketankens opgave var via gensidig inspiration, vidensudveksling, ideer og kreativitet at identificere og udforske de centrale aspekter af rehabiliteringsbegrebet. Via oplæg, diskussioner og arbejde i grupper blev elementerne til hvidbogen skabt. Typisk var to-tre emner på dagsordenen til hvert møde, og hvert emne (et emne kunne fx være formål med rehabilitering, borgerens rolle, helhedsorientering osv.) blev behandlet i forhold til dets betydning rent begrebsmæssigt og teoretisk, ligesom dets relevans og betydning for rehabilitering i praksis blev belyst og drøftet fra de mange vinkler, som var repræsenteret i tænketanken.

Forløbet af tænketanksmøderne var bygget op således, at på det første møde fastlagde tænketanken bl.a. arbejdsform og temaer for de efterfølgende møder. På de efterfølgende møder blev de centrale emner inden for rehabilitering således behandlet, og via denne proces skabtes indsigt og forståelse på tværs af de forskellige sektorer og fagområder. Hermed ikke sagt, at alle nødvendigvis var enige i alt, men der blev lagt et fælles grundlag for definition af rehabiliteringsbegrebet. Elementerne til definitionen

blev med andre ord behandlet forud for, at formuleringen af selve definitionen blev behandlet på fjerde og femte møde. Det femte møde handlede primært om udkastet til hvidbogen.

Udarbejdelse af hvidbogen

Med afsæt i sammendragene fra tænketankens møder har en redaktionsgruppe været ansvarlig for at udarbejde hvidbogen. Redaktionsgruppen bestod af Lilly Jensen, Kurt Møller, Jan Sau Johansen og Jes Rahbek, og Lilly Jensen har stået for det konkrete arbejde med at skrive hvidbogen med Kurt Møller som medskribent.

Udkast til hvidbogen blev ad to omgange drøftet i tænketanken, lige som mange medlemmer af tænketanken mellem møderne bidrog med skriftlige kommentarer og forslag.

I forlængelse af den nationale konference, udkommer hvidbogen i sin nuværende form.

National konference

For yderligere at bidrage til den brede og nationale fokus på rehabiliteringsbegrebet blev der afholdt en national konference med 300 deltagere. På konferencen blev den foreløbige udgave af hvidbogen præsenteret. Formålet var, udover at skabe national opmærksomhed om rehabiliteringsbegrebet, også at bruge konferencen som input til den endelige udgave af hvidbogen. Således blev fire fremtrædende personer⁵, som ikke havde deltaget i tænketanken, inviteret til at virke som "opponenter" eller kritiske læsere, og på konferencen give deres anmeldelse af hvidbogen ud fra hver deres forskellige vinkel. Ligeledes blev der gennemført to timers kommentering og indlæg fra de øvrige deltagere i konferencen.

⁵ *Uffe Juul Jensen, professor i filosofi, Filosofisk Institut, Aarhus Universitet*
Lars Iversen, afdelingschef, sociolog, dr. med., Ribe Amt
Anders Hede, projektleder, Mandag Morgen
Arne Rolighed, direktør, Kræftens Bekæmpelse

Bilag 2. Tænketankens medlemmer

Biering-Sørensen Fin, Overlæge, klinikchef, Klinik for Para- og Tetraplegi, Neurocentret Rigshospitalet.

Bindslev Nina, leder, Hjælpemiddelcentralen, Vestsjællands Amt.

Boesen Ellen Helle, forsker i psykosocial kræftforskning, Kræftens Bekæmpelse.

Borg Tove, seniorforsker, Hammel Neurocenter.

Brandt Åse, ergoterapeut, konsulent i Forskningsafdelingen, Hjælpemiddelinstitutet.

Eckmann Jørgen, udvalgsformand, DSI – Kbh./Frederiksberg.

Engberg Marianne, kontorchef, Social- og psykiatريفorvaltningen, Frederiksborg Amt.

Fogh Anita, amtsundhedsplejerske Sundhedsforvaltningen, Vejle Amt.

Gamborg Gunnar, formand, Ergoterapeutforeningen.

Glæsel Bjørn, chefspsykolog PPR (Psykologisk Pædagogisk Rådgivning), Københavns Kommune.

Hanssen Jan-Inge, professor, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet

Holst Jesper, lektor, Institut for Pædagogisk Psykologi, Danmarks Pædagogiske Universitet

Jalving Anne-Lene, faglig konsulent, Danske Fysioterapeuter.

Jensen Kristian, centerleder, Handicapidrættens Videnscenter.

Jensen Lilly, ergoterapeut, konsulent i forskningsafdelingen, Hjælpemiddelinstitutet.

Johansen Jan Sau, områdechef, MarselisborgCentret.

Langvad Karen, overfysioterapeut, afsnitsleder, Hammel Neurocenter.

Larsen Kate, socialrådgiver, Ældresagen.

Lauth Ole, højskoleforstander, Egmont Højskolen.

Ludvigsen Bodil, sygeplejerske, konsulent, Dansk Sygeplejeråd.

Lund Hans, forsker, Parker Institutet, Reumatologisk Klinik.

Munk Merete, pædagogisk konsulent, Enheden for Uddannelsesudvikling,

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet.

Muus Ingrid, udviklingssygeplejerske, Esbønderup Sygehus

Møller Kurt, programleder, CAST Syddansk Universitet.

Olesen Frede, professor og daglig leder, Forskningsenheden for Almen Medicin, Århus Universitet

Pedersen Kai Evan, centerleder, Kræftens Bekæmpelse Fyn.

Piester Charlotte, centerchef, Rehabiliteringscenter Dallund.

Plambech Kirsten, konsulent, De Samvirkende Invalideorganisationer.

Rahbek Jes, cheflæge Institut for Muskelsvind.

Raun Mette, arbejdsmarkedspolitisk konsulent, De Samvirkende Invalideorganisationer.

Runge Ulla, konsulent. Privatpraktiserende.

Sjölund Bengt H, afdelingschef Institutionen för Samhällsmedicin och Rehabilitering, Rehabiliteringsmedicin, Umeå Universitet.

Thiesen Ghita, specialkonsulent, Arbejdsmarkedsstyrelsen.

Thomassen Stig, direktør, Vejle fjord – Neurorehabilitering.

Tønnesen Hanne, ledende overlæge, Forebyggelsesafd., Bispebjerg Hospital

Vinther N. Claus, ledende amtsocialoverlæge og souschef Afd. for Folkesundhed, Århus Amt.

Bilag 3. Eksempler på definitioner af rehabilitering

Der findes mange definitioner af rehabilitering. Her følger et udvalg for at vise bredde og ligheder i forståelse af rehabiliteringsbegrebet:

"**Rehabilitering** er tidsafgrænsede, planlagte processer med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbejder om at give nødvendig assistance til borgerens egen indsats for at opnå bedst mulig funktionsevne, selvstændighed og deltagelse socialt i samfundet" (foreløbig definition). (Rehabiliteringsforum Danmark, er samstemmende med Norges forskrift om Habilitering og rehabilitering (Stortingsmeldingen 1999)).

"**Rehabilitering** er, at ressourcepersoner i en interaktiv proces i samspil *bekræfter brugerens kompetence*. De derved skabte ressourcer kan bruges til at *øge kropsfunktion, aktivitet og deltagelse*. Målet er, ud fra den enkeltes *egen opfattelse*, at opnå optimal funktionsevne og social integration for dermed at *øge livskvaliteten*. (Institut for Muskelsvind).

"**Rehabilitering** er et samlingsbegreb for samtlige medicinske, psykologiske, sociale og arbejdsrettede tiltag, som i et samspil skal hjælpe og støtte den syge til at opnå den bedst mulige funktionsevne og de bedst mulige forudsætninger for at få et (efter egen mening) værdifuldt liv." (Frost 2002).

"**Rehabilitering** defineres som en förändringsproces i en människa eller i människan och omgivningen som syftar till att främja funktionsförmågan, förmågan att klara sig själv, välbefinnandet och sysselsättningen. Rehabilitering är en systematisk och mångomfattande, ofta långsiktig verksamhet som syftar till att hjälpa rehabiliteringsklienten att bemästra sin livssituation" (Rehabiliteringsredogörelse 2002, Sverige).

"**Rehabilitation** means a goal-oriented and time-limited process aimed at enabling an impaired person to reach an optimum mental, physical and/or social functional level, thus providing her or him with the tools to change her or his own life. It can involve measures intended to compensate for a loss of function or a functional limitation (for example by technical aids) and other measures intended to facilitate social adjustment or readjustment" (FN).

"**Rehabilitation** can be defined in two quite different ways:

- 1 A process of active change by which a person who has become disabled acquires the knowledge and skills needed for optimal physical, psychological and social function.
- 2 The application of all measures aimed at reducing the impact of disabling and handicapping conditions and enabling disabled and handicapped people to achieve social integration" (Wilson 1997).

Genoptræning og rehabilitering er de målrettede og så vidt muligt videnskabeligt dokumenterede aktiviteter, der med udgangspunkt i brugerens deltagelse, ønsker og ressourcer sigter mod at genskabe mest muligt af livet for den enkelte bruger, uanset om de udføres af fagfolk, brugeren selv eller pårørende, uanset hvor i brugerens forløb de forekommer, og uanset hvorhenne de foregår. (Mandag Morgen 2004).

Rehabilitering anvender den samlede indsats, som omfatter medicinsk behandling, sygepleje og træning og er den planlagte proces, som har til formål at hjælpe patient/person til at genvinde funktionsniveau og mestringsevne efter sygdom og ulykker eller handicap. Rehabilitering sigter mod at give patienten/personen den nødvendige assistance til at opnå og bevare højst muligt funktionsniveau og mestringsevne i.f.t. kropsniveau, aktivitetsniveau og deltagelse i samfundet (ICF).

Rehabilitering er en målrettet indsats i forhold til mennesker med funktionsnedsættelser. Den tilrettelægges ud fra den enkeltes forudsætninger og på den enkeltes betingelser – ikke med det formål at genskabe, hvad der aldrig har været eller ikke kan genoprettes, men med det formål at sikre den enkelte mulighed og støtte til at mobilisere de ressourcer og muligheder, som han eller hun har brug for – til at skabe størst mulig uafhængighed, selvværd og udfoldelsesrum efter egne ønsker gennem træning og læring og gennem ændring og tilpasning af omgivelserne. (Terkel Andersens indlæg på MarselisborgCentrets Rehabiliteringskonference 8-9. september 1997).

Rehabiliteringsmedicin omfattar kunskap och kännedom om begreppen funktionshinder, handikapp, arbetsförmåga och rehabilitering, framförallt kvalificerade rehabiliteringsåtgärder för patienter med omfattande funktionsnedsättning. I rehabilitering ingår komplexa, tidsmässigt samordnade åtgärder av medicinsk, social, psykologisk och pedagogisk art. Syftet är att eliminera eller minska allvarliga nedsättningar i funktions- och aktivitetsförmåga förorsakad av sjukdom eller skada och därmed bryta långtidssjukskrivning och återskapa livskvalitet. Arbetsättet inom rehabiliteringsmedicin är teamorienterat och patienten är den viktigaste teammedlemmen. Medlemmarna i teamet måste koordinera sitt arbete med patienten och föra över ansvaret till denne. En speciell del av kunskapsmängden inom rehabiliteringsmedicin rör värderingen av funktionshinder på olika nivå. Man skiljer här på vad en individ kan göra och vad en individ faktiskt gör. Rehabiliteringens yttersta mål är att göra patienter med funktionsnedsättning och oförmåga till så aktiva livsdeltagare som möjligt så att de kan delta i familjeliv, yrkesarbete och fritidsaktiviteter. Graden av upplevd begränsning i delaktighet i livets olika skeenden kan uttryckas som individens skattning av sin livstillfredsställelse i olika åldrar. (Institutionen för Samhällsmedicin och rehabilitering Umeå universitet, <http://www.umu.se/communitymedicine/medrehab/index.html>).

Rehabilitering er en proces med gentagne problemløsninger og uddannelse, som fokuserer på begrænset eller nedsat hverdagsaktivitet, og som har som mål at maksimere deltagelse i samfundet og samtidig minimere personlig og familiær stress og lidelse. Der arbejdes med et multidisciplinært team, der kan undersøge og behandle de fleste almindeligt forekommende problemer for personen. Rehabiliteringsprocessen er målsættende, undersøgende, intervenserende og støttende samt evaluerende. Målet er reintegrering i samfundet. Rehabilitering vil således involvere det kommunale system med hensyn til tilgængeligheden: Trapper, adgangsforhold, hjælpe til undervisning og kontakt til arbejdsgivere. (Wade 2003).

Rehabilitering er en målinrektad, i tiden avgränsad och i vissa fall återkommande proces som utgår från individens upplevda oförmåga, behov och intressen. Rehabilitering omfattar också såväl analys av individens funktions- och aktivitetsförmåga som sammansatta och samordnade åtgärder som stöder individen i att mobilisera egna copingresurser och ger stöd i individens process att utveckla färdigheter för att uppnå egna valda mål. Målet med rehabilitering är att efter skada/sjukdom minimera individens upplevda aktivitets nedsättning eller begränsade delaktighet (handicap) samt att uppnå optimal livstillfredsställelse. (Komunförbundet 2002).

Rehabiliteringsforum Danmark og MarselisborgCentret takker

Socialministeriet, Kræftens Bekæmpelse, Den Almindelige Danske Lægeforening, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Syddansk Universitet (Masteruddannelsen i rehabilitering), Danske Fysioterapeuter, Dansk Sygeplejeråd og Ergoterapeutforeningen for faglig såvel som økonomisk støtte i forbindelse med realiseringen af Tænketanken og tilblivelse af Hvidbogen.

Ligeledes en stor tak til medlemmerne af tænketanken for deres konstruktive og engagerede medvirken i tilblivelsen af Hvidbogen.

En særlig tak til Lilly Jensen og Kurt Møller for det store arbejde med udformningen af den konkrete tekst.

Udgiver: MarselisborgCentret 2004 · Oplag: 5000 stk · Lay-out: Emporio · ISBN 000000



Rehabiliteringsforum Danmark

info@rehabiliteringsforum.dk

www.rehabiliteringsforum.dk



MARSELISBORGCENTRET

MarselisborgCentret

P. P. Ørumsgade 11 · DK – 8000 Århus C

Tel.: +45 89 49 12 00 · Fax: +45 89 49 12 17

ih@marselisborgcentret.dk · www.marselisborgcentret.dk