

HVIDBOG OM REHABILITERING (Høringsversion)

Dette udkast til hvidbog om rehabilitering er i offentlig høring i perioden

4. november til 2. december 2021

DEFACTUM, REHPA og Rehabiliteringsforum Danmark

4. november 2021



1	Indholdsfortegnelse	
2	Kapitel 1 Indledning	1
3	Formål med hvidbog om rehabilitering.....	3
4	Fælles grundlægsforståelse	4
5	Hvidbogens indhold og opbygning	6
6	Referencer	7
7	Kapitel 2 Hvad er rehabilitering?	9
8	Definition af rehabilitering.....	10
9	Definitionens konstituerende elementer	10
10	Person	10
11	Oplever eller er i risiko for at opleve (begrænsninger).....	10
12	Begrænsninger.....	11
13	Fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale (begrænsninger).....	11
14	Funktionsevne	11
15	Hverdagsliv.....	11
16	Meningsfuldt liv	12
17	Aktivitet og deltagelse	12
18	Mestring.....	13
19	Livskvalitet	13
20	Samarbejdsproces	13
21	Pårørende	14
22	Professionelle	14
23	Andre relevante parter	15
24	Rehabiliteringsindsatser	15
25	Målrettede	16
26	Sammenhængende.....	16
27	Vidensbaserede.....	16
28	Hele livssituation.....	17
29	Referencer	18
30	Kapitel 3 Dilemmaer og udfordringer i rehabilitering	20
31	Anvendelse af begrebet rehabilitering	20
32	Sammenhængende rehabiliteringsforløb	21
33	Det strukturelle niveau.....	22
34	Det organisatoriske niveau.....	24
35	Vidensbaseret af rehabilitering	26
36	Forskning i rehabilitering	26
37	Vidensbaseret – et samspil mellem forskning og rehabiliteringspraksis	28
38	Referencer	31
39		
40		

41	Kapitel 4 Personen i rehabilitering	33
42	Mennesker er forskellige	33
43	Lige adgang til rehabilitering	35
44	Personen som samarbejdspartner i rehabilitering	37
45	Forskellig evne til at skabe sammen	38
46	Livet med forandringer	39
47	At leve livet med en ændret livssituation	40
48	Personens perspektiv på sammenhæng i rehabilitering	42
49	Se desuden kapitel 8, hvor andre perspektiver på forløbskoordinatorfunktionen er beskrevet. .	43
50	At være barn i rehabilitering	43
51	Referencer	46
52	Kapitel 5 Pårørende til en person i rehabilitering	49
53	Pårørende i fokus	49
54	Pårørende er forskellige	50
55	Pårørende som en del af rehabiliteringsindsatsen	51
56	Pårørende med selvstændigt behov for rehabilitering	53
57	Børn som pårørende	54
58	Referencer	56
59	Kapitel 6 Brugernes perspektiver	58
60	Fremgangsmåde.....	58
61	Brugernes synspunkter og udsagn	59
62	Ad 1. Fokus på systemet	59
63	Ad 2. Ulige muligheder.....	60
64	Ad 3. Problemer på tværs.....	61
65	Referencer	63
66	Kapitel 7 Professionelles perspektiver og tilgange i rehabilitering	64
67	Forståelsen af rehabilitering.....	64
68	Tilgange i rehabilitering	65
69	Professionelles rehabiliteringskompetencer.....	68
70	Samarbejde med civilsamfundet i rehabilitering.....	72
71	Rehabiliteringsprocessen	74
72	Kvalitetsudvikling	75
73	Referencer	78
74	Kapitel 8 Rammebetingelser for rehabilitering	82
75	Styringsparadigmer som rammebetingelse	82
76	Lovgivning som rammebetingelse	83
77	Sundhedsområdet	84
78	Socialområdet.....	85
79	Beskæftigelsesområdet.....	86
80	Undervisningsområdet.....	88

81	Rammebetingelser for ledelse i rehabilitering.....	89
82	Rammebetingelser for samarbejde i rehabilitering.....	90
83	Samarbejde og koordinering.....	90
84	Samarbejde og digitaliseret kommunikation.....	91
85	Rammebetingelser for kompetencer.....	92
86	Referencer	95
87	Kapitel 9 Tilgrænsende og overlappende begreber	98
88	Behandling	98
89	Beskæftigelsesrettet rehabilitering.....	98
90	Forebyggelse.....	99
91	Genoptræning og træning.....	100
92	Habilitering	101
93	Hverdagsrehabilitering.....	102
94	Palliation og palliativ rehabilitering.....	103
95	Præhabilitering	104
96	Recovery	104
97	Specialundervisning.....	106
98	Socialt arbejde.....	106
99	Sundhedsfremme.....	107
100	Vedligeholdelsestræning.....	107
101	Referencer	108
102	Kapitel 10 anbefalinger til fremtidens rehabilitering	111
103	Anbefalinger.....	111
104		

105 **Kapitel 1 Indledning**

106 "Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet" udkom i 2004 [1]. Mange har taget hvidbogen til sig, og den
107 har haft stor betydning for udviklingen af rehabilitering i Danmark. Siden 2004 er der sket store
108 forandringer i det danske velfærdssamfund. Blandt andet har kommunerne overtaget ansvaret for
109 flere rehabiliteringsopgaver, og udviklingen i befolkningssammensætningen har medført et
110 stigende behov for rehabilitering [2]. Den demografiske udvikling har medført en markant stigning
111 i antallet af ældre, flere oplever psykiske problemer, flere lever længere med mere end én kronisk
112 sygdom, langvarig sygdom og/eller fremskreden uhelbredelig sygdom [3-5]. På den baggrund vil
113 flere danskere leve med nedsat funktionsevne og begrænsninger i hverdagslivet, og dermed have
114 behov for rehabilitering. Dette billede forventes at blive mere udtalt gennem de næste årtier [2], og
115 derfor forventes der store udfordringer på tværs af velfærdsområderne [6]. Der er bred enighed
116 om, at der er behov for et forbedret helhedsorienteret samarbejde mellem beskæftigelses-,
117 sundheds-, social- og undervisningsområdet – ja mellem alle velfærdsområder for at imødegå de
118 beskrevne udfordringer. Rehabilitering er beskrevet som en væsentlig del af løsningen [2,7,8].

119 Den aldrende befolkning betyder samtidig en aldrende arbejdsstyrke, hvilket øger behovet for
120 rehabilitering til mennesker med funktionsevnenedsættelse, så de kan fastholdes i arbejdsstyrken.
121 Det kalder samtidig på nye løsninger, der kan lette presset på velfærdsydelserne [9]. Den aldrende
122 befolkning og den stigende forekomst af kronisk sygdom, psykisk mistrivsel og multisygdom er
123 nogle af de stærke samfundsmæssige tendenser, der sætter scenen for udviklingen af rehabilitering
124 [9]. Udviklingen i teknologiske løsninger og en stadigt stigende informationsstrøm er en anden
125 tendens. Det har betydning for, hvordan rehabilitering kan udføres i praksis, hvilke midler der kan
126 tages i anvendelse osv. Det har ligeledes betydning for, hvordan samarbejdet om rehabilitering
127 finder sted, både når det gælder samarbejdet mellem professionelle og organisatoriske enheder, og
128 når det gælder samarbejdet med personer, der har brug for rehabilitering, deres pårørende og
129 netværk.

130 Der er derfor sket betydelige ændringer i rehabilitering de senere år [2]. Rehabilitering forandres
131 indholdsmæssigt som følge af ændringer i sygdomsmønstre og målgrupper og i forlængelse af
132 samfundsmæssige og kulturelle forandringer [10]. Endnu en tendens, der har haft betydning for
133 udviklingen af rehabilitering, er ændringen i roller og forventninger til aktørerne i
134 velfærdssamfundet. Der er på den ene side en stigende forventning til personer i rehabilitering om
135 at være aktive samarbejdspartnere og tage ansvar for egen sundhed og velfærd, ligesom pårørende i
136 højere grad forventes at tage del i rehabilitering. Der er på den anden side en øget forventning til,
137 hvad det offentlige system bidrager med, og hvordan man bliver involveret [9]. Disse tendenser er
138 med til at forme velfærdspraksis – herunder rehabilitering. I og med at borgere og patienter har
139 fået nye roller, ses der nu et større fokus på aktiv involvering, herunder fælles beslutningstagen.

140 Desuden er personcentreret rehabilitering, den biopsykosociale tilgang og helhedsorienteret
141 systematisk vurdering integreret i beskrivelsen af rehabilitering og i stigende grad også i
142 rehabiliteringspraksis [6,11].

143 Rehabilitering er af verdenssundhedsorganisationen (WHO) defineret som en af fem
144 sundhedsindsatser (sundhedsfremme, forebyggelse, behandling, rehabilitering, palliation) [7].
145 Sundhed skal ikke kun måles i leveår og sygdom, men også i bedre funktionsevne, mestring og
146 livskvalitet dvs., hvad mennesker er i stand til og har mulighed for i de liv, de lever [12].
147 Rehabilitering retter sig mod såvel alvorlige og langvarige følger af sygdom og symptomer, som
148 mod funktionsevnenedsættelse og mod menneskers hverdagsliv, og er omfattet af forskellig
149 lovgivning, bekendtgørelser, vejledninger og retningslinjer. Tværfaglig og tværsektoriel indsats er
150 centralt for mange indsatser, og det er væsentligt at rehabilitering koordineres med behandling,
151 forebyggelse og palliation [7].

152 Indsamling af data udgør en væsentlig forudsætning for en realistisk vurdering af behovet for
153 rehabilitering samt virkningen af rehabilitering, både for den enkelte person og for samfundet. I
154 Danmark er det vanskeligt at dimensionere rehabilitering, så udbuddet passer til behovet på grund
155 af manglende data og/eller lav datakvalitet. Med det nuværende datagrundlag er det således ikke
156 muligt at give et samlende og retvisende billede af behovet for rehabilitering, herunder det præcise
157 antal af personer med nedsat funktionsevne og rehabiliteringsbehov [13]. Estimerer viser, at
158 mellem 10 og 20 % af den danske befolkning har et udækket behov for rehabilitering [2,8].

159 I både praksis og forskning efterspørges en status på de væsentligste temaer inden for
160 rehabilitering. Der er således både behov for at udvikle begrebsapparatet på området, få skabt
161 klarhed over hvad rehabilitering er i dag, og hvordan rehabilitering kan møde fremtidens behov.
162 Der er behov for nytænkning og opkvalificering inden for rehabiliteringens kerneområder: den
163 teoretiske tilgang til funktionsevne, en personcentreret og tværfaglig tilgang samt en
164 rehabiliteringsproces, der indeholder behovsvurdering, målsætning, intervention og evaluering
165 [14]. Yderligere er der behov for øget opmærksomhed på sammenhæng og organisering af
166 rehabilitering på tværs af enheder, sektorer og velfærdsområder [15]. Ligeledes er der brug for en
167 opdateret fælles forståelse og definition af rehabilitering på tværs af brugerorganisationer,
168 ministerier, styrelser, sektorer, fagområder og forvaltningsområder.

169 Forskning i rehabilitering viser, at der er store menneskelige og samfundsøkonomiske gevinster
170 ved at styrke rehabiliteringsområdet [16]. Trods stigende evidens for positive effekter af
171 rehabilitering er der stort behov for fortsat forskning og udvikling på området, ligesom der er
172 behov for at forankre den eksisterende viden i praksis [2]. Gevinsterne ved rehabilitering er også, at
173 vidensbaseret rehabilitering er økonomisk rentabelt for samfundet. Gevinsten består også i, at

174 vidensbaseret rehabilitering bevirker, at det enkelte menneske på trods af nedsat funktionsevne
175 kan have en god hverdag og kan deltage på lige fod med andre i samfundet [16]. Der er på denne
176 baggrund behov for at gøre status for rehabilitering i Danmark.

177 **Formål med hvidbog om rehabilitering**

178 En hvidbog kan defineres som en kritisk dokumentation, der belyser sammenhænge og
179 dokumenterer centrale aspekter af et område, derudover beskrives dilemmaer og udfordringer, og
180 der opstilles anbefalinger [17].

181 Der er følgende formål med denne hvidbog om rehabilitering:

- 182 • at bidrage til øget fokus på vigtigheden af rehabilitering
- 183 • at skabe konsensus om rehabilitering på tværs af velfærdsområderne
- 184 • at udvikle begrebsapparatet inden for rehabilitering
- 185 • at foreslå initiativer, der bør iværksættes for at sikre de bedste standarder og rammebetingelser
186 for rehabilitering.

187 Enhver faglig praksis har brug for fælles forståelse og fælles tænkning. For en praksis som
188 rehabilitering, der går på tværs af fagligheder, specialer, sektorer og videnskabelige tilgange, er
189 behovet for fælles forståelse og tænkning ekstra stort. Det er en forudsætning for, at vi kan
190 samarbejde på tværs af velfærdsområder og sektorer og dermed sikre sammenhængende forløb for
191 personer, der har brug for rehabilitering. I Danmark har organisationer og myndigheder ikke
192 tidligere været enige om, hvordan rehabilitering skal defineres. Dette anses for at være et afgørende
193 problem for udbredelsen af rehabilitering i praksis, klinik, uddannelse og forskning, og ikke mindst
194 for at fremme større lighed i adgangen til rehabilitering. Derfor har det været nødvendigt at skabe
195 konsensus om en ny definition mellem alle velfærdsområders myndigheder, organisationer og
196 andre relevante parter. I denne hvidbog lægges der op til en fælles forståelse og dermed en fælles
197 indsats for at sikre og forbedre kvaliteten af rehabilitering på tværs af velfærdsområderne. En
198 definition skal afgrænse og præcist forklare betydningen af et område, men ligesom andre centrale
199 begreber i velfærdssamfundet som fx *sundhed* er rehabilitering et begreb, som er vanskeligt at
200 skabe enighed om. Ved lancering af hvidbogen fra 2004 [1] blev rehabilitering beskrevet som et
201 begreb, der er til evig diskussion, og der er siden dengang givet flere bud på en definition [6].

202 Rehabilitering er ligesom andre begreber og praksisser under konstant udvikling, og der findes ikke
203 én endegyldig definition, forståelse eller beskrivelse af rehabilitering. I denne hvidbog er
204 definitionen og udfoldelsen af den samt beskrivelser af status og udfordringer resultatet af
205 konsensusprocesser, der har inkluderet myndigheder, organisationer og enkeltpersoner, og er
206 dermed bedste bud for nærværende (bilag 1). Hvidbogen skal således forstås ind i den kontekst,

207 den er skrevet i og skal ses som et bidrag til en videreudvikling af rehabiliteringsområdet.
208 Hvidbogen beskæftiger sig med en række spørgsmål i rehabiliteringsdebatten og er et fælles bidrag,
209 der skal skærpe og opdatere den retning, som blev givet i 2004. Hvidbogen ser derfor på, hvor
210 rehabilitering står i dag, og hvor rehabilitering skal hen fremadrettet i Danmark.

211 Målgruppen for hvidbog om rehabilitering er professionelle, politikere, organisationer, ledere og
212 personer med ansvar for praksis, forskning, udvikling og uddannelse i alle velfærdsområder.

213 **Fælles grundlagsforståelse**

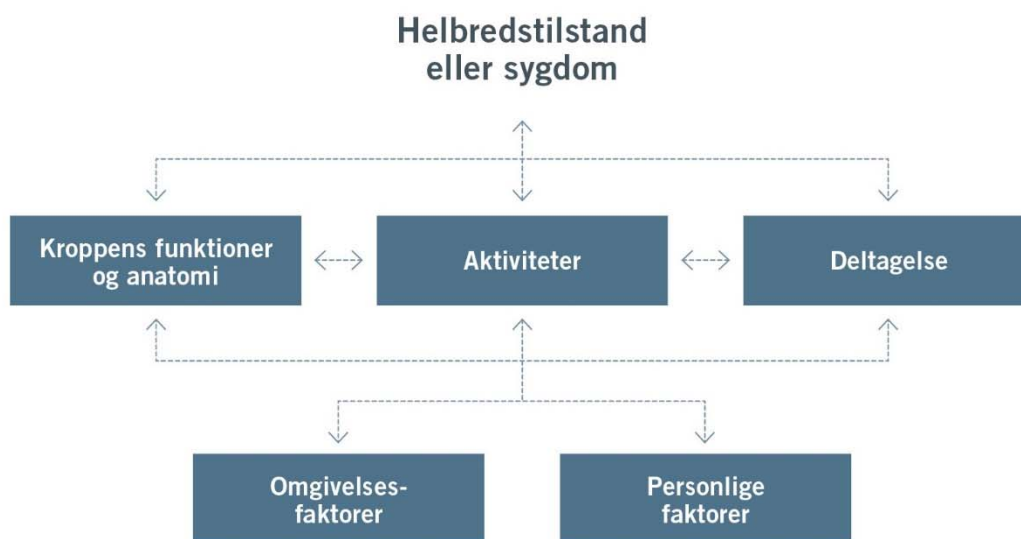
214 Denne hvidbog er en fortsættelse af tidligere publikationer om rehabilitering [1,10], der også slår
215 fast, at rehabilitering i Danmark går på tværs af brugerorganisationer, ministerier, styrelser,
216 sektorer, fagområder og forvaltningsområder. Det er derfor nødvendigt med en definition, der har
217 bred accept og dermed giver bred legitimitet for udvikling af rehabiliteringsområdet på tværs af
218 velfærdsområderne.

219 Som velfærdssamfund ønsker vi de bedste muligheder for, at borgerne kan fungere og deltage
220 aktivt i hverdagsliv og samfundsliv; i hvidbogen anvendes det brede sundhedsbegreb, hvor
221 *"sundhed skabes af mennesker inden for de rammer, hvor de til daglig lærer, arbejder, leger og*
222 *elsker. Sundhed skabes ved at yde omsorg for sig selv og andre, ved at kunne træffe beslutninger,*
223 *som bedst indfrier egne ønsker og mål"* [12]. Videre, at det samfund, man lever i, skaber
224 betingelser, som giver alle mulighed for at træffe disse beslutninger [12]. En præmis for arbejdet
225 med hvidbogen har været, at rehabilitering skabes i en kontekst – her det danske velfærdssamfund.
226 Et andet grundlag for hvidbogen er en helhedsorienteret biopsykosocial tilgang [18,19]. Det er
227 centralt, at en person aldrig kan adskilles fra den sammenhæng, hvori personen indgår. Derfor er
228 der flere aktører i rehabiliteringsprocessen – personen, professionelle, pårørende og andre
229 relevante parter. Med den biopsykosociale tilgang og med formålet om at fremme deltagelse er
230 omdrejningspunktet funktionsevne, livskvalitet, ressourcer og det levede liv - ikke sygdom,
231 mangler eller skade. International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse, og
232 Helbredstilstand (ICF) er en referenceramme, der kan bruges til at beskrive den biopsykosociale
233 tilgang [18,20] (figur 1).

234

235

236



Figur 1. International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand (ICF) [20]

237

238

239

240 Funktionsevne er et gennemgående begreb i hvidbogen og skal forstås i tråd med ICF. ICF's
 241 begrebsramme for forståelsen af funktionsevne og funktionsevnenedsættelse indeholder både
 242 socialvidenskabelige, sundhedsvidenskabelige, samfundsvidenskabelige og humanvidenskabelige
 243 aspekter. I den biopsykosociale forståelsesmodel spiller alle elementer sammen og påvirker
 244 hinanden. Den biopsykosociale tilgang til funktionsevne, der ligger i ICF-modellen, er i
 245 overensstemmelse med forståelsesrammen for rehabilitering i hvidbogen. I ICF beskrives og
 246 vurderes funktionsevne og funktionsevnenedsættelse ud fra forskellige dimensioner: Kroppens
 247 funktioner og anatomi, aktiviteter og deltagelse samt omgivelsesfaktorer og personlige faktorer
 248 [18]. ICF er bredt anerkendt, men er også kritiseret, fordi begrebsrammen tenderer at lede til en
 249 beskrivelse af det, personen ikke kan med vægt på et biomedicinsk perspektiv, og ikke det som
 250 personen kan eller de kontekstuelle rammers betydning for personens deltagelse [21]. Anden kritik
 251 går på, at ICF ikke adresserer livskvalitet [22]. Trods kritikken er ICF det bedste bud på en fælles
 252 forståelsesramme for funktionsevnenedsættelse, og dermed for genstandsfeltet for rehabilitering.

253 FN's handicapkonvention, der sikrer lighed og deltagelse for personer med
 254 funktionsevnenedsættelse, er ligeledes grundlag for arbejdet med hvidbogen. Konventionen sikrer
 255 blandt andet respekt, ikke-diskrimination samt fuld og effektiv deltagelse og inklusion i
 256 samfundslivet hos personer med funktionsevnenedsættelse og handicap [23].

257 Endelig har andre FN og WHO initiativer været inspiration under udarbejdelsen af hvidbogen.
 258 Særligt nævnes FN's verdensmål om bæredygtig udvikling, specielt målet om sundt liv og trivsel og

259 målet om mindre ulighed [24]. Desuden *Rehabilitation 2030*, der opfordrer til handling og
260 forbedring af rehabiliteringsindsatser [25].

261 **Hvidbogens indhold og opbygning**

262 Hvidbogens indhold er holdt på det overordnede og generelle niveau, hvor ønsket har været at
263 præcisere og beskrive en forståelse af rehabilitering, der kan anvendes i det fremtidige arbejde med
264 rehabilitering. Arbejdet med hvidbog om rehabilitering har affødt flere spørgsmål og
265 problemstillinger om hvordan de grundlæggende principper i rehabilitering koordineres og
266 implementeres på tværs af velfærdsområder, sektorer og fag. Med denne hvidbog ønskes at skabe
267 et godt udgangspunkt for den videre udvikling af rehabilitering i Danmark.

268 Hvidbogen består af 10 kapitler. I kapitel 2 præsenteres en fælles dansk definition af rehabilitering,
269 samt en beskrivelse af centrale elementer i definitionen. Tilsammen skaber dette et grundlag for en
270 forståelse af rehabiliteringens værdier og praksisudførelse. I de efterfølgende kapitler uddybes
271 kerneelementer og sammenhænge i rehabilitering. Kapitlerne afspejler rehabilitering som et
272 samspil mellem personer og pårørende, der har behov for rehabilitering, professionelles tilgange og
273 kompetencer samt nogle politiske og administrative rammebetingelser, der former handlerummet
274 for rehabilitering. For at skabe overblik og klarhed er aktører og rammebetingelser beskrevet hver
275 for sig – men interaktionen mellem disse er helt central i rehabilitering, hvorfor det er nødvendigt
276 at aktører og rammebetingelser sammentænkes i rehabiliteringsindsatser. I hvidbogens afsluttende
277 kapitel (kapitel 10) oplistes fem anbefalinger til udvikling af området for at styrke rehabilitering i
278 fremtiden samt sikre høj og ensartet kvalitet af indsatser til de personer, der har behov. Hvidbogen
279 er skrevet, så kapitler kan læses selvstændigt og stadig så vidt muligt give læseren den fornødne
280 sammenhæng. Derfor vil der forekomme gentagelser, når bogen læses i sin helhed. Der kan også
281 forekomme forskel i det sproglige udtryk og skrivemåden i de forskellige kapitler, eftersom de er
282 skrevet af forskellige mennesker indenfor rehabiliteringsfeltet.

283 Bilagene i hvidbogen uddyber blandt andet processen, der har ført til denne hvidbog, angiver
284 medlemmer af de etablerede grupper samt indeholder en liste med eksempler på forskellige
285 definitioner af rehabilitering, som har indgået som inspiration i arbejdet (bilagene er ikke en del af
286 høringsversionen).

287 **Referencer**

- 288 1. Marselisborgcentret, Rehabiliteringsforum Danmark. Rehabilitering i Danmark: Hvidbog om
289 rehabiliteringsbegrebet. Århus: Rehabiliteringsforum Danmark; 2004. (Book, Whole).
- 290 2. Cieza A, Causey K, Kamenov K, et al. Global estimates of the need for rehabilitation based on the
291 Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study
292 2019. *Lancet*. 2021 Dec 19;396(10267):2006-2017.
- 293 3. Jensen HAR, Kyvsgaard I, Christensen K, et al. Sund aldring. Udvikling i Danmark i løbet af de
294 seneste årtier. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2021.
- 295 4. Frølich A, Olesen F, Kristensen I. Hvidbog om MULTISYGDOM. Dokumentation af multisygdom i
296 det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. 2017.
- 297 5. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. København. 2017.
- 298 6. Meyer T, Kiekens C, Selb M, et al. Toward a new definition of rehabilitation for research purposes: a
299 comparative analysis of current definitions. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2020 Oct;56(5):672-681.
- 300 7. Stucki G, Bickenbach J, Gutenbrunner C, et al. Rehabilitation: The health strategy of the 21st
301 century. *J Rehabil Med*. 2018 Apr 18;50(4):309-316.
- 302 8. WHO, World Bank. World report on disability. Geneva, Switzerland: World Health Organization;
303 2011.
- 304 9. Højgaard B, Kjellberg J. Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen. KORA; 2017.
- 305 10. Hjortbak BR, Bangshaab J, Johansen JS, et al. Udfordringer til rehabilitering i Danmark. 1 udg ed.:
306 Rehabiliteringsforum Danmark; 2011. (Book, Whole).
- 307 11. Jesus TS, Bright FA, Pinho CS, et al. Scoping review of the person-centered literature in adult
308 physical rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2019 Sep 25:1-11.
- 309 12. WHO. International Conference on Health Promotion, Ottawa 1986 [cited 2021 1. april]. Available
310 from: [https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-](https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference/actions)
311 [conference/actions](https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference/actions)
- 312 13. Bojsen LB, Østergaard SV, Rasmussen AH, et al. Personer med handicap. Hverdagsliv og levevilkår.
313 København: Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2016.
- 314 14. Maribo T, Nielsen CV. Definitioner på rehabilitering. In: Maribo T, Nielsen CV, editors.
315 Rehabilitering : en grundbog. 2. udgave. 1. oplag. ed. København: Gads Forlag; 2016.
- 316 15. Danske Patienter. Sammenhæng i sundhedsvæsenet 2021 [cited 2021 23. august]. Available from:
317 <https://danskepatienter.dk/temaer-projekter/temaer/sammenhaeng-i-sundhedsvaesenet>
- 318 16. Wade DT. What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based
319 description. *Clin Rehabil*. 2020;34(5):571-583.
- 320 17. Christensen JG. Hvidbog: Den store danske; 2015 [cited 2020 24. september]. Available from:
321 <https://denstoredanske.lex.dk/hvidbog>
- 322 18. WHO. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World
323 Health Organization; 2001. (Book, Whole).
- 324 19. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* (New York, NY).
325 1977;196(4286):129-136.

- 326 20. Schiøler G, Dahl T. International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og
327 Helbredstilstand (ICF). 1 udgave ed. København: Munksgaard Danmark; Sundhedsstyrelsen; 2003.
328 (Book, Whole).
- 329 21. Mitra S, Shakespeare T. Remodeling the ICF. *Disabil Health J.* 2019 Jul;12(3):337-339.
- 330 22. LePlege A, Barral C, McPherson K. Conceptualizing disability to inform rehabilitation: Historical and
331 epistemological perspectives. In: McPherson K, Gibson BE, Lepège A, editors. *Rethinking*
332 *rehabilitation: theory and practice*. Vol. 10. London: 2015; 2015. p. 21-44.
- 333 23. Det Centrale Handicapråd. FN's konvention om rettigheder for personer med handicap. København.
334 2008.
- 335 24. UN Chief Executives Board. Equality and non-discrimination at the heart of sustainable
336 development: a Shared United Nations Framework for Action. In: *Report of the High-level*
337 *Committee on Programmes at its thirty-second session*, editor. New York 2016.
- 338 25. WHO. *Rehabilitation 2030: A Call for Action*. 2017.

339 **Kapitel 2 Hvad er rehabilitering?**

340 I dette kapitel præsenteres en fælles dansk definition af rehabilitering samt en beskrivelse af
341 centrale begreber i definitionen. Kapitlet skal være med til at afgrænse og skabe konsensus om
342 rehabilitering, udbrede forståelse for definitionen og på den måde bidrage til kvalificering og
343 udvikling af rehabiliteringspraksis i Danmark.

344 Der er stor variation i den måde, hvorpå rehabilitering forstås inden for beskæftigelses-, sundheds-
345 , social- og undervisningsområdet. Det skyldes blandt andet sektorspecifikke lovgivninger, men
346 også at rehabilitering ofte foregår på tværs af enheder, sektorer og fagligheder med hver deres
347 kontekstafhængige forståelse af og tilgang til rehabilitering. Det er ambitionen, at definitionen skal
348 anvendes på tværs af fagligheder, institutioner, sektorer, organisationer og myndigheder, og at
349 undervisnings- og forskningsområdet bidrager til udbredelse og anvendelse af definitionen.

350 Definitionen af rehabilitering er udarbejdet ud fra følgende kriterier:

- 351 • Den skal være sprogligt præcist formuleret og indeholde de centrale begreber i rehabilitering.
- 352 • Den skal kunne forstås, anvendes og have gyldighed for personer med behov for rehabilitering,
353 deres pårørende, professionelle, forskere, administratorer og politikere inden for
354 beskæftigelses-, sundheds-, social- og undervisningsområdet.
- 355 • Den skal have gyldighed for alle relevante sektorer og styrelser for at fremme fælles ejerskab og
356 begrebslig sammenhæng i rehabilitering.
- 357 • Den skal være holdbar over tid, så den kan fungere som et redskab til at tilpasse og udvikle
358 organisations- og samarbejdsformer inden for rehabilitering.
- 359 • Den skal kunne forstås i sammenhæng med international viden og praksis.

360 Begrebet rehabilitering skal forstås i sammenhæng med flere tilgrænsende og overlappende
361 begreber, som er defineret sidst i hvidbogen (kapitel 9).

362 I Danmark har der været en drøftelse af forskelle og ligheder mellem habilitering og rehabilitering.
363 I denne hvidbog bliver habilitering for første gang i Danmark defineret i overensstemmelse med
364 rehabilitering, hvorfor definitionen om rehabilitering også dækker begrebet habilitering (kapitel 9).

365 **Definition af rehabilitering**

366 Rehabilitering er målrettet **personer**, som **oplever eller er i risiko for at opleve**
367 **begrænsninger** i deres **fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne** og
368 dermed i **hverdagslivet**. Formålet med rehabilitering er et **meningsfuldt liv** med bedst mulig
369 **aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet**. Rehabilitering er en **samarbejdsproces**
370 mellem en **person, pårørende, professionelle og andre relevante parter**.
371 **Rehabiliteringsindsatser** er **målrettede, sammenhængende og vidensbaserede** med
372 udgangspunkt i personens perspektiver og **hele livssituation**.

373 **Definitionens konstituerende elementer**

374 I tilknytning til definitionen beskrives centrale begreber, som kaldes konstituerende elementer. De
375 konstituerende elementer, er fremhævet med fed i definitionen. De er med til at skabe en fælles
376 forståelse i forhold til at få et fælles sprog og tilgang til rehabilitering teoretisk såvel som i praksis.

377 **Person**

378 En *person* er et barn, en ung, en voksen, en ældre, der oplever eller er i risiko for at opleve
379 begrænsninger i sin fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i
380 hverdagslivet. En person er unik, har personlige værdier og ressourcer. Personen i rehabilitering
381 har de samme rettigheder som andre i samfundet. Personer, der af forskellige grunde er inhabile,
382 midlertidigt eller varigt, er repræsenteret af pårørende (midlertidigt) eller værge (varigt). For børn
383 gør det sig gældende, at forældre ofte repræsenterer barnet og dermed indgår i rehabilitering.

384 Personen i rehabilitering kaldes ikke det samme på tværs af sektorer, forvaltningsområder og
385 fagområder, hvor både patient, klient, partner, aktør, bruger, borger, menneske og andre termer er
386 anvendt. Nogle hævder, at disse termer kan fastholde personen i en stigmatiseret og passiv rolle
387 [1]. For personen i rehabilitering er forståelsen og betydningen af ordvalg, og den måde de
388 omsættes til handling på, altafgørende for et positivt forløb [2]. I denne hvidbog anvendes *person*.
389 *Person* er valgt for at undgå eventuel stigmatisering, understøtte at personen er en aktiv partner
390 samt for at følge den betegnelse, der anvendes i Handicapkonventionen [3].

391 **Oplever eller er i risiko for at opleve (begrænsninger)**

392 *Oplever eller er i risiko for at opleve* betyder, at personen og/eller professionelle og/eller eventuelt
393 pårørende vurderer, at der er eller i nær fremtid forventes at opstå begrænsninger i personens
394 fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet.

395 **Begrænsninger**

396 *Begrænsninger* betyder, at personen oplever nedsatte kropsfunktioner, herunder psykiske og/eller
397 kognitive funktioner, nedsat udførelse af de aktiviteter, som personen ønsker eller nedsat
398 deltagelse i hverdagslivet og/eller de dele af samfundslivet, personen ønsker, eller som er
399 forventeligt sammenlignet med det, der er kendetegnende for andre personer med lignende
400 forudsætninger [4]. Omgivelserne kan her være en begrænsende faktor.
401 Omfang og betydning af begrænsningerne kan kun identificeres ved først at foretage en systematisk
402 helhedsorienteret afdækning af hvilke aktiviteter, der er betydningsfulde for personen, og hvilke
403 områder inden for deltagelse i hverdagsliv og/eller samfundslivet, personen ikke kan eller har
404 svært ved at deltage i. Det er personen, der afgør hvilke begrænsninger, der skal reduceres og i
405 hvilket omfang, de skal reduceres eller kompenseres for.

406 **Fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale (begrænsninger)**

407 *Fysiske, psykiske, kognitive funktion og/eller sociale funktionsevne* betyder at både kropslige,
408 psykiske, kognitive og sociale aspekter i en persons livssituation er vigtige i en faglig vurdering, når
409 begrænsningerne medfører, at det ikke er muligt på lige fod med andre at deltage i fx arbejde,
410 fritidsaktiviteter, hverdagsaktiviteter, omsorg for børn eller ældre pårørende, politiske aktiviteter
411 samt modtage og forstå offentlige informationer m.m. I denne hvidbog skal *fysisk, psykisk,*
412 *kognitiv og socialt* forstås som en pendant til ICF's multidimensionelle begrebsramme for
413 funktionsevne og funktionsevnenedsættelse [4].

414 **Funktionsevne**

415 *Funktionsevne* (eng. functioning) er et paraplybegreb, der jf. ICF omfatter komponenterne
416 kroppens funktioner og anatomi samt aktiviteter og deltagelse. Disse komponenter skal altid ses i
417 relation til konteksten, der omfatter personlige faktorer og omgivelsernes påvirkninger [4]. Det er
418 afgørende at bemærke, at funktionsevne ikke er en objektiv tilstand, men derimod er relativ i
419 forhold til både de personlige og omgivelsesmæssige faktorer.

420 *Funktionsevnenedsættelse* (eng. disability) er begrænsning af en persons funktionsevne.

421 Funktionsevnenedsættelse kan berøre hver af komponenterne kroppens funktioner og anatomi
422 samt aktiviteter og deltagelse [4]. Da funktionsevne er betinget af de omgivelsesmæssige og
423 personlige faktorer, påvirker disse faktorer på samme måde graden af funktionsevnenedsættelse.
424 En persons funktionsevne og betydningen af eventuel funktionsevnenedsættelse kan dermed kun
425 vurderes i forhold til det hverdagsliv, som er normalt for den enkelte person [5].

426 **Hverdagsliv**

427 *Hverdagslivet* er det liv, vi lever hver dag – det selvfølgelig [6]. Hverdagslivet består af aktiviteter,
428 gøremål og rutiner, som udspiller sig i hverdagen. I forbindelse med funktionsevnenedsættelse

429 forstyrres hverdagens selvfølgheder ofte, de vante aktiviteter kan blive mere besværlige, og
430 måske kan rutiner ikke længere udføres. Aktiviteter både i og uden for hjemmet kan være berørt,
431 som fx at tage tøj på, spise et måltid med familien, lege med børnene, tage på arbejde eller købe
432 ind. Ofte er det først, når disse selvfølgheder brydes eller forstyrres, at det bliver tydeligt, hvor
433 vigtigt hverdagslivet er [6-8]. Hverdagslivet er også formet af normer, kultur og samfundsskabte
434 rammer. Dermed er hverdagsliv også det liv, der foregår i et samfund, altså samfundsliv. Når en
435 person har behov for rehabilitering, skal der således hjælp til at skabe eller mestre hverdagens
436 rutiner og nye selvfølgheder. Man bliver bevidst om det, som før var upåagtet. Det, der er
437 særligt værdifuldt, må tages op til revision, og personen har brug for støtte til at skabe
438 sammenhænge i hverdagslivet.

439 **Meningsfuldt liv**

440 *Meningsfuldt liv* tager udgangspunkt i at alle mennesker, lige meget hvor forskellige vi er, har
441 behov for en sammenhængende tilværelse, som giver mening og har et formål [9]. Det hverdagsliv
442 og den deltagelse i samfundet, som er vigtig og meningsfuld efter personens egen vurdering, er
443 bestemmende for et meningsfuldt liv. Dette er forskelligt fra person til person og forandrer sig over
444 tid. For børn gør det sig gældende, at forældrene er rammesættende for barnets hverdag og
445 medskabende af det meningsfulde liv. Det er således om muligt personen, der skal afgøre, hvilke
446 aspekter, indsats, mål m.m., der giver mening og indhold i hans eller hendes liv; for det er kun
447 personen, der reelt kan have en oplevelse af og mening om disse personlige og eksistentielle
448 aspekter. En person med funktionsevnenedsættelse skal altså have mulighed for en
449 rehabiliteringsproces, der er målrettet mod, hvad personen finder vigtigt og centralt. Professionelle
450 bør efterspørge og bidrage til, at personen kan formulere sine ønsker og fokus for nutid og fremtid,
451 så meningsfuldheden opnås både i rehabiliteringsprocessen, indsatsen og resultatet [10].

452 **Aktivitet og deltagelse**

453 *Aktivitet* er en persons udførelse af en opgave eller en handling [4]. Aktivitet er det, som en person
454 i princippet kan varetage uden relationer med andre mennesker så som personlig hygiejne, gang,
455 madlavning og hygiejne.

456 *Deltagelse* handler om forholdet mellem individ og samfund og skal således altid forstås i relation
457 til den sammenhæng og de omgivelser, som individet er en del af. Deltagelse refererer til en
458 persons medvirken og aktive involvering i egen livssituation [4,11]. Livssituationer er de
459 hverdagslivsrutiner som børn, unge, voksne og ældre i fællesskab med familie, venner,
460 skolekammerater, kollegaer og andre interessefællesskaber engagerer sig i [12]. Deltagelse
461 repræsenterer fx personens involvering i hjemmet, institutions- og skoleliv i de tidlige år, arbejdsliv

462 senere i livet eller involvering i både organiserede og uorganiserede fritidsområder som fx
463 foreninger og kultur på tværs af livsarenaer.

464 **Mestring**

465 *Mestring* betegner de strategier og fremgangsmåder, som personer anvender til at håndtere nye,
466 svære eller måske ubehagelige situationer (reelle såvel som oplevede) og de følelser, der kommer
467 deraf. Mestring involverer altså handling, tanke og følelsesmæssig kontrol [13]. Mestring handler
468 således om personens evne til at kunne håndtere disse situationer samt om kompensering og
469 tilpasning til omgivelserne [14]. Eftersom mestring er betinget af strategier, man tilegner sig
470 gennem opvæksten, vil personer med medfødt eller tidligt erhvervet funktionsnedsættelse ofte
471 have andre forudsætninger for at tilegne sig mestringsstrategier.

472 Mestringsevne er en personlig faktor jf. ICF, der dels er medfødt, dels påvirket af personens
473 livserfaringer, kulturelle normer mv. Mestringsevnen har betydning for, hvordan personen
474 begriber, håndterer og handler i forskellige situationer, og har dermed også betydning for
475 personens funktionsevne [5].

476 **Livskvalitet**

477 *Livskvalitet* er her en betegnelse for det, der kendetegner et godt liv. Vurderingen af *livskvalitet*
478 kan bero på personens subjektive bedømmelse af sit eget liv eller på andres objektive bedømmelse
479 af en persons livsvilkår [15]. Rehabilitering skal bidrage til *livskvalitet*, som det opleves fra den
480 person, der er i rehabilitering. Livskvalitet skal således - på lige fod med aktivitet, deltagelse og
481 mestring - i denne sammenhæng forstås subjektivt, og kan dermed ses i forlængelse af en generel
482 stigende interesse for personens egne oplevelser [16,17]. Det er vigtigt at påpege, at man ikke kan
483 sidestille dårlig funktion med dårlig livskvalitet. Personer med nedsat funktion kan sagtens have
484 god livskvalitet [18]. Begrebet livskvalitet er omdiskuteret og ikke altid veldefineret, når der
485 publiceres resultater fra forskning og evaluering, fx spiller konteksten ofte en begrænset rolle i
486 standardiserede redskaber til måling af livskvalitet [18].

487 **Samarbejdsproces**

488 *Samarbejdsproces* betyder her, at rehabilitering foregår i et samarbejde mellem en person,
489 pårørende, professionelle og andre relevante parter. I rehabilitering kan *samarbejdsprocessen* ses
490 fra to perspektiver; et indefra-perspektiv og et udefra-perspektiv. Indefra-perspektivet refererer til
491 personens perspektiv, fx på egen funktionsevne, målsætning eller det kan omhandle personens
492 indre mental bearbejdningsproces, som personen går igennem. I indefra-perspektivet anerkendes
493 det, at personen med funktionsevnenedsættelse er ekspert i eget liv og dermed bidrager med
494 forståelsen af det gode liv, herunder egne personlige drømme, ønsker og håb. Udefra-perspektivet
495 refererer til den praktiske arbejdsproces, hvor professionelle tilrettelægger, koordinerer og tilbyder

496 en sammenhængende rehabiliteringsindsats [19] – også kaldet rehabiliteringsprocessen eller
497 rehabiliteringscyklus (beskrives nedenfor). Udefra-perspektivet rummer også perspektiver fra
498 personens pårørende og andre relevante parter, som måtte være involveret i rehabiliteringen.
499 I den indre proces kan personens motivation påvirkes og oplevelsen af håndterbarhed og
500 meningsfuldhed opstå, hvor den ydre proces vil bidrage til, at personen udvikler evner og
501 færdigheder og opnår bedst mulig deltagelse, mestring og livskvalitet. I rehabilitering er det
502 væsentligt, at indefra-perspektivet og udefra-perspektivet tænkes som to sideløbende perspektiver.
503 Begge perspektiver skal integreres i samarbejdsprocessen, således at personen, professionelle,
504 pårørende og andre relevante parter, som arbejder sammen, løbende reflekterer over
505 samarbejdsprocessen både i forhold til den praktiske arbejdsproces, men også i forhold til de
506 følelser og tanker personen kunne have.

507 **Pårørende**

508 *Pårørende* er mennesker, som personen i rehabilitering har en særlig relation og tillid til. Det
509 betyder, at pårørende repræsenterer personens selvvalgte netværk [5]. Pårørende kan fx være
510 familie, venner, arbejdskolleger og studiekammerater. For personer, der ikke kan give udtryk for et
511 selvvalgt netværk, kan pårørende være den nærmeste familie eller på anden måde nært knyttet til
512 personen. Hvis personen ikke kan deltage fuldt ud i oplysning og beslutninger i
513 rehabiliteringsprocessen, kan de pårørende om muligt varetage personens interesser. Det
514 tilstræbes derved, at rehabiliteringen tilrettelægges og gennemføres i overensstemmelse med
515 personens ønsker, identitet, personlighed og livsførelse. Pårørende er oftest en ressource for
516 personen i rehabilitering ved, at de kan bidrage med viden og støtte til både personen,
517 professionelle og andre relevante parter [20]. Pårørende kan i visse tilfælde også være en barriere
518 for personens rehabilitering. Det er ikke alle personer i rehabilitering, der har pårørende, ligesom
519 der kan være pårørende, der ikke ønsker eller har mulighed for at være involveret.

520 **Professionelle**

521 *Professionelle* er uddannede personer med specialiseret viden og kompetencer inden for et
522 område. De arbejder ud fra eget fags og rehabiliteringsfagets værdier, kvalitet, etik og en
523 vidensbaseret tilgang [16]. Professionelle i rehabilitering arbejder ud fra en biopsykosocial og
524 personcentreret tilgang og mestrer tilgange, der understøtter, at personens indefra-perspektiv i
525 særlig grad bliver betydningsfuldt i forhold til målet for rehabiliteringsprocessen [21]. Det betyder,
526 at professionelle anerkender, at personen med funktionsevnenedsættelse er ekspert i eget liv, og
527 dermed bidrager med forståelsen af det gode liv, herunder egne personlige drømme, ønsker og håb
528 [16,22]. Det, at professionelle både arbejder ud fra rehabiliteringsfagets og eget fags teorier,
529 modeller og etik, betyder at professionelle i rehabilitering ofte indgår i tværfagligt samarbejde, hvor

530 forskellige faglige perspektiver og personens egne perspektiver forhandles [23]. Professionelle i
531 rehabilitering har derfor brug for særlige kompetencer, som beskrives i særskilt afsnit om
532 kompetencer (kapitel 7).

533 **Andre relevante parter**

534 *Andre relevante parter* refererer til, at der i en rehabiliteringsproces kan indgå parter, som er
535 forankret i civilsamfundet. Civilsamfundet er en samlebetegnelse, der bl.a. dækker over foreninger,
536 organisationer og initiativer, og i mange tilfælde er fx civilsamfundet ikke udelukkende
537 leverandører men også samarbejdspartnere i at løse bestemte velfærdsopgaver [24]. En række
538 forskellige civilsamfundsorganisationer varetager kernevelfærdsydelse, og løser i disse
539 sammenhænge konkrete og definerede velfærdsopgaver for staten, som i høj grad har karakter af
540 serviceleverancer. Organisationerne kan være organiseret som selvejende institutioner med
541 lønnede ansatte, som løfter en professionel opgave [25].
542 Relevante parter kan indgå som en del af en rehabiliteringsproces fx i form af peer-støtte. Peer-
543 støtte er støtte til forandring mod et bedre liv, som finder sted mellem to eller flere personer, der er
544 fælles om at have levede erfaringer, og hvor mindst en af parterne har opbygget erfarings-
545 kompetencer. Erfaringskompetencer betyder, at levede erfaringer er omsat og bearbejdet, så de kan
546 bruges aktivt og eksplicit til gavn for andre [26].

547 **Rehabiliteringsindsatser**

548 *Rehabiliteringsindsatser* kan være offentlige og private tiltag, som professionelle og andre
549 relevante parter kan udøve. En indsats er kendetegnet ved at være en handling, der er koncentreret
550 og rettet mod et mål. Indsatserne i rehabilitering er kendetegnet ved at være koordinerede,
551 målrettede og vidensbaserede og har til formål at sikre bedst muligt aktivitet og deltagelse,
552 mestring og livskvalitet. Indsatserne kan være inden for beskæftigelses-, sundheds-, social- og
553 undervisningsområdet, hvor de både kan have et udviklende, støttende, vedligeholdende og
554 kompenserende sigte [5].
555 Rehabiliteringsindsatser er en del af rehabiliteringsprocessen, der i litteraturen beskrives som en
556 cyklisk proces bestående af: 1) vurdering af funktionsevne og samlet situation (i Danmark taler
557 nogle om dette som behovsvurdering), 2) målsætning - herunder beslutning om intervention og
558 aftalt evaluering 3) indsats 4) evaluering [27,28] (rehabiliteringsprocessen uddybes i kapitel 7). I
559 den cykliske rehabiliteringsproces foretages en handling efterfulgt af en refleksion. Det betyder, at
560 ét afgrænset rehabiliteringsforløb kan afføde et nyt, med afsæt i de fortløbende refleksioner,
561 erfaringer og resultater, indtil aftalte mål er indfriet. Rehabiliteringsindsatser vil derfor altid have
562 et mål og være fremadskridende og dynamiske i kraft af, at der indgår løbende evaluering og
563 justering af mål og indsats. Det skal sikres, at rehabiliteringsindsatser er i overensstemmelse med

564 personens beslutninger, ønsker, behov og muligheder, og at personen har mulighed for at udforske
565 og afprøve sine muligheder.

566 **Målrettede**

567 *Målrettede* betyder her, at alle aktører i rehabilitering (person, professionelle, pårørende og andre
568 relevante parter) arbejder mod et fælles mål, der er nedskrevet og aftalt indbyrdes.

569 Rehabiliteringsmål er beskrevet som "*en ønsket fremtidig tilstand, som en person med nedsat
570 funktionsevne kan opnå som resultat af rehabiliteringsindsatser. Rehabiliteringsmål vælges
571 aktivt, skabes bevidst, har formål og deles (hvor muligt) af de, der deltager i de forskellige
572 indsatser og interventioner ..*" [29].

573 En målrettet rehabiliteringsindsats vil ofte bestå af flere delmål, og til hver delmål vil der være
574 beskrevet en plan for indsatsen. Som nævnt under rehabiliteringsindsatser er en
575 rehabiliteringsindsats fremadskridende og dynamisk og omfatter blandt andet en beskrivelse af,
576 hvornår og hvordan indsatsen evalueres [27]. Den læring, som opnås i forbindelse med
577 rehabiliteringsforløbet, medtages i den løbende evaluering og justering af mål og tidsplan.

578 **Sammenhængende**

579 *Sammenhængende* betyder her, at de enkelte indsatser er forbundet med hinanden og udgør et
580 samlet hele. Alle parter i rehabiliteringsforløbet samordner således indsatserne indholdsmæssigt
581 og tidsmæssigt i forhold til personens mål [30,31]. Sammenhæng i indsatserne opstår, når de
582 igangsættes på rette tidspunkt, med rette intensitet og varighed, men samtidig er forbundet med og
583 koordineret i forhold til hinanden.

584 Ansvar for at indsatser bliver sammenhængende går derfor på tværs af velfærds-, myndigheds-
585 og fagområder og omfatter dermed både beskæftigelses-, sundheds-, social- og
586 undervisningsindsatser [32]. De enkelte indsatser skal tilsammen opleves som en samlet
587 rehabiliteringsproces. Den rette timing af indsatserne og vellykkede overgange fordrer en
588 koordinerende funktion, der kan varetages ved enten en professionel eller et koordinerende team
589 [33].

590 **Vidensbaserede**

591 *Vidensbaserede* betyder, at bedst tilgængelig faglig viden og metoder skal danne basis for
592 rehabiliteringsindsatserne. Vidensbaseret defineres ved at omfatte: 1) praksisbaseret viden fra
593 klinisk og lovende praksis, 2) personens egne eller nærmeste pårørendes viden og erfaringer, 3)
594 forskningsviden fra naturvidenskabelige, sundhedsvidenskabelige, samfundsvidenskabelige og
595 humanistiske resultater og udviklingsprojekter samt 4) information fra praksis, herunder lokale
596 data og information [34].

597 **Hele livssituation**

598 Personens *hele livssituation* består af de sociale omstændigheder og personlige forhold, der præger
599 personens daglige tilværelse og mulighed for udvikling [35]. Det rummer både de rammer
600 personen lever under, herunder boligforhold og økonomisk råderum. Det rummer også omfanget
601 af de muligheder, der er i samfundet, som personen kan gøre brug af. Det er fx personens helbred,
602 arbejdsstatus, skole og fritidsaktiviteter, netværk i form af børn, forældre, venner og kolleger. Den
603 hele livssituation omfatter også eksistentielle aspekter af personens liv, herunder hvordan
604 funktionsevnedesættelse, sygdom eller traume spiller ind på oplevelsen af håb og mening [36].
605 Alle faktorer, som skal tages i betragtning, når hele livssituationen skal tænkes ind i
606 rehabiliteringsprocessen.

607 **Referencer**

- 608 1. Oliver M. The politics of disablement. 1 ed. London: Palgrave; 1990. eng. (Critical Texts in Social
609 Work and the Welfare State).
- 610 2. Coulter A. Patient engagement--what works? J Ambul Care Manage. 2012 Apr-Jun;35(2):80-9.
- 611 3. FN. Konvention om Rettigheder for Personer med Handicap. 2006 [cited 2021 27. februar].
612 Available from: [https://menneskeret.dk/monitorering/internationale-](https://menneskeret.dk/monitorering/internationale-rapporter/menneskerettighedskonventioner/handicapkonventionen)
613 [rapporter/menneskerettighedskonventioner/handicapkonventionen](https://menneskeret.dk/monitorering/internationale-rapporter/menneskerettighedskonventioner/handicapkonventionen)
- 614 4. WHO. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World
615 Health Organization; 2001. (Book, Whole).
- 616 5. Socialstyrelsen. Begrebsbasen – it-understøttede sociale begreber. 2020 [cited 2021 24. maj].
617 Available from: <https://ss.iterm.dk/>
- 618 6. Bech-Jørgensen B. Når hver dag bliver hverdag. København: Akademisk forlag; 1994.
- 619 7. Morville AL, Petersen KS. Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. In: Petersen KS, Bonfils IS,
620 Schrøder I, editors. Sociologi og rehabilitering. 2. udgave ed. København: Munksgaard; 2019. p. 181-
621 197.
- 622 8. Borg T. Kan teori om hverdagsliv udfordre ergoterapeuter. Ergoterapeuten (Norsk). 2016 (1):38-47.
- 623 9. Kılınç S, Erdem H, Healey R, et al. Finding meaning and purpose: a framework for the self-
624 management of neurological conditions. Disabil Rehabil. 2020 May 14:1-12.
- 625 10. Marselisborgcentret, Rehabiliteringsforum Danmark. Rehabilitering i Danmark: Hvidbog om
626 rehabiliteringsbegrebet. Århus: Rehabiliteringsforum Danmark; 2004. (Book, Whole).
- 627 11. Imms C, Adair B, Keen D, et al. 'Participation': a systematic review of language, definitions, and
628 constructs used in intervention research with children with disabilities. Dev Med Child Neurol. 2016
629 Jan;58(1):29-38.
- 630 12. Kissow AM. Deltakelse. In: Bergkvist TP, Gjessing B, Kissow AM, et al., editors. Barn og unge med
631 funksjonsnedsettelse : aktivitet og deltagelse i fellesskap. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. p. 170 s.
- 632 13. Metner L, Storgård P. Mestring og Mestringsstrategier. PsykologCentret KRAPcom. 2007.
- 633 14. Lazarus RS. Stress og følelser - en ny syntese. 1. udgave, 2. oplag ed. København: Akademisk Forlag;
634 2006. dan.
- 635 15. Elsass P, Hartling O. Livskvalitet i Den Store Danske på lex.dk. [cited 2021 24. september]. Available
636 from: <https://denstoredanske.lex.dk/livskvalitet>
- 637 16. Wade DT. What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based
638 description. Clin Rehabil. 2020;34(5):571-583.
- 639 17. Haraldstad K, Wahl A, Andenaes R, et al. A systematic review of quality of life research in medicine
640 and health sciences. Qual Life Res. 2019 Oct;28(10):2641-2650.
- 641 18. Fellinghauer B, Reinhardt JD, Stucki G, et al. Explaining the disability paradox: a cross-sectional
642 analysis of the Swiss general population. BMC Public Health. 2012 Aug 15;12:655.
- 643 19. Bredland E, Linge O. Rehabiliteringsprocessen. In: Jensen L, Petersen L, Stokholm G, editors.
644 Rehabilitering : teori & praksis. 1. udgave ed. København: Munksgaard; 2007. p. 326 sider.

- 645 20. Rottmann N, Norup A, Dieperink KB. Informal caregiving in life-threatening or chronic illness. In:
646 Pedersen SS, Roessler KK, Andersen TE, et al., editors. Textbook of Applied Medical Psychology. A
647 Multidisciplinary Approach. Syddansk Universitetsforlag: Syddansk Universitetsforlag; In press.
- 648 21. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in
649 the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1993;16(4):11-23.
- 650 22. Glintborg C, Birkmose D. "Hvis man havde set mig som menneske fremfor bare min skade" –
651 Indefra-perspektiver på dansk neurorehabilitering. Forskning i Pædagogers Profession og
652 Uddannelse. 2018;2(1):33-48.
- 653 23. Thuesen J, Neidel A. Aktører i rehabiliteringsprocessen. Sociologi og rehabilitering: Munksgaard;
654 2019. p. 198-215.
- 655 24. Hygum Espersen H, Andersen LL, Olsen L, et al. Understøttelse og udvikling af det frivillige sociale
656 arbejde - En analyse af udviklingstendenser og behov for kontinuitet og forandring i nationale
657 virkemidler. Kbh: VIVE; 2018.
- 658 25. Hygum Espersen H, Olsen L. At skabe deltagelse for borgere med handicap gennem frivillig
659 faglighed : Evaluering af to partnerskaber mellem kommuner, frivilligcentre og andre aktører. Kbh:
660 VIVE; 2018.
- 661 26. Olsen L, Jensen MCF. Inspirationshæfte. Peer-to-peer-fællesskaber mellem socialt udsatte: Det
662 Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2019. Available from:
663 <https://www.vive.dk/media/pure/12302/2561411>.
- 664 27. Dean SG, Siegert RJ, Taylor WJ. Interprofessional rehabilitation : a person-centred approach.
665 Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell; 2012. eng.
- 666 28. Lund H, Hjortbak BR. Grundlaget for rehabilitering. 1. udgave ed. København: Munksgaard; 2017.
- 667 29. Levack WM, Weatherall M, Hay-Smith EJ, et al. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit
668 for adults with acquired disability participating in rehabilitation. Cochrane Database Syst Rev. 2015
669 Jul 20(7):CD009727.
- 670 30. Momsen AM, Rasmussen JO, Nielsen CV, et al. Multidisciplinary team care in rehabilitation: an
671 overview of reviews. J Rehabil Med. 2012 Nov;44(11):901-12.
- 672 31. Korner M, Butof S, Muller C, et al. Interprofessional teamwork and team interventions in chronic
673 care: A systematic review. J Interprof Care. 2016;30(1):15-28.
- 674 32. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om kommunal rehabilitering. 2011.
- 675 33. Mortensen OS. Litteraturoversigt over virksomheders indsats for fastholdelse af personer med
676 arbejdsskader. Holbæk: Arbejds- og Socialmedicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus; 2017.
- 677 34. Hoffman TC, Bennett S, Del Mar CB. Introduction to evidence-based practice. Evidence-Based
678 Practice Across the Health Professions. 3rd ed. Chatswood NSW: Elsevier; 2017. p. 439.
- 679 35. Hjortbak BR. Udfordringer til rehabilitering i Danmark. 1. udg. ed. Aarhus: Rehabiliteringsforum
680 Danmark; 2011.
- 681 36. Graven V, Olsen JB. Hvor der er håb: fra teori til sundhedsfaglig praksis. Nakskov: Nota; 2020.

682 **Kapitel 3 Dilemmaer og udfordringer i rehabilitering**

683 I dette kapitel trækkes en række generelle dilemmaer og udfordringer op for fremtidig udvikling af
684 rehabiliteringsområdet. Kapitlet har en problematiserende og diskuterende karakter, og ser tilbage
685 på udviklingen fra 2004. De dilemmaer og udfordringer der præsenteres i kapitlet er udvalgt som
686 de mest centrale, og vil derfor ikke være udtømmende for rehabiliteringsområdet.

687 Først i kapitlet diskuteres selve anvendelsen af begrebet rehabilitering og de tilpasninger, der kan
688 observeres i forståelsen og anvendelsen af begrebet. Herefter diskuteres to af kerneelementerne i
689 rehabilitering nemlig "det sammenhængende rehabiliteringsforløb" samt "vidensbaseret af
690 rehabilitering". Disse to temaer er valgt, fordi de peger på komplekse udfordringer i
691 rehabiliteringspraksisser og sætter spot på, hvordan fremtidens rehabilitering kan forbedres.

692 **Anvendelse af begrebet rehabilitering**

693 I Danmark er der ikke én officiel, politisk besluttet definition af rehabilitering. Hvidbogen fra 2004
694 havde til formål at skabe en fælles forståelse, der bygger på fælles værdier og kerneelementer i
695 rehabilitering [1]. Hvidbogens forståelse skal ses i sammenhæng med internationale dokumenter,
696 som underbygger værdier og kernelementer i rehabilitering. Den danske regering har i 2009
697 ratificeret FN's Handicapkonvention og hermed anerkendt rehabilitering og rehabilitering som en
698 menneskeret [2].

699 Siden 2004 er rehabiliteringsbegrebet skrevet ind i lovgivningen i henholdsvis Lov om aktiv
700 beskæftigelsesindsats [3] og Serviceloven [4], men med forskellig vægtning af hvordan begrebet
701 forstås. Det kan skabe en udfordring i at nå frem til en fælles forståelse af, hvad rehabilitering
702 handler om. I Lov om aktiv beskæftigelsesindsats er rehabiliteringsbegrebet taget i anvendelse som
703 betegnelse for et tværfagligt team, der vurderer og giver indstilling om ressourceforløb, fleksjob og
704 førtidspension, og som betegnelse for den plan, der bliver udarbejdet sammen med den
705 involverede person [3]. Lovgivningen foreskriver, at såvel rehabiliteringsteamets og
706 rehabiliteringsplanen vurderinger skal have et beskæftigelses- eller uddannelsesmål, selv om dette
707 kan være på langt sigt. Det rejser dilemmaet, om der sker en "tilpasning" over mod
708 samfundsmæssige mål, som flytter perspektiver væk fra en person-centreret tilgang, hvor det er
709 personens drømme, værdier og mål, der er omdrejningspunktet for rehabilitering. I Servicelovens
710 §83a er målet med rehabilitering, at personens funktionsevne forbedres for at gøre personen mere
711 selvhjulpne og hermed nedsætte behovet for offentlig hjælp [4]. Det rejser også dilemmaet om, der
712 sker en "tilpasning" væk fra, at rehabilitering har fokus på et meningsfuldt liv, hvor personen får
713 kontrol over eget liv i det omfang, som personen selv ønsker det, over mod et samfundsmæssigt
714 mål om bedst mulig funktionsevne [1].

715 Gennem tiden har sprogbruget om personer, der deltager i rehabilitering, forandret sig. Tidligere
716 anvendtes betegnelser som "handicap" og "handicappede", ud fra et fokus på den enkeltes defekt
717 eller funktionsnedsættelse [5]. I dag er ordvalget ændret, så personen sættes i centrum, og der er
718 fokus på personens perspektiver i forhold til egne oplevelser af eget liv, livsbetingelser og ønsker til
719 livet [5]. Opmærksomhed på ordvalg er vigtigt, da måden, der tales om personen på, kan have
720 konsekvenser. Ord danner følelser, og ord kan være med til at fremme ligeværd – men kan også
721 stigmatisere. Ordvalg er derfor også et vigtigt element i at omsætte værdier i rehabilitering til
722 praksis.

723 At omsætte idealer og kerneelementer fra definitionen af rehabilitering til praksis fordrer tiltag fra
724 mange sider herunder, at de professionelle har kompetencer hertil, og at de organisatoriske
725 rammer understøtter en rehabiliterende praksis. Rehabilitering er kommet ind i uddannelsen af
726 professioner på tværs af sundheds- og socialfaglige uddannelser, og der udbydes i dag enkelte
727 rehabiliteringslinjer på universitetsniveau. Det er dog behov for at undervisningen løftes, så der
728 sikres mere fælles faglig forståelse og tilgang til rehabilitering blandt de professionelle, som indgår
729 i tværprofessionelle samarbejdsformer. Dernæst kræver det øget fokus fra de organisationer, de
730 professionelle er ansat i, hvor opgaver, mål og driftsformer ikke nødvendigvis harmonerer med de
731 rehabiliterende perspektiver og tilgange, de professionelle har lært igennem uddannelse [1].
732 Rehabilitering kan udgøre en kerneopgave i en given organisation, mens det i andre organisationer
733 er en periferiopgave eller betragtes som sådan. Professionelle kan stå i et krydspres mellem at leve
734 op til organisatoriske mål om produktivitet og flow og opleve at handlerummet for tid til nærvær og
735 til at yde en individuelt tilpasset og fleksibel indsats kommer under pres [6]. Organisatoriske,
736 administrative og styringsmæssige forhold er ikke nødvendigvis indrettet på at understøtte det
737 fundament og de forståelser, det kræver at arbejde med rehabilitering. Der er således behov for et
738 styrket fokus på, hvordan professionelles kompetencer, vidensbasering, organisering og styring kan
739 gå hånd i hånd med denne hvidbogs idealer, for at disse operationaliseres i praksis.

740 **Sammenhængende rehabiliteringsforløb**

741 For at professionelle kan forenes i en fælles forståelse af rehabilitering, er det vigtigt, at
742 rehabilitering anskues som en samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og
743 andre relevante parter. Mange faktorer har indvirkning på denne samarbejdsproces. Særligt de
744 strukturelle og organisatoriske rammer har betydning for både personen og de pårørendes
745 oplevelse af processen, de professionelles arbejdsvilkår samt koordinering og sammenhæng i
746 indsatser.

747 Det strukturelle niveau

748 De strukturelle rammer for rehabilitering fastsættes bl.a. via lovgivning, retningslinjer og
749 programmer, som udmeldes fra ministerier og styrelser. Regioner og kommuner rammesætter
750 rehabilitering med afsæt i lokale kvalitetsstandarder, serviceniveau og økonomi. Herigennem
751 skabes strukturelle og forståelsesmæssige rammer for den rehabiliterende praksis. Det danske
752 samfund er i konstant forandring, og strukturer og rammer forandres derfor også løbende i forhold
753 til rehabiliteringsarbejdet inden for social-, sundheds-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet. Et
754 blik tilbage viser, at der er sket meget med den måde, den offentlige sektor styres på. Den offentlige
755 sektor har bevæget sig fra det, som kan karakteriseres som formynderstaten, hvor bureaukratiet og
756 professionernes faglighed dominerede ift. at træffe valg på den enkelte persons vegne til, at der i
757 1980'erne blev introduceret mere markedslignende styringsformer også benævnt "New Public
758 Management" (læs mere i kapitel 8). I dag ses flere forskellige styringsformer, som sameksisterer,
759 men de kan også stå i et modsætningsforhold til hinanden. På samme tid er den statslige styring
760 blevet mere responsiv ved at involvere personen i rehabilitering, både via fritvalgsordninger og i
761 samskabende processer. Dertil er styring af de regionale og kommunale indsatser blevet rammesat
762 af en øget standardisering, som skaber gennemsigtighed og (minimums)krav til indhold og form
763 [7]. Standardisering af ydelser og arbejdsprocesser er bl.a. indført for at kunne måle en række
764 komplekse aktiviteter som fx rehabiliteringsforløb. Denne standardisering leder til, at de
765 professionelles opgaver inden for fx sundhedsområdet bliver defineret og målt via den enkelte
766 afdelings eller hospitals evne til at imødekomme standardens opstillede kvalitetsmål. Hermed får
767 borgere (og politikere) mulighed for at sammenligne ydelser på tværs af afdelinger, hospitaler og
768 regioner. Når standarder for målopfyldelse gøres ensbetydende med god kvalitet, er der risiko for
769 at de aspekter, som falder uden for standarden usynliggøres, eks. de professionelles faglige skøn og
770 vurderinger i et givent rehabiliteringsforløb. Eller at det bliver vanskeligt at tilpasse indsatser
771 individuelt til personens ønsker og behov. Det kan fx ske når Hr. Jensen får støtte til at støvsuge,
772 da det er den ydelse han har fået bevilliget, selv om Hr. Jensen hellere vil have hjælp til at gå en lille
773 tur rundt i haven [8].

774 De strukturelle rammer for rehabilitering blev også grundlæggende ændret med
775 kommunalreformen i 2007. Hensigten med reformen var at skabe en mere effektiv og
776 sammenhængende offentlig sektor, hvor de nye større kommuner kunne levere faglige og
777 økonomisk bæredygtige serviceydelser tættere på den enkelte person. Kommunerne fik det fulde
778 myndigheds- og finansieringsansvar for de specialiserede sociale opgaver for personer med
779 funktionsnedsættelse. De beskæftigelsesrettede indsatser blev samlet i kommunale jobcentre, for
780 både forsikrede og ikke forsikrede ledige. Med reformen fulgte en opgaveændring af de
781 sundhedsfaglige rehabiliterings- og genoptræningsindsatser til kommunerne. Samtidig har den

782 generelle reduktion i indlæggelsestiden i hospitalsregi betyder, at kommunerne har overtaget
783 ansvaret for et større antal personer med komplekse pleje-, behandlings- og rehabiliteringsbehov. I
784 forlængelse af kommunalreformen blev der etableret sundhedskoordinationsudvalg og
785 sundhedsaftaler, der skulle være en stærk katalysator for at sikre samordning og sammenhæng i de
786 forløb, der går på tværs af region og kommune [9]. Med dem introduceredes også
787 forløbsprogrammer, der er en standardiseret beskrivelse af den tværfaglige, tværsektorielle,
788 koordinerede og evidensbaserede sundhedsfaglige indsats samt opgavefordeling, samarbejde og
789 koordinering mellem involverede aktører med udgangspunkt i en given patientgruppe [10]. Nogle
790 programmer omfatter derudover indsatser på social-, beskæftigelses- og/eller
791 undervisningsområdet, hvor disse er centrale for den sundhedsfaglige indsats og det samlede
792 forløb. Målet er, at forløbsprogrammerne skal føre til en bedre og mere ensartet kvalitet på tværs af
793 regioner og kommuner. I de enkelte regioner er der udarbejdet og implementeret
794 forløbsprogrammer for en lang række sygdomme på baggrund af bedste viden og evidens¹. På det
795 strukturelle niveau er der således sket en rammesætning af rehabilitering både via lovgivning,
796 aftaler, programmer og retningslinjer med henblik på at skabe en koordineret og
797 sammenhængende indsats for den enkelte person. Set fra personens perspektiv er målet, at denne
798 udvikling kan lede til bedre kvalitet og sammenhæng i rehabiliteringsprocessen. Samtidig kan der
799 også opstå en række dilemmaer.

800 Et dilemma kan fx opstå, når forløbsprogrammer tager afsæt i et biomedicinsk, diagnostisk
801 perspektiv i stedet for et biopsykosocialt perspektiv, hvor interaktionen med omgivelserne er
802 central. Når forløbsprogrammer bliver vejledende for samfundets måde at tilrettelægge
803 behandling, rehabilitering og tildele ressourcer og indsatser på, kan det stå i modsætning til den
804 enkelte persons perspektiv, som fordrer at tildeling og udvikling af indsatser tager udgangspunkt i
805 personens individuelle samlede livssituation. Når det biomedicinske perspektiv bliver
806 dominerende for de rehabiliterende indsatser, er der risiko for, at andre aspekter så som de
807 psykosociale og eksistensmæssige aspekter overses. Udfordringen er således at "se og tilgodese" det
808 hele menneske, ud fra den livssituation personen befinder sig i. Et andet dilemma kan opstå, når de
809 tilbud, "systemet" stiller til rådighed, er udviklet ud fra bestemte normer. Det kan være
810 forventninger til at deltage på et bestemt tidspunkt og sted, i en gruppeindsats med andre med
811 lignende sygdom eller funktionsnedsættelse, eller at kunne transportere sig hen til et bestemt sted.
812 Personer og pårørende kan opleve, at det er vanskeligt at leve op til systemets normer. Fx kan det
813 være, at personen lever et mere ustruktureret liv, end det er normen i samfundet, eller personen
814 har vanskeligt ved at transportere sig til et bestemt sted. Måske har personen andre prioriteringer

¹ Der findes forløbsprogrammer fx hjerte-kar, diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), kræftsygdomme, osteoporose, muskel-skeletlidelser, overfølsomheds-sygdomme, psykiske lidelser, demens, rehabilitering af børn og voksne med erhvervet hjerneskade, forløbsprogramdelen om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft

815 og ønsker for sit liv. Det stiller nogle personer i en ulige position i forhold til at kunne få udbytte af
816 rehabilitering, særligt når tilbud og indsatser udvikles og tilbydes på systemets præmisser. En
817 fremadrettet udvikling vil her fordre mere samskabende processer, hvor professionelle
818 samarbejder med personer, pårørende og andre relevante parter om at udvikle rehabiliterende
819 indsatser, der bedre matcher den enkelte persons behov og livssituation. Tilrettelæggelsen af
820 forskellige indsatser, som en person har behov for, kan også udgøre et dilemma. Der kan være
821 tendens til seriel tænkning i tilrettelæggelsen af rehabiliteringsindsatser på det strukturelle niveau,
822 som medfører, at fx genoptræning og rehabilitering ses som en opfølgning på behandling. En
823 person kan have behov for flere ydelser samtidig, hvilket taler ind i en mere dynamisk
824 tilrettelæggelse af indsatser, hvor flere indsatser kan forløbe parallelt [11]. Andre dilemmaer kan
825 opstå, når personen har flere diagnoser (multisygdom) eller en kompleks
826 funktionsevnededsættelse evt. uden klar diagnose og med udfordringer både af fysisk, psykisk,
827 kognitivt og social karakter. Her opstår dilemmaet – for hvilken diagnose eller nedsatte funktion,
828 skal have forrang for andre? Der kan også være systemmæssige vilkår, som vanskeliggør
829 integration mellem socialfaglige-, sundhedsfaglige-, beskæftigelsesfaglige- og uddannelsesfaglige
830 tiltag, hvilket peger på udfordringer i de organisatoriske rammer for rehabilitering.

831 **Det organisatoriske niveau**

832 Koordinering af rehabilitering er i høj grad en organisatorisk opgave, som handler om, hvordan
833 specialenheder, hospitalsafdelinger, kommunale og private leverandører samarbejder og
834 samordner deres indsatser i et forløb. Koordinering på tværs af sektorer og forvaltningsområder
835 kan være udfordret af flere forhold på trods af gennemtænkte og veltilrettelagte strukturer og
836 procedurer. Den lovgivende rammesætning af opgaver og muligheder er udviklet ud fra et
837 sektorperspektiv og med forskellige formål. Som eksempel skal indsatser i de kommunale jobcentre
838 have et job- eller uddannelsesmæssigt sigte, hvor målsætningen i de kommunale sociale indsatser,
839 kan handle om øget livskvalitet. Der er gennemført flere projekter med henblik på at styrke det
840 koordinerende samarbejde mellem sektorer og enheder [12-15]. Der er ligeledes udviklet forskellige
841 organisatoriske modeller, som retter sig mod en graduering af koordinering set i forhold til
842 personens funktionsnedsættelse og dermed behov. For personer med mindre komplekse behov kan
843 koordinering skabes via samarbejdsformer med faste rammer for informationsudveksling og
844 møder. For personer med mere komplekse behov og funktionsnedsættelse anbefales bl.a.
845 koordinatorfunktioner, tværfaglige teams eller etablering af integrerede indsatser, hvor behandling
846 og rehabilitering integreres i samme organisatoriske enhed [16]. Disse modeller kan understøtte
847 den organisatoriske koordinering - men spørgsmålet er, om de også skaber sammenhæng set fra
848 personens perspektiv? I praksis kan personen i rehabilitering eller personens pårørende opleve, at
849 de selv kommer til at varetage store dele af koordineringsopgaven. Det kan være en udfordring, at

850 der fra organisatorisk side kan selekteres i, hvem der kvalificerer sig til at høre under en
851 koordinatorfunktion, fx når der er en ramme, der kun inkluderer personer med de mest komplekse
852 rehabiliteringsbehov. Dette kan ekskludere personer med et mindre rehabiliteringsbehov, men som
853 stadig har behov for hjælp til koordinering. Potentielt kan der på denne vis skabes ulighed i
854 rehabilitering, da der er forskel på menneskers evner i forhold til at varetage koordinering [17].

855 Koordinering handler dog ikke kun om at finde frem til de rigtige organisatoriske modeller.
856 Samarbejdet mellem de professionelle kan være udfordret af forskelligt fagsprog,
857 problemforståelser, traditioner og kulturer. For at et rehabiliteringsforløb bliver en succes, er der
858 behov for, at de professionelle har indsigt i både egen faglighed og kendskab til hinandens faglige
859 tilgange og rammevilkår for arbejdet. Der er også behov for, at professionelle kan kommunikere på
860 måder, som er informative og forståelige for samarbejdspartneren (læs mere om de
861 professionelles kompetencer i kapitel 7). Dertil kommer, at videregivelse og
862 informationsudveksling af personoplysninger på tværs af sektorer og forvaltninger sker via de
863 professionelles håndtering af fx oplysningspligt og informeret samtykke, sådan som
864 Databeskyttelsesforordningen foreskriver [18]. Når private aktører er en del af det set-up, der er
865 omkring personen i rehabilitering, fx i forbindelse med hjemmepleje, kompliceres koordineringen
866 yderligere. Udfordringen kan bestå i, at den private aktør har andre rammevilkår end offentlige
867 leverandører og kan have modsatrettede incitamenter i forhold til rehabilitering [19,20].

868 For personen, de pårørende og andre relevante parter kan det at deltage i koordineringen af
869 rehabiliteringsforløbet skabe en oplevelse af ejerskab og sammenhæng til eget hverdagsliv. For
870 personen, pårørende og andre relevante parter er rehabilitering dog også forbundet med en indre
871 proces (se kapitel 7), hvor oplevelsen af sammenhæng kan afhænge af, hvordan processen
872 tilrettelægges, om man kan se meningen med indsatsen samt forstå og overskue de tiltag og
873 indsatser, man deltager i. I rehabiliteringsprocessen bliver selve målsætningsseancen ofte
874 omdrejningspunktet, hvor de organisatoriske rammer og vilkår skal kunne forenes med personens
875 præferencer, drømme og håb for et meningsfuldt liv [21]. Det fordrer et blik for et samskabende
876 rehabiliteringsforløb, hvor personens og pårørendes behov samt lærings- og udviklingsprocesser,
877 forenes i et samspil med de organisatoriske driftsvilkår og logistiske rammer for fx de
878 professionelles arbejdstid, arbejdssted og faglige råderum. Et eksempel på, dette kan illustreres ved
879 et neurorehabiliteringsforløb, hvor der er aftalt et møde med henblik på opfølgning på en tidligere
880 målsætning. For at muliggøre deltagelse af personen selv, pårørende og alle relevante
881 professionelle, er mødet placeret om eftermiddagen. Hvis eftermiddagen er det tidspunkt, hvor
882 personen er stærkest påvirket af træthed og dermed har nedsat kapacitet i forhold til kognitive
883 funktioner og processer – så kan rammerne være begrænsende for personens deltagelse.

884 Fremadrettet er der behov for et styrket blik på, hvordan personens indefra-perspektiv og de
885 professionelles udefra-perspektiv kan forenes med henblik på at skabe koordinering og
886 sammenhæng i rehabilitering. Standardisering via procedurer, programmer og retningslinjer kan
887 skabe generelle rammer for koordinering, men det er vigtigt at bemærke, at standardisering ikke
888 må ske på bekostning af den personcentrerede tilgang med vurdering af individuelle behov. Der er
889 således behov for at rehabilitering tilrettelægges fleksibelt med henblik på personens livsførelse i
890 hverdagslivet.

891 **Vidensbasering af rehabilitering**

892 Et indblik i de strukturelle og organisatoriske rammer viser med tydelighed, at rehabilitering er et
893 komplekst praksisfelt. Det er præget af tværororganisatoriske tilgange, involvering af mange
894 målgrupper og forskellige indsatser, faggrupper på tværs af social-, sundheds-, beskæftigelses- og
895 uddannelsesområder, pårørende og andre relevante parter, ligesom det omgivende samfund, har
896 betydning for den enkelte persons funktionsevne, rehabiliteringsbehov og -proces [22]. Denne
897 kompleksitet stiller den fremadrettede rehabiliteringspraksis over for udfordringer i forhold til at
898 styrke vidensbaseringen. Der er behov for at udbygge forskningen i rehabilitering og forbinde
899 forskning med praksisudvikling, for herigennem af kunne styrke vidensbasering af rehabilitering.
900 Derfor er det nødvendigt at se på, hvordan rehabiliteringsforskningen fremadrettet udvikler sig for
901 at imødekomme denne kompleksitet. Hvilken viden er der brug for? Hvem definerer hvilke emner
902 og spørgsmål, der forskes i? Hvordan finansieres forskningen? Hvordan omsættes
903 forskningsbaseret viden til rehabiliteringspraksis? Hvilken position har forskningsbaseret viden i
904 rehabiliteringspraksis i forhold til andre videnstyper såsom de professionelles og personens egen
905 viden, perspektiver og erfaringer? Vurdering af rehabiliteringsindsatser kræver systematisk
906 dataindsamling, der skal inkludere oplysninger om indsatsen på tværs af faggrupper og sektorer.
907 Data skal dermed indhentes fra flere steder for at opnå et samlet billede af omfang og udgifter. For
908 at vurdere effekterne på tværs af sektorer og faggrupper vil det kræve standardiserede oplysninger
909 om funktionsevne og ressourceforbrug knyttet til det enkelte rehabiliteringsforløb.

910 **Forskning i rehabilitering**

911 Forskning og udvikling kan defineres som *skabende arbejde foretaget på et systematisk grundlag*
912 *for at øge den eksisterende viden, samt udnyttelse af denne viden til at udtænke nye*
913 *anvendelsesområder* [23]². For at imødekomme de beskrevne udfordringer, er der behov for, at
914 rehabiliteringsforskning udspringer af praksis, det vil sige så tæt som muligt på den rehabilitering,
915 der udøves over for personer med rehabiliteringsbehov. Rehabiliteringsforskning bør udvikles som

² <https://ufm.dk/forskning-og-innovation/statistik-og-analyser/hvad-er-forskning-innovation-og-udvikling>

916 en integreret del af eksisterende forskningsmiljøer inden for beskæftigelses-, sundheds-, social- og
917 uddannelsesforskning. Rehabiliteringsforskning bør samtidig være forankret i den biopsykosociale
918 forståelse af sundhed og sygdom, som afspejles i ICF-modellen, samt henviser til forståelse af
919 rehabilitering, som det er defineret i denne hvidbog. Forskningen skal have et tydeligt
920 rehabiliteringsfokus, hvor funktionsevne, aktivitet og deltagelse ansues i samspil med personens
921 helbredstilstand, sociale vilkår og personlige samt omgivelsesmæssige faktorer [22]. Forskningens
922 formål er helt afhængig af det spørgsmål, der stilles, fx resultat af en given indsats, betydning for
923 personen, professionelle eller samfundet. Det fordrer et helhedsperspektiv, som bringer forskellige
924 forskningsdiscipliner og -traditioner i spil på tværs af sundheds-, samfundsvidenskabelig og
925 humanistisk forskning. Dette med henblik på at understøtte, at forskellige vidensformer
926 komplementerer hinanden og, at det øger mulighederne for at få indsigt i den kompleksitet og
927 mangfoldighed, som rehabiliteringspraksis består af. Der kan hentes inspiration til
928 rehabiliteringsforskning i de nævnte referencer [22,24,25].

929 Der er igennem årene sket en intensivisering af det politiske og faglige fokus på evidens- og
930 vidensbaseret praksis båret frem af internationale og nationale strømninger, omtalt som
931 evalueringsbølger [26]. Disse strømninger har rod i forskellige forskningsdiscipliners
932 videnskabssyn. Inden for den medicinske forskning har der været tradition for at gennemføre
933 effektstudier, hvor randomiserede kontrollerede forsøg ses som "guldstandard". Inden for de
934 samfunds- og humanvidenskabelige forskningsdiscipliner har der været tradition for bredere
935 perspektiver på, hvad der kan udgøre relevante forskningsspørgsmål og dermed forskellige
936 metoder, - kvantitative såvel som kvalitative. I tråd med at mere tværvideenskabeligt samarbejde
937 vinder frem har det ført til en erkendelse - og anerkendelse af, at der må anvendes forskellige
938 forskningstraditioner og -metoder for at belyse og bidrage med relevant viden.

939 Rehabiliteringsfeltets kompleksitet kalder derfor på forskningsdesigns, som kan rumme denne
940 kompleksitet, inddrage teorier og metodiske designs fra forskellige forskningstraditioner på tværs
941 af både kvantitative og kvalitative tilgange. Eksempler på dette ses i studier designet med afsæt i
942 komplekse interventioner [25]. Rehabiliteringsforskningen påvirkes også af de strømninger, der
943 aktuelt viser nye veje for, hvordan viden kan produceres i samskabelse mellem forskere, personer
944 med funktionsevnededsættelse, pårørende og andre relevante parter samt brugerorganisationer og
945 professionelle. Det ses, når personer med funktionsevnededsættelse og pårørende involveres i dels
946 at identificere problemer og dels definere, hvad der er relevante forskningsspørgsmål for
947 efterfølgende at deltage i dele eller hele forskningsprocessen [27,28].

948 At forskning indgår som et grundlag for en vidensbaseret rehabiliteringspraksis fordrer derfor, at
949 både forskning og praksis har en forståelse, der er båret af nysgerrighed, og som stiller forskellige
950 typer af spørgsmål til rehabilitering. Endvidere er der behov for at udvikle rehabiliteringspraksis

951 med en ydmyghed overfor og anerkendelse af, at forskellige forskningstilgange og metoder
952 komplementerer hinanden.

953 Når forskningen forholder sig til det vidensbehov, som udspringer af praksis og kommer fra de
954 personer, der har behov for rehabilitering, kan det forventes, at forskningen bedre bidrager til
955 forankring og implementering af viden og dermed til kvalitetsudvikling af praksis. I Danmark ses
956 en udvikling, hvor kommunerne har overtaget og også forandret deres praksis i en rehabiliterende
957 retning. Det er dog uklart, om denne udvikling er foregået på et forskningsmæssigt vidensgrundlag,
958 ligesom der ikke er fulgt forskningsmidler med til denne udvikling [29]. Selvom kommunerne i
959 stigende omfang er begyndt at vægte systematisk dataindsamling med henblik på
960 kvalitetsudvikling og sammenligning med andre kommuner [30], så er der stadig et stykke vej til
961 den hospitalsbaserede dataindsamling, hvor forskning i højere grad er en integreret del af den
962 daglige praksis. Udviklingen af en mere vidensbaseret rehabiliteringspraksis skal derfor gå hånd i
963 hånd med et styrket fokus på kommunernes vilkår og rammer for at arbejde vidensbaseret. Det
964 fordrer nye tilgange til samspil mellem forskning og praksis. En positiv udvikling, der er set i de
965 senere år, er at for at få midler til kommunale udviklingsprojekter, stilles der krav om
966 forskningsunderstøttelse. Der ses imidlertid stadig en manglende prioritering af forskningsmidler
967 til rehabiliteringsområdet.

968 **Vidensbaseret – et samspil mellem forskning og rehabiliteringspraksis**

969 Denne hvidbogsdefinition af rehabilitering rammesætter, at rehabiliteringsindsatser er
970 vidensbaserede. Der er således krav og forventninger til, at professionelle bygger deres tilgange og
971 indsatser på den nyeste viden. Det sker ud fra en forventning om, at viden kan sikre, at praksis ikke
972 er tilfældig eller vanemæssig, men må forventes at have de ønskede virkninger for de personer, den
973 retter sig mod [31]. Men hvad implicerer det så at vidensbasere rehabiliteringspraksis?

974 Som udgangspunkt findes der indsatser, hvor forskning og evidens kan påvise, at indsatsen hjælper
975 bestemte personer og deres problemstillinger. Samtidig er der stadig en del praksis på området,
976 hvor der ikke er så meget viden om virkningen af en given indsats [32]. Det betyder dog ikke, at det
977 dermed er en praksis kendetegnet af dårlig kvalitet. Der er andre elementer end den
978 forskningsbaserede viden, der gør, at man kan betragte og anerkende en praksis som
979 vidensbaseret, og som derfor kan skabe kvalitet, resultater og virkninger sammen med de enkelte
980 personer, professionelle og velfærdssamfundet [32]. I denne hvidbog forstås vidensbaseret som et
981 samspil mellem 1) praksisbaseret viden og lovende praksis, 2) personens egne eller nærmeste
982 pårørendes viden og erfaringer, 3) forskningsviden fra naturvidenskabelige,
983 sundhedsvidenskabelige, samfundsvidenskabelige og humanistiske resultater og

984 udviklingsprojekter samt 4) information fra praksis, herunder lokale data og information (figur 2)
985 [33].

986

987

988

989

990

991

992

993

994

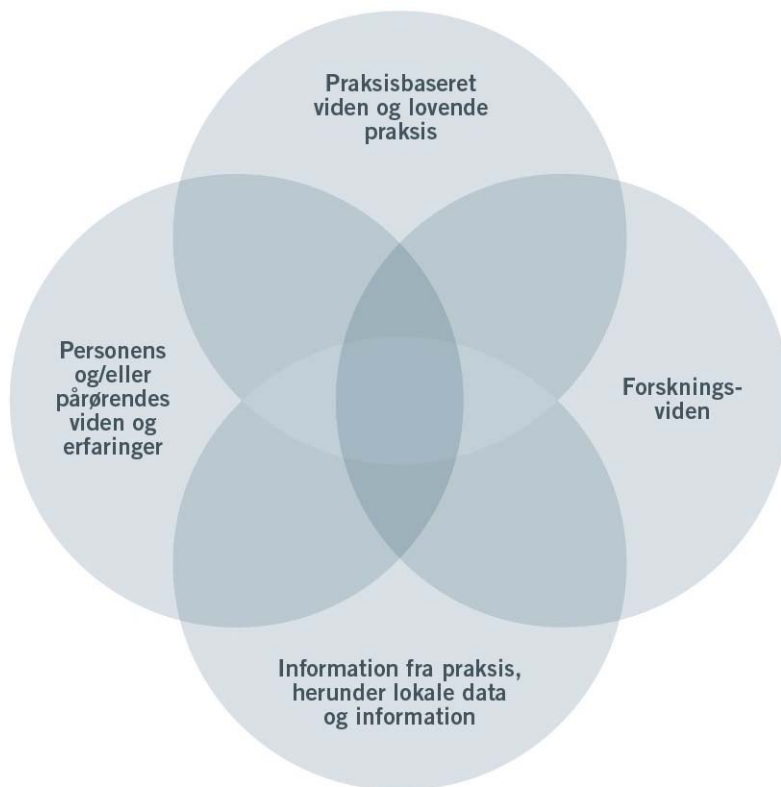
995

996

997

998

999



1000
1001
1002
1003
1004
1005
1006
1007
1008
1009
1010
1011
Figur 2. Vidensbasering med inspiration fra Hoffman, Bennet & Mar [33]

1000

1001 I projektet "Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede socialområde" peger Det
1002 Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) og Socialstyrelsen på fire hovedkategorier med
1003 tilhørende elementer, som understøtter en lovende praksis. Hovedkategorierne omfatter [32]:

- 1004 • betydningen af, at praksis er forankret i veldefineret teori, og i den aktuelt bedst
1005 tilgængelige viden/evidens
- 1006 • at praksis er velbeskrevet
- 1007 • at praksis understøtter en fælles professionel faglig refleksion og en individuel
1008 tilrettelæggelse med involvering af personens perspektiver
- 1009 • at praksis omfatter systematisk monitorering og opfølgning på virkning af indsatserne.

1010 Det viser en tilgang til vidensbasering, hvor også teoretisk viden, systematisk tilrettelæggelse,
1011 kritisk faglig refleksion over egen praksis og personens forståelser og forslag til indsatser er

1012 væsentlige vidensformer, som rehabiliterende praksis også må basere sig på for at leve op til
1013 forventningen om vidensbaseret praksis og kvalitet [31].

1014 At bedrive vidensbaseret rehabiliteringspraksis kræver kendskab til praksis og til integration af
1015 forskellige vidensformer i praksis. Som professionel og politisk beslutningstager skal man i
1016 samarbejde med forskere forholde sig til det behov, der er for udvikling af viden for at kunne
1017 vidensbasere rehabiliteringspraksis, men samtidig også arbejde lokalt med udvikling af de øvrige
1018 elementer, der indgår i en vidensbaseret rehabiliteringspraksis. Det er processer, der med fordel
1019 kan udvikles i et samspil mellem professionelle, forskere og personerne det drejer sig om, og som
1020 forudsætter et gensidigt forpligtigende samarbejde mellem de involverede parter med respekt for de
1021 forskellige typer af viden og erfaringer, man hver især bringer ind til kvalificering af
1022 rehabiliteringspraksis. Her spiller mulighederne for forankring af viden i praksis også en rolle, og
1023 hvordan der organisatorisk og ledelsesmæssigt kan ske en understøttelse af professionelles egne
1024 muligheder for at vidensbasere deres praksis. Det ses fx, når professionelle arbejder med at
1025 undersøge, vurdere, analysere og udvikle egen praksis, for herigennem at forstå, beskrive og
1026 begrunde praksis i deres samarbejde med personer med funktionsevnededsættelse, kollegaer,
1027 andre professionelle og det politiske niveau [34].

1028 I udviklingen af en vidensbaseret rehabiliteringspraksis vil mere forpligtigende samarbejde
1029 omkring forskning og vidensbaseret praksis i kommunerne være et stærkt aktiv. Dette ud fra en antagelse
1030 om, at behovet for mere evidensbaseret praksis skaber et behov for mere praksisbaseret evidens.
1031 Samarbejdet kan med fordel formaliseres politisk og strategisk i mere forpligtigende
1032 samarbejdsrelationer med forskere. Kommunerne arbejder ud fra et strategisk sigte om at levere
1033 indsats til den enkelte person, der bygger på den bedste viden, men med det udgangspunkt, at
1034 der ikke altid eksisterer den viden, der er brug for. Derfor er målet, at der skabes mere relevant og
1035 anvendelig viden, og at ny viden bliver formidlet og omsat. Her kan der være et potentiale i at
1036 styrke professionshøjskolernes rolle i forskning, videnformidling og samarbejde om vidensbaseret
1037 af rehabiliteringspraksis. Professionshøjskolerne skal ifølge lovgivning bedrive praksisnær og
1038 anvendelsesorienteret forskning og har derigennem et potentiale for at udvikle og facilitere
1039 samarbejder og processer, der styrker vidensbaseret praksis. Der er behov for, at der
1040 fremadrettet etableres et stærkere partnerskab mellem centrale aktører fx mellem kommuner og
1041 forskningsinstitutioner, som kan bidrage til at fremme forskning i rehabilitering og styrke
1042 vidensbaseret praksis på tværs af sektorer og målgrupper.

1043 **Referencer**

- 1044 1. Marselisborgcentret, Rehabiliteringsforum Danmark. Rehabilitering i Danmark: Hvidbog om
1045 rehabiliteringsbegrebet. Århus: Rehabiliteringsforum Danmark; 2004. (Book, Whole).
- 1046 2. Det Centrale Handicapråd. FN's konvention om rettigheder for personer med handicap. København.
1047 2008.
- 1048 3. Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, LOV nr 548 af 07/05/2019 (2019).
- 1049 4. Bekendtgørelse af lov om social service, LBK nr 1287 af 28/08/2020 (2020).
- 1050 5. Solvang P. The emergence of an us and them discourse in disability theory. Scandinavian Journal of
1051 Disability Research. 2000;2(1):3-20.
- 1052 6. Nissen MA, Fallov MA, Ringø P. Menneskesyn i socialt arbejde. Om udvikling af det produktive
1053 menneske.: Akademisk Forlag; 2018.
- 1054 7. Andersen L. B., Greve C, Klausen KK, et al. Offentlige styringsparadigmer: Konkurrence og
1055 sameksistens Vol. 2. København: DJØF; 2020.
- 1056 8. Andersen M.F., L. T. Tæller vi det der tæller? . Aarhus: Forlaget KLIM; 2016.
- 1057 9. Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, BEK nr 679 af 30/05/2018
1058 (2018).
- 1059 10. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model. 2012.
- 1060 11. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade:
1061 apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning
1062 og encephalopati. 1 ed. København: Sundhedsstyrelsen; 2020.
- 1063 12. Sundhedsstyrelsen. Evaluering af satspuljen "Styrket samarbejde mellem Sclerosehospitalerne og
1064 kommunerne". 2020.
- 1065 13. Region Hovedstaden. Nye samarbejdsformer 2019 [cited 2021 12. august]. Available from:
1066 [https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Fokusomraader-og-projekter/projekter/nye-](https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Fokusomraader-og-projekter/projekter/nye-samarbejdsformer/Sider/default.aspx)
1067 [samarbejdsformer/Sider/default.aspx](https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Fokusomraader-og-projekter/projekter/nye-samarbejdsformer/Sider/default.aspx)
- 1068 14. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Evaluering af projektet: Tværsektorielt
1069 samarbejde om rehabilitering af borgere med apopleksi - Status på implementering, oplevede
1070 resultater og fremadrettede opmærksomhedspunkter. 2019.
- 1071 15. Psykiatrien Region Sjælland og Jobcentre i kommunerne. IPS - Individuelt planlagt job og
1072 uddannelse med støtte 2020 [cited 2021 12. august]. Available from:
1073 [https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/for-fagpersoner/ips-](https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/for-fagpersoner/ips-projektet/Sider/default.aspx)
1074 [projektet/Sider/default.aspx](https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/for-fagpersoner/ips-projektet/Sider/default.aspx)
- 1075 16. Socialstyrelsen. Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser. 1.
1076 version ed: Socialstyrelsen and Sundhedsstyrelsen; 2015.
- 1077 17. Mathiesen B.E., Handberg C., Thomsen L.M. Koordinerede og sammenhængende forløb In:
1078 Hjortbak BR, Bangshaab J, Johansen JS, et al., editors. Udfordringer til rehabilitering i Danmark.
1079 Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark; 2011. p. 130-143.
- 1080 18. EU-Kommissionen. Databeskyttelsesforordningen (2016/679). 2016.

- 1081 19. Rambøll Management Consulting. Kortlægning af samarbejde med private leverandører om
1082 rehabilitering efter serviceloven § 83a. Aarhus. 2019.
- 1083 20. Møller J.L., Hohnen P., Ajslev J.Z.N., et al. Omsorg på markedsvilkår – arbejdsvilkår og
1084 orienteringer i den fragmenterede danske hjemmepleje. Tidsskrift for ARBEJDSLIV. 2014;16(4).
- 1085 21. Levack WM, Weatherall M, Hay-Smith EJ, et al. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit
1086 for adults with acquired disability participating in rehabilitation. Cochrane Database Syst Rev. 2015
1087 Jul 20(7):CD009727.
- 1088 22. Human First. Principper for god Rehabiliteringsforskning. 2020.
- 1089 23. OECD. Frascati Manual 2015: Guidelines for Collecting and Reporting Data on Research and
1090 Experimental Development, The Measurement of Scientific, Technological and Innovation Activities.
1091 Paris. 2015.
- 1092 24. Schultz Petersen K, Bonfils IS, Schrøder I. Sociologiske perspektiver på rehabilitering. In: Schrøder I,
1093 Schultz Petersen K, Bonfils IS, editors. Sociologi og rehabilitering. 2. udgave ed. København:
1094 Munksgaard; 2019. p. 256 sider.
- 1095 25. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new
1096 Medical Research Council guidance. BMJ. 2008 Sep 29;337:a1655.
- 1097 26. Krogstrup HK. Kampen om evidens. Resultatmåling, effektevaluering og evidens. København K:
1098 Hans Reitzels Forlag; 2011.
- 1099 27. Brett J, Staniszewska S, Mockford C, et al. A systematic review of the impact of patient and public
1100 involvement on service users, researchers and communities. Patient. 2014;7(4):387-95.
- 1101 28. Askheim OP, Lid IM, Østensjø S. Samproduksjon i forskning. Forskning med nye aktører. Oslo:
1102 Universitetsforlaget; 2019.
- 1103 29. Poulsen AG. Forhindringsløb for forskere: Første udfordring - at skaffe penge. Ugeskrift for Læger.
1104 2020;2.
- 1105 30. Andersen TV, Lemvig KN, Søndergaard H. Opgørelse af kommunale
1106 hjerterehabiliteringsindikatorer. HjerteKomMidt. Rapportering af data fra kommuner i den
1107 midtjyske region for perioden 1. januar 2019 til 31. december 2019. Aarhus: DEFACTUM, Region
1108 Midtjylland; 2020.
- 1109 31. Thingstrup SH. Vidensbasering af de pædagogiske professioners praksis. Tidsskrift for
1110 professionsstudier. 2019;15(29):74-83.
- 1111 32. Jensen DC, Pedersen MJ, Pejtersen JH, et al. Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede
1112 socialområde. København: SFI - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2016.
- 1113 33. Hoffman TC, Bennett S, Del Mar CB. Introduction to evidence-based practice. Evidence-Based
1114 Practice Across the Health Professions. 3rd ed. Chatswood NSW: Elsevier; 2017. p. 439.
- 1115 34. Kongsgaard TL, Rod HM. Bedre begrundet praksis, Velfærdsudvikling efter evidensbølgen.
1116 Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2018.

1117 **Kapitel 4 Personen i rehabilitering**

1118 I dette kapitel belyses kompleksitet og behov i rehabilitering set fra personens perspektiv. I den
1119 praktiske hverdag ses personen i rehabilitering og pårørende som tæt forbundet [1]. Personens og
1120 pårørendes perspektiver beskrives for klarhedens skyld i hver sit kapitel; i henholdsvis kapitel 4 og
1121 5. Nærværende kapitel er udarbejdet i samarbejde med medlemmer af hvidbogens brugerpanel
1122 (bilag 5) samt de tilknyttede ressourcepersoner. I kapitlet anvendes små cases, som afspejler
1123 forskellige perspektiver på rehabilitering. Der er forskel på, om det er voksne eller børn, der er i
1124 rehabilitering. Derfor sættes der sidst i kapitlet lys på det at være barn i rehabilitering.

1125 En person har behov for rehabilitering, når personen oplever begrænsning i hans eller hendes
1126 fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne, der er så omfattende, at personen
1127 og/eller de pårørende ikke har den nødvendige viden, ressourcer eller kompetencer til at kunne
1128 mestre hverdagslivets krav [2]. En begrænsning i funktionsevne kan være medfødt, opstå akut eller
1129 udvikle sig løbende. Rehabilitering er ofte en kompleks proces, fordi rehabilitering kræver
1130 involvering af mange, som ved fælles indsats skal tage individuelle hensyn til personen i
1131 rehabilitering. Foruden et behov for professionelles faglige viden spiller relationer og
1132 kommunikation mellem personen og professionelle en vigtig rolle for, at personen kan drage fuld
1133 nytte af de professionelles faglige viden.

1134 **Mennesker er forskellige**

1135 Mennesker er forskellige - ikke alene ser vi forskellige ud, men alle har forskellige erfaringer,
1136 livsbetingelser og historier. Vi har forskellige tanker, holdninger og følelser, og forskellige måder at
1137 håndtere livet på. Derfor har vi også forskellige behov og ønsker, hvis vi oplever
1138 funktionsevnededsættelse, og vi har forskellige forudsætninger for at være i rehabilitering. Alle
1139 mennesker, lige meget hvor forskellige vi er, har behov for en sammenhængende tilværelse, som
1140 giver mening og har et formål [3]. Forståelse, accept og anerkendelse af forskellighed er derfor en
1141 nødvendighed fra alle parter for at skabe den bedst mulige rehabilitering.

1142 Ifølge FN's Menneskerettighedskonvention fra 1966 er forskellighed en ret [4]. Alle har krav på de
1143 rettigheder og friheder, som beskrives i konventionen uden forskelsbehandling af nogen art, fx på
1144 grund af race, farve, køn, sprog, religion, politisk eller anden anskuelse. Alle skal have lige
1145 muligheder for at deltage i samfundet uanset fysisk, psykisk, social eller kognitiv
1146 funktionsevnededsættelse [4]. Når det drejer sig om børn (under 18 år), fastslår FN's "Konvention
1147 og Barnets Rettigheder" fra 1989, at børn altid skal inddrages og høres i overensstemmelse
1148 med deres alder og modenhed, når der træffes beslutninger, der har betydning for dem. I

1149 Danmark er det Børnerådets opgave at overvåge og vurdere, om denne og andre bestemmelser
1150 i konventionen overholdes [5]. Forskellighed er således en grundlæggende menneskeret.

1151 Et samfund med forskellige mennesker er ønskværdigt, fordi mennesker lærer af hinandens
1152 forskelligheder. Mødet mellem forskellige perspektiver kan give en mere bred og helhedsorienteret
1153 erfaring og viden inklusiv nye perspektiver og nye idéer. Mødet mellem forskellige perspektiver er
1154 dermed også en forudsætning for at udvikle nye muligheder indenfor rehabilitering [6]. Både
1155 personen i rehabilitering og professionelle kan gennem forskellige perspektiver få øje på nye
1156 muligheder i rehabilitering. Nedenstående case er et eksempel på, hvordan forskellige perspektiver
1157 kan komme til udtryk alt efter, hvordan den enkelte person opfatter sin rolle og position.

En tømrer, der har fået en komplet lammelse fra halsen og ned, har en drøm om at bygge et drivhus. Han er kun i stand til at komme rundt selvstændigt ved hjælp af kørestol. Han bidrager med viden og instruktion til sine hjælpere, som ikke har nogle håndværksmæssige færdigheder. I fællesskab bygger de det ønskede drivhus. Når tømreren omtaler bygning af drivhuset, siger han altid *vi*.

En anden tømrer er meget bevidst om, at han er arbejdsgiver for sine hjælpere. Han har planlagt alt og har hjælperne til at udføre det arbejde, han selv kunne have udført, hvis han havde haft sin forlighed. Når han omtaler bygning af drivhuset, siger han altid *jeg*.

1158

1159 I Danmark er der udarbejdet nationale kliniske retningslinjer, sundhedsaftaler og
1160 forløbsprogrammer med henblik på at øge kvaliteten i rehabiliteringsindsatser. Det gælder både
1161 standarder for, hvordan sammenhæng og koordinering kan sikres og standarder for metoder og
1162 indsatser [7,8]. Standardindsatser kan imidlertid udfordre retten til at blive mødt forskelligt. Hvis
1163 alle mennesker bliver mødt med samme standardtilbud, er der risiko for, at personlige interesser,
1164 ressourcer, ønsker og behov ikke bliver set og tilgodeset. Forskellighed gør, at alle personer i
1165 rehabilitering har nogle særlige forhold, som gør, at "standardpakken" ikke kan og ikke skal passe
1166 til alle. Personer med samme slags funktionsnedsættelse kan have varierende behov for
1167 rehabiliteringsindsatser for at opnå deres rehabiliteringsmål. Mange kan indgå i standardiserede
1168 tilbud og få stort udbytte deraf. Andre har brug for mere individuelt tilrettelagt rehabilitering skabt
1169 sammen med de professionelle, ligesom nogle selv kan varetage rehabilitering, blot de får adgang
1170 til den nødvendige viden. Denne anerkendelse af forskellighed er helt afgørende for tilrettelæggelse
1171 af bedst mulige rehabiliteringsforløb, og for at personen kan have tillid til professionelle. At de
1172 metoder eller redskaber, man anvender i fx udredning og indsatser er veldokumenterede evt.
1173 standardiserede er imidlertid en fordel, som kan sikre det individuelle perspektiv.

1174 Lige adgang til rehabilitering

1175 FN´s Menneskerettighedskonventions intentioner har sat sine spor i dansk lovgivning, fx. i
1176 Serviceloven, Sundhedsloven, beskæftigelseslovene, samt Lov om Specialundervisning for voksne.
1177 Alle i Danmark har ret til rehabilitering trods forskellige forudsætninger for at kunne bidrage til
1178 egen, andres og samfundets udvikling. Dertil kommer, at alle i rehabilitering har ret til at blive
1179 mødt med respekt og accept af deres forskellighed.

1180 En lige og let adgang for alle, er udgangspunktet for den danske velfærdsmodel og et
1181 grundlæggende princip i lovgivning på beskæftigelses-, sundheds-, social- og
1182 undervisningsområdet. Med en lige adgang menes, at det er den enkelte persons behov, som skal
1183 være styrende for indsatserne [9].

1184 Der eksisterer imidlertid social ulighed i adgangen til og forbrug af ydelser. Lav indkomst og lavt
1185 uddannelsesniveau hænger sammen med mindre udredning, behandling og rehabilitering, som
1186 forringes yderligere ved tilstedeværelse af flere sygdomme og belastede livsvilkår [10-12]. Personer
1187 med lav uddannelse, flere sygdomme, lang afstand til rehabiliteringscenter og at være alene-
1188 boende, disponerer til at personen i mindre grad er i rehabilitering end personer med højere
1189 uddannelse. Kulturelle forskelle kan ligeledes have betydning for adgang til rehabilitering [13].
1190 Indenfor kræftrehabilitering er der fx konstateret social ulighed, idet særligt kvinder men også
1191 mænd med kort uddannelse og lav indkomst deltager mindre hyppigt i rehabiliteringsforløb og har
1192 flere ikke-mødte behov [14]. På hjerteområdet er det fx vist, at barrierer for adgang til
1193 rehabilitering blandt indvandrere relaterer sig til økonomi, geografisk afstand, sprog, køn og viden
1194 [15].

1195 Der findes flere eksempler indenfor rehabilitering, hvor personen selv skal kontakte professionelle
1196 for at få igangsat rehabiliteringsindsatsen. Personer, der fx er social eller psykisk sårbare, kognitivt
1197 svækket, har kommunikative vanskeligheder, er ensomme, ikke har pårørende og/eller er socialt
1198 isolerede kan have færre ressourcer til at initiere denne kontakt. Det kan betyde, at de er i risiko
1199 for at få en dårligere rehabilitering, eller i værste fald slet ingen rehabilitering sammenlignet med
1200 personer med flere ressourcer (jf. kapitel 6). Det er vigtigt, at professionelle er særligt
1201 opmærksomme på, at alle ikke har samme ressourcer til at kunne henvende sig ved behov [16].

1202 Der ses også ulighed i Danmark i forhold til i hvor høj grad, rehabilitering er blevet et etableret og
1203 velorganiseret tilbud. Fx er der hos voksne med erhvervet hjerneskade beskrevet anbefalinger til,
1204 hvad der bør være af rehabiliteringstilbud i både hospitalsregi og i kommunerne. Der foreligger
1205 også anbefalinger til rehabilitering i forhold til den enkelte persons behov, samt i forhold til hvilke
1206 kompetencer professionelle på området bør besidde [7]. På andre rehabiliteringsområder er dette
1207 ikke i samme grad beskrevet. Danske Handicaporganisationer udtaler fx, at en særlig problematik

1208 er det manglende fokus på børn og voksne med medfødt funktionsnedsættelse i
1209 rehabiliteringsindsatsen. Det gælder fx børn og voksne født med cerebral parese, synshandicap,
1210 udviklingshæmning eller hørehandicap [17]. Den manglende beskrivelse kan i værste fald medføre,
1211 at personer med medfødt funktionsnedsættelse udelukkes fra den nødvendige
1212 rehabiliteringsindsats, som de kan have behov for igennem perioder af deres liv.

1213 Der kan også opstå ulighed i overgange fx, når unge med funktionsnedsættelse overgår til
1214 voksenlivet, idet de overgår fra én lovgivning og administration til en anden. Der kan også opstå
1215 ulighed i overgange, når personer med funktionsnedsættelse bliver ældre og bliver underlagt den
1216 lovgivning og administration, der gælder på ældreområdet (Se også kapitel 6 og 8).

1217 Geografiske forhold kan også have betydning for adgang til rehabilitering. Nogle
1218 rehabiliteringscentre med specialiseret funktion er blevet centraliserede, og for nogle personer kan
1219 en stor geografisk afstand være en barriere for at kunne deltage i rehabilitering. Andre ser ikke stor
1220 afstand som en udfordring – de kører gerne efter specialiseringen. Det skal her nævnes, at det til
1221 tider kan være vanskeligt at få den ønskede ekspertise til yderområder, ligesom man indenfor nogle
1222 områder ikke har den tilstrækkelige volumen til at kunne etablere og opretholde en høj kvalitet i
1223 indsatserne. Dette kan i værste tilfælde betyde, at kvaliteten af den tilbudte rehabilitering kan være
1224 mangelfuld.

1225 At have to eller flere samtidige og evt. konkurrerende funktionsnedsættelser kan være årsag til, at
1226 professionelle er nød til at prioritere rehabilitering af den ene funktionsnedsættelse frem for den
1227 anden. Det stiller ekstra krav om opmærksomhed og kompetencer hos de professionelle, så de ser
1228 og viser interesse for den enkelte persons mangeartede behov, selv om funktionsnedsættelsen
1229 ligger uden for deres egen fag-faglighed (kapitel 7). Hvis en person har behov for
1230 rehabiliteringsindsats fra to eller flere specialisterområder, vil der være behov for, at de
1231 professionelle fra de forskellige enheder arbejder tæt sammen for at skabe et rehabiliteringsforløb,
1232 der er sammenhængende og tager udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation jf.
1233 definitionen.

1234 I casen nedenfor belyses behovet for, at de forskellige rehabiliteringsindsatser sammentænkes, hvis
1235 det skal lykkes at imødekomme en person med forskelligartede rehabiliteringsbehov.

En ung mand pådrog sig en svær rygmarvsskade grundet en faldulykke. Faldet opstod, mens manden var svært påvirket af et stofmisbrug. Manden havde brug for både rygmarvsskadeskaderehabilitering og misbrugsrehabilitering. Han blev vred og udadreagerende, når de professionelle på rygmarvsskadeskadecentret ikke forstod og kunne støtte ham i hans misbrugsproblemer.

1236 **Personen som samarbejdspartner i rehabilitering**

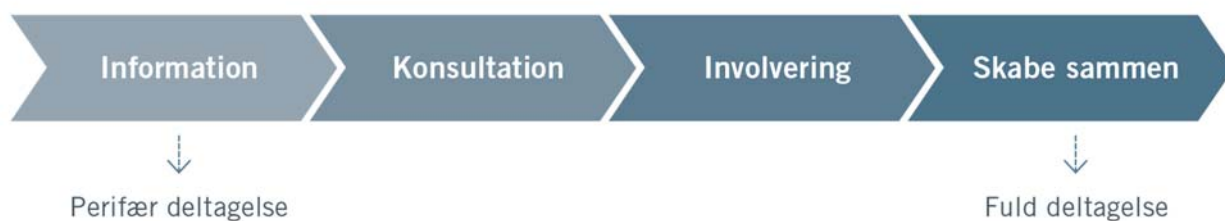
1237 Personen i rehabilitering er omdrejningspunktet i rehabilitering, hvilket kan udtrykkes ved, at
1238 rehabilitering skal foregå *sammen med* og ikke *til* personen [18]. Den personcentrerede tilgang er
1239 vundet frem også indenfor rehabilitering og handler om, hvordan personen og professionelle kan
1240 indgå som ligeværdige samarbejdspartnere i rehabiliteringen, og hvordan den professionelle kan
1241 støtte personens rehabiliteringsproces [18,19] (læs mere i kapitel 7). Denne ligeværdighed bør
1242 tilstræbes i alle rehabiliteringsindsatser.

1243 De fleste personer har et basalt behov for at blive set, som det individ de er for at have følelsen af at
1244 være værdifuld og anerkendt. Professionelle skal derfor kunne lytte til personens perspektiver,
1245 ønsker og bekymringer. De skal ligeledes kunne guide og støtte beslutninger, når personen er
1246 sårbar. De skal også kunne informere og reflektere sammen med og støtte personen i forståelsen af
1247 forskellige problemstillinger, muligheder, alternativer, og eventuelle løsninger [19]. Hele personens
1248 livssituation, forudsætninger, netværk, tidligere erfaringer og ressourcer skal tænkes sammen med
1249 de mange og ofte komplekse udfordringer, personen måtte opleve i forlængelse af
1250 funktionsevnedesættelsen [20]. I rehabilitering er det således vigtigt, at personen ses som
1251 ”erfarings-ekspert” i forhold til personens levede erfaringer. Ekspert i egen forståelse af trivsel i
1252 tilværelsen og det gode liv, hvilket bliver relevant i samskabelsen af mål, som giver mening for den
1253 enkelte. For at sikre at dette sker, må personen og de professionelle tilrettelægge og skabe
1254 rehabiliteringsforløbet sammen. Det skal ske i et samarbejde, der er karakteriseret ved, at både
1255 personen og de professionelle er med til at identificere og løse rehabiliteringsudfordringer og behov
1256 [21]. Her anses alle bidrag som lige vigtige, og denne indstilling gennemsyrrer samarbejdet. På den
1257 måde bliver det personens viden og den professionelles faglighed, der til sammen får betydning for
1258 planlægningen af rehabiliteringen [19,21]. Når dette lykkes, er parterne nysgerrige på hinanden,
1259 udvikler og prioriterer ideer og mål samt konkretiserer og tester løsninger sammen. Dette kræver at
1260 der er tid, rum og respekt for hinandens forskellighed. Hvis personen fx ikke kan sætte ord på egne

1261 behov, kan de professionelle stille undrende spørgsmål for, at personens perspektiver på den måde
1262 kan komme frem.

1263 **Forskellig evne til at skabe sammen**

1264 Personens ressourcer til at skabe forløbet sammen med professionelle er situations-, relations- og
1265 individbestemt. Det kan også afhænge af forskellige faktorer såsom alder, køn,
1266 funktionsnedsættelsens art, kognition, evne til kommunikere, situationen, personens kontroltab og
1267 autonomiopfattelse. Personens evne til at deltage kan spænde fra perifer deltagelse (hvor personen
1268 modtager information) til maksimal deltagelse, hvor person og professionel skaber rehabilitering
1269 sammen [22] (figur 3).



Figur 3. Bevægelse fra perifer deltagelse til fuld deltagelse [22]

1270 Fx vil personen med bevidsthedssvækkelse ikke være i stand til at udtrykke sine behov verbalt. Her
1271 må professionelle kunne evne at aflæse små og inkonsistente tegn, så som viljebestemt bevægelse,
1272 bevægelser i blikket og grimassering. Pårørende og deres kendskab til personens ønsker, vaner og
1273 præferencer kan være en stor hjælp i processen [23]. Tilsvarende kan personen med kognitiv
1274 funktionsnedsættelse have svært ved at give udtryk for egne behov og svært ved at skabe
1275 rehabilitering sammen med professionelle. Også her er det afgørende, at de professionelle evner at
1276 forstå kommunikation som andet og mere end det verbale sprog. Personen med kognitive
1277 udfordringer kan fx kommunikere med kropslige udtryk, gennem udtryksformer som musik eller
1278 ved at trække sig. Professionelle må udvikle egne evner og bruge den tid, der skal til for at
1279 identificere personens behov og ønsker. Der kan opstå et dilemma, når de professionelle og evt.
1280 pårørende ser et åbenlyst behov hos personen, og personen – måske grundet kognitiv
1281 funktionsnedsættelse - ikke selv ser behovet og ikke ønsker en rehabiliteringsindsats. I sådanne
1282 tilfælde kan forsøges med forskellige tilgange, fx. kommunikative metoder og omsorg, men hvis
1283 personen ikke er umyndiggjort, må de professionelle respektere personens ret til at sige nej tak
1284 eller på anden måde afvise at deltage i rehabilitering [24].

1285 Personen, der kan udtrykke sine behov verbalt, kan alligevel føle sig fremmedgjort i en institutionel
1286 sammenhæng, og have en forestilling om, at de professionelle ved bedst (den professionelle er
1287 "eksperten"), hvorfor personen tilbageholder egne meninger, ønsker og behov. Hvis personen i

1288 rehabilitering ikke føler sig set, hørt og forstået samt talt hen over af de professionelle, kan
1289 personen opleve en følelse af usikkerhed, utryghed eller vrede. Behov og ønsker, der ikke bliver
1290 identificeret, og værdier, der ikke bliver mødt af professionelle, kan komme til udtryk hos personen
1291 som frustration, udadreagerende adfærd, talen den professionelle efter munden og/eller tavshed.
1292 Professionelle bør være opmærksomme på sådanne reaktioner, da reaktionerne kan hjælpe de
1293 professionelle til at opdage, at der er behov, som endnu ikke er identificeret [25,26]. Der kan også
1294 komme reaktioner, når de personlige behov ikke er mulige at tilgodese på grund af
1295 rammebetingelser så som lovgivning, forløbsplaner, regionale og kommunale fortolkninger og
1296 økonomiske prioriteringer (kapitel 8). Det er naturligt, at personen i rehabilitering reagerer overfor
1297 og måske mister tilliden til professionelle, der har til opgave at håndhæve disse rammebetingelser.
1298 Ofte kan tilliden til professionelle dog genskabes, hvis professionelle tager sig god tid til at forklare,
1299 hvorfor behovet ikke kan opfyldes. På den måde ved personen, at behovet er blevet hørt, men at det
1300 ikke kan opfyldes.

1301 **Livet med forandringer**

1302 Når en person oplever nedsat funktionsevne, er dette ofte forbundet med mange forandringer i
1303 livet. Det kan ryste fundamentet i personens dagligdag og opleves som en trussel mod det liv,
1304 personen kender [27]. Forandringerne kan være en omvæltning, der skaber utryghed, og
1305 situationen kan opleves som forvirrende og kaotisk, uoverskuelig eller uvirkelig. Følelser som
1306 vrede, flovhed og tristhed og bekymringer kan melde sig. Personen kan have svært ved at
1307 koncentrere sig og personen kan have tendens til at trække sig tilbage. Oplevelsen af ændret
1308 funktionsevne er individuel. Nogle personer vil opfatte forandringerne som mindre forstyrrende
1309 mens andre vil opfatte dem som mere forstyrrende.

1310 Der er mange aspekter, som kan være medbestemmende for, hvilken betydning den nedsatte
1311 funktionsevne har eller vil få i personens liv. Det har fx betydning om funktionsevnenedsættelsen
1312 pludseligt er opstået, eller er kommet gradvist? Er belastningerne forbigående, kan personen
1313 komme sig igen, eller får personen varige mén? Er tilstanden kronisk, evt. med et forkortet
1314 livsperspektiv? Personens værdier og måde at leve livet på vil også have en stor betydning, fx hvis
1315 sygdommen påvirker udførelsen af aktiviteter, der har stor værdi for personen. Mange andre
1316 aspekter kan også have betydning fx personens omgivelser, livsfase, livshistorie, personlighed og
1317 psykologiske ressourcer samt troen på egne evner [27-29].

1318 Forandringerne kommer ofte til udtryk i personens hverdagsliv. Hverdagslivet er det liv, vi lever
1319 hver dag, og består af aktiviteter, gøremål og rutiner, som udspiller sig i hverdagen [30] (læs mere
1320 om begrebet hverdagsliv i kapitel 2). De forandringer, som personen konfronteres med, kan være
1321 gennemgribende og komplekse, og kan vedrøre fysiske, psykiske, eksistentielle og sociale aspekter.

1322 Kroppen og den fysiske væren er ofte forandret. Afhængig af funktionsevnenedsættelsen kan disse
1323 forandringer være synlige eller usynlige for omverdenen. Personen kan måske ikke det samme som
1324 før, og oplever muligvis ikke at kunne stole på kroppen [25]. Seksualiteten kan også være forandret.

1325 Forandringer i forhold til den psykiske væren hænger ofte sammen med den forandrede krop og
1326 hverdag. Den måde personen lever sit liv på, har betydning for hans/hendes identitet, fx i form af
1327 roller i livet så som forælder, ægtefælle eller kollega. Personen kan derfor opleve at miste sin
1328 identitet eller skulle redefinere den. Forandringer i, hvordan pårørende, systemet og omverdenen
1329 møder personen, kan også påvirke identiteten og bidrage til at skabe en identitet som fx
1330 "kræftpatient" eller "person med erhvervet hjerneskade". Det kan være en krævende proces for
1331 personen at genskabe en positiv identitet, som kan indeholde både nye og genkendelige aspekter
1332 [31]. Denne proces kan også være forbundet med sorg over det, som personen har mistet og det,
1333 som personen ikke længere kan.

1334 Forandringerne kan også berøre grundlæggende eksistentielle aspekter som tanker om egne
1335 værdier, livsanskuelser, personlig mening i livet eller tro. For mange har håb en stor betydning i
1336 rehabiliteringsprocessen. Det kan både være et fremtidsrettet håb, som retter sig mod noget
1337 konkret som fx overlevelse, evnen til at gå eller øget livskvalitet. Det kan også være et livshåb af
1338 mere eksistentiel karakter, et håb som gør livet værd at leve, og som kommer til udtryk i levede
1339 erfaringer som relationer, natur eller kunst [32].

1340 Livet med funktionsevnenedsættelse kan også skabe forandringer i ens sociale liv. De nære
1341 relationer bærer måske præg af ændrede roller og nye måder at være sammen på. Nogle venskaber
1342 bliver måske tættere, mens andre føles længere væk end ønsket. Personen kan opleve den
1343 forandrede livssituation eller den forandrede krop som et stigma [25] og føle sig isoleret eller
1344 ensom, måske særligt i de langvarige forløb, hvor det kan være svært at deltage i det sociale liv.
1345 Følelsen af ensomhed kan også hænge sammen med, at det kan være svært at tale med andre om,
1346 hvordan den ændrede livssituation opleves [27].

1347 **At leve livet med en ændret livssituation**

1348 Forandringerne i forbindelse med nedsat funktionsevne sætter typisk gang i en mestringsproces,
1349 som vedrører personens fremgangsmåder for at klare eller håndtere forandringerne samt tilpasse
1350 sig den nye livssituation [33]. Denne proces kan også beskrives som en *transition*, en overgang,
1351 hvor personen arbejder hen imod at finde en ny balance i livet under de forandrede vilkår [28].
1352 Processen kan foregå i en afgrænset periode, men også livet igennem, afhængigt af
1353 sygdomsforløbet og prognose. Personen i rehabilitering oplever ofte forandringerne som en
1354 kompleks proces, hvor mange faktorer har betydning for, hvordan og om det lykkes personen at
1355 mestre forandringerne og få et meningsfyldt liv. Processen er tæt forbundet med personens

1356 livssituation og afhænger også af samspillet med pårørende og venner, professionelle, samt andre
1357 relevante parter. Personen med funktionsnedsættelse har derfor behov for at blive mødt med en
1358 helhedsorienteret og biopsykosocial tilgang, hvor der tages udgangspunkt i personens perspektiver
1359 og hele livssituation, herunder omgivelserne, kulturen, det sociale samt samfundets rolle i
1360 forståelsen af funktionsnedsættelsen. Mestringsprocessen kan fremmes, hvis personen oplever at
1361 have et råderum og kontrol over sit eget liv. Den kan også fremmes hvis personen kan opretholde et
1362 positivt selvbillede samt sætte sig passende mål og have et optimistisk livssyn. Støtte fra
1363 omgivelserne har her en stor betydning, især hvis støtten matcher personens behov. Hvis personen
1364 i rehabilitering kan håndtere udfordringer i fællesskab med en nærtstående, kan dette styrke både
1365 deres indbyrdes relation og den enkeltes livskvalitet [27]. Muligheden for at håndtere
1366 udfordringerne afhænger af hvilke sammenhænge personen befinder sig i - dvs. at personer og
1367 omgivelser både kan fremme og hæmme personens muligheder. Nedenstående case belyser en
1368 ændring af omgivelserne, som er fremmede for, at ægteparret kan bevare deres frirum på trods af
1369 nedsat funktionsevne.

Et ægtepar plejede at tage på gåture langs stranden. Disse ture var et frirum for dem, som gav dem tid sammen og et pusterum fra hverdagen. Da disse gåture ikke længere var muligt pga. mandens funktionsevnenedsættelse, fandt de et sted lidt længere oppe på stranden, som de kunne køre til. Der sad de på en bænk sammen, så på havet og mærkede vinden.

1370 Samfundets støtte og indretning i henhold til lovgivning har betydning for mestringsprocessen,
1371 blandt andet hvis personen er i gang med en uddannelse, tilkendelse af førtidspension eller
1372 erstatning. Det kan opleves meget opslidende, hvis en kompliceret sag med lang
1373 sagsbehandlingstid medfører, at personen må vente i lang tid på en afgørelse. Derfor er det
1374 afgørende, at professionelle i det offentlige system sikre fremdrift og kontinuitet i
1375 sagsbehandlingen. En usikker økonomisk situation kan således få indflydelse på og kan blive en
1376 barriere i rehabiliteringsprocessen, og hvordan den mestres.

1377 Hvordan personen kommer til at tilegne sig nye kompetencer, og hvordan rehabiliteringen mestres
1378 kan også afhænge blandt andet af personens forudsætninger og samspillet med omgivelserne, her
1379 iblandt de professionelles psykiske støtte. Rehabiliteringsprocessen kan ses som en
1380 udviklingsproces, hvor der kan ske ændringer for personen i form af tilegnelse af ny viden, nye
1381 færdigheder, eller der tillæres nye forståelser af hele livssituationen. Processen kan i midlertidig
1382 også føre til mangel på udvikling på grund af små misforståelser, koncentrationssvigt, manglende
1383 energi eller decideret modstand i situationer, hvor de ydre barrierer virker uovervindelige eller
1384 uacceptable [34]. I samarbejdet må der derfor tages udgangspunkt i, hvor personen er i
1385 mestringsprocessen, og da det netop er en proces, vil den ændre sig over tid. De gode intentioner

1386 og fagligheden kan, hvis det tilbydes på et forkert tidspunkt, opleves som en barriere for at mestre
1387 den ændrede livssituation.

1388 I mestringsprocessen er det vigtigt, at professionelle fokuserer på personens ønsker, håb, drømme
1389 og fremtid, så de støtter op om troen på muligheden for et meningsfuldt liv [32]. Men der er også
1390 behov for rum til at dele det svære. For personen i rehabilitering kan det opleves vanskeligt at få øje
1391 på især de små fremskridt og glæder, hvis alt opleves kaotisk. Nogle kan have brug for at opdele
1392 rehabiliteringsforløbet i mindre dele for at kunne overskue at kæmpe sig frem til de store
1393 fremskridt. De professionelle har et stort ansvar for at gå i dialog med personen, herunder tage
1394 udgangspunkt i den unikke persons livssituation samt bringe al deres faglige viden og erfaring ind i
1395 rehabiliteringsprocessen. Når udgangspunktet er personens livssituation, ønsker og håb, er det
1396 lettere for personen at tage imod de professionelles faglige input som viden om
1397 funktionsevnedssættelsen og eventuelt årsag hertil.

1398 Målsætning har også betydning for mestringsprocessen, idet målet med rehabiliteringen bør
1399 justeres i takt med, at personen får nye erfaringer med sin fysiske og mentale krop og formåen, og
1400 nye muligheder og begrænsninger opstår [35]. For at nå målet med rehabiliteringen er det
1401 væsentligt, at personen og den professionelle sammen afklarer følgende spørgsmål:

-
- Hvad vil personen gerne kunne, havde er personens ønsker og håb?
 - Hvad virker motiverende?
 - Hvilke barrierer er der?
 - Hvordan kan den professionelle kompetencer sættes i spil?
-

1402

1403 Personens mentale drivkraft og troen på at kunne, har indflydelse på motivationen. At opdage og
1404 anerkende succesoplevelser samt at være i relationer, der giver håb, kan bidrage til at personen
1405 bliver motiveret til forandring. At have indflydelse på egen situation, hvor håb og ønsker indgår,
1406 kan bidrage til meningsfuldhed [35,36]. Håb er således en motiverende faktor for, at personen kan
1407 mestre den ændrede livssituation.

1408 **Personens perspektiv på sammenhæng i rehabilitering**

1409 Personer, der gennemlever et rehabiliteringsforløb, beskriver ofte forløbet som en "rejse". En
1410 personlig rejse på tværs af sektorer, systemer og med samarbejde med professionelle med
1411 forskellige grundsyn, fagligheder, prioriteringer og kulturer. Rejsen fra at være slået ud af kurs af
1412 funktionsevnedssættelsen til at "stå på egne ben" [37]. For enkelte slutter rejsen ikke, men er en
1413 kontinuerlig proces resten af livet.

1414 Der er ofte mange forskellige faggrupper involveret i rehabilitering, hver med deres særlige
1415 fagligheder. De er hver især betydningsfulde og varetager opgaver, der tilsammen bidrager til, at
1416 personen i rehabiliteringsforløbet kan få de rette betingelser til at skabe et godt nyt liv [24]. At
1417 skabe og sikre sammenhæng og koordinering i rehabiliteringsforløbet er nødvendigt både for
1418 personen, der er i rehabilitering, de pårørende og de professionelle [37,38]. En undersøgelse har
1419 vist, hvor vanskeligt personen i rehabilitering og de pårørende kan have ved at skaffe sig og
1420 fastholde det fornødne overblik samt tage de nødvendige initiativer og beslutninger på rette tid og
1421 sted [39]. En nyere undersøgelse viser, at problemet fortsat er aktuelt [37]. Det er forhold, som
1422 professionelle let overser, hvilket kan opleves som svigt fra systemets side og kan betyde tab af
1423 vigtig viden, ineffektiv indsats og spild af samfundsmæssige ressourcer. Der findes gode erfaringer
1424 med ansættelse af professionelle i kommunerne, der varetager en koordinerende funktion og
1425 støtter fremdriften i rehabiliteringsprocessen. Dette ses fx hos personer med sindslidelser i
1426 overgangen fra at være patient i den regionale behandlingspsykiatri til kommunens socialpsykiatri
1427 [40]. Nedenfor ses nogle af de fordele, der peges på ved den koordinerende kontaktperson, og
1428 hvorfor koordinering anses for at være særlig vigtig i forbindelse med rehabilitering [24].

-
- Jævnlig kontakt med personen i rehabilitering og de pårørende
 - Overblik over hvem, der er involveret i den aktuelle indsats og hvem, der bør være involveret og med hvad
 - At sikre samspillet mellem de involverede, sikre at der konkluderes og laves tydelige aftaler
 - Kendskab til de kommunale og samfundsmæssige tilbud og formidle dem.
 - Samarbejde på tværs af faggrænser og sektorer i de enkelte forløb
 - At håndtere konflikter
-

1429 Se desuden kapitel 8, hvor andre perspektiver på forløbskoordinatorfunktionen er beskrevet.

1430 **At være barn i rehabilitering**

1431 Børn har ligesom voksne brug for rehabilitering eller habilitering, som det ofte også benævnes hos
1432 børn. I denne hvidbog er definitionen af rehabilitering dækkende for begrebet habilitering, hvorfor
1433 begrebet rehabilitering anvendes i dette afsnit (læs mere om begrebet habilitering i kapitel 9).

1434 At arbejde med børn i rehabilitering kræver særlig viden om, hvordan børn kan motiveres til at
1435 involvere sig i rehabiliteringen. Nedenstående case belyser, hvordan dette kan lykkes ved at tage
1436 udgangspunkt i barnets verden, som ofte vil være leg.

En dreng på 3 år med hjerneskade vil rigtigt gerne stå og gå, når han er sammen med sine forældre, men han går uhensigtsmæssigt og med store compensationer, hvorfor der er brug for gangtræning. Drengen bliver ked af det, når fysioterapeuten forsøger at arbejde med ham. Hun finder derfor et legekøkken frem, og drengen får straks lyst til at lege og forsøger at rejse sig op ved køkkenet. Fysioterapeuten får ikke lov til at hjælpe ham med at "komme til stående" uden legen, men da drengen først er i gang med at lege, glemmer han, at der er fokus på "øvelse i at stå og gå".

1437

1438 Børn er afhængige af forældrenes evne til at søge rehabilitering, og nogle forældre har brug for
1439 støtte til at søge rehabilitering til deres barn. Dernæst kan der være brug for, at professionelle fra
1440 forskellige fagområder samarbejder om at få iværksat rehabiliteringsindsatsen.

1441 Alder og udviklingsniveau er afgørende for barnets evne til at samarbejde med professionelle i et
1442 rehabiliteringsforløb. Børn er meget påvirkelige af forældrenes og omgivelsernes reaktioner,
1443 hvorfor det kan være vanskeligt for børn at italesætte egne ønsker og behov. Det er derfor vigtigt, at
1444 professionelle er opmærksomme på, at børn får selvstændig mulighed for at udtrykke egne ønsker
1445 og behov [41]. Forældre spiller en vigtig rolle i børns rehabilitering især for mindreårige, hvorfor
1446 det ofte bliver forældrene, der taler på barnets vegne. Forældre ønsker det bedste for deres barn, og
1447 de udgør oftest en stor ressource i rehabiliteringsforløbet. Har forældrene nedsat fysiske, psykiske,
1448 kognitive eller social funktionsevne kan det få betydning for barnets rehabilitering. Professionelle
1449 bør uanset forældrenes evne til at deltage involvere forældrene aktivt i rehabiliteringsforløbet. I
1450 takt med at barnet bliver ældre, vil det kunne involveres i større og større grad, hvorved
1451 samarbejdet med forældrene gradvist træder mere og mere i baggrunden, som barnet nærmer sig
1452 ungdomsårene.

1453 Børns ønsker og behov er ikke altid i overensstemmelse med rehabiliteringsindsatsen. Et barn vil
1454 ofte hellere lege med vennerne end deltage i rehabilitering. Rehabilitering er oftest tidskrævende,
1455 hvorfor barnet får færre timer i døgnet til at gøre andre ting. Forældre og professionelle må
1456 sammen med barnet finde en balance mellem at deltage i rehabilitering og det øvrige børneliv. På
1457 den ene side er det vigtigt ikke at udelade alt det, som barnet godt kan lide, for at finde tiden til
1458 rehabilitering, da der bør være fokus på livskvalitet [41]. Samtidig bør forældre stille krav til barnet
1459 i forhold til fx opgaver i hjemmet og til, hvordan barnet opfører sig. Overbeskyttelse kan gøre, at
1460 barnet ikke udvikler de kompetencer, som barnet har brug for i forhold til at håndtere livet med
1461 funktionsevnenedsættelse. Et dilemma kan opstå, når barnet ikke ønsker den rehabilitering, som
1462 forældre og professionelle ser et nødvendigt behov for. Her er der brug for en særlig
1463 børnepædagogisk indsats for, at rehabiliteringen ikke opleves af barnet som et overgreb.

1464 Nogle børn med funktionsevnenedsættelse har tendens til at undgå socialt samvær med andre børn
1465 [42]. Grunden kan være, at den der siger fra til legeaftaler og arrangementer, kan give en oplevelse
1466 af kontrol og tryghed. Det kan også være en måde at beskytte sig mod en følelse af at være udenfor
1467 eller anderledes. Det er en forståelig reaktion at søge det trygge, men det kan få betydning, hvis
1468 reaktionen medfører, at barnet isolerer sig, og dermed går glip af muligheder for at hygge sig og
1469 udvikle sociale kompetencer og færdigheder. Børn bør derfor støttes i at være i sociale aktiviteter
1470 [43]. Nogle børn kan have glæde af, at en kammerat indgår i rehabiliteringen, fx ved at
1471 kammeraten er med til ergoterapi. Funktionsevnenedsættelsen hos børn kan også være
1472 medvirkende til dårligt selvværd og selvtillid. Børn bør derfor støttes i at få øje på de styrker og
1473 talenter, som de besidder, og lære at sætte dem i spil [44]. Der er derfor behov for, at børn er
1474 sammen med andre børn *med* og *uden* funktionsevnenedsættelse. Når barnet er sammen med
1475 andre børn, der på forskelligvis fungerer bedre end barnet selv gør, opnås mulighed for at styrke
1476 følelsen af at have samme værdi som andre børn – også selv om barnet måske ikke kan bidrage
1477 med det samme til de fælles aktiviteter [45]. Når barnet er sammen med andre børn med
1478 funktionsevnenedsættelse, giver det mulighed for at indgå i aktiviteter på lige vilkår og lære,
1479 hvordan livets udfordringer kan håndteres. En vigtig del af dette er også, at barnet ikke føler sig
1480 alene og oplever, at der er andre, der har det ligesom en selv.

1481 **Referencer**

- 1482 1. Rottmann N, Norup A, Dieperink KB. Informal caregiving in life-threatening or chronic illness. In:
1483 Pedersen SS, Roessler KK, Andersen TE, et al., editors. Textbook of Applied Medical Psychology. A
1484 Multidisciplinary Approach. Syddansk Universitetsforlag: Syddansk Universitetsforlag; In press.
- 1485 2. WHO, World Bank. World report on disability. Geneva, Switzerland: World Health Organization;
1486 2011.
- 1487 3. Kılınç S, Erdem H, Healey R, et al. Finding meaning and purpose: a framework for the self-
1488 management of neurological conditions. Disabil Rehabil. 2020 May 14:1-12.
- 1489 4. FN. International Konvention om Borgerlige og Politiske Rettigheder. 1966.
- 1490 5. Børnerådet. FN's Børnekonvention. Alle børn har rettigheder. 1991 [cited 2021 26. september].
1491 Available from: https://www.boerneraadet.dk/media/87197/BRD_FN_Boernekonventionen.pdf
- 1492 6. Sørensen E, Torfing J. Enhancing Collaborative Innovation in the Public Sector. Administration &
1493 Society. 2011;43(8):842-868.
- 1494 7. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade:
1495 apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning
1496 og encephalopati. 1 ed. København: Sundhedsstyrelsen; 2020.
- 1497 8. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens.
1498 København 2020. Available from: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Tv%C3%A6rsektorielle-forl%C3%B8b-demens/Anbefalinger-for-tv%C3%A6rsektorielle-forl%C3%B8b-for-mennesker-med-demens.ashx?la=da&hash=6EA29F1E68B3953F00B2D70B4A66BE354A124B65>.
- 1502 9. Geckler S, Hansen H. Ulighed i behandling. Social årsrapport. Socialpolitisk Forening: ©
1503 Socialpolitisk Forening og Center for Alternativ Samfundsanalyse, CASA; 2014.
- 1504 10. Udesen CH, Skaarup C, Petersen MNS, et al. Social ulighed i sundhed og sygdom - udviklingen i
1505 Danmark i perioden 2010-2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2020.
- 1506 11. Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark : risikofaktorer. Version 2.0 ed. København:
1507 Sundhedsstyrelsen; 2016. dan.
- 1508 12. Jönsson ABR. Patientinddragelse er nøglen til at løse ulighed i sundhed. 2017 [cited.
1509 <http://videnskab.dk/krop-sundhed/patientinddragelse-er-noeglen-til-at-loese-ulighed-i-sundhed>
- 1510 13. Pedersen PV, Ingholt L, Tjørnhøj-Thomsen T. Når man har sagt A, må man også sige B: Om social
1511 ulighed i kræftrehabilitering. Statens Institut for Folkesundhed.; 2015.
- 1512 14. Holm LV, Hansen DG, Larsen PV, et al. Social inequality in cancer rehabilitation: a population-based
1513 cohort study. Acta Oncol. 2013 Feb;52(2):410-22.
- 1514 15. Frederiksen HW. Cardiac Rehabilitation Among Migrants - A Mixed-Methods Study: University of
1515 Copenhagen 2018.
- 1516 16. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed: årsager og indsatser. Version: 1.0. 1. oplag.
1517 ed. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
- 1518 17. Danske Handicaporganisationer. Rehabilitering 2021 [cited 2021 27. maj]. Available from:
1519 <https://handicap.dk/rehabilitering>

- 1520 18. Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, et al. Patient empowerment, patient participation and
1521 patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Educ*
1522 *Couns.* 2016 Dec;99(12):1923-1939.
- 1523 19. Lepage A, Gzil F, Cammelli M, et al. Person-centredness: conceptual and historical perspectives.
1524 *Disabil Rehabil.* 2007 Oct 30-Nov 15;29(20-21):1555-65.
- 1525 20. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Effekter af individuel brugerinddragelse –
1526 hvad siger litteraturen? København: VIBIS; 2019.
- 1527 21. Mølholm A. Sundhed skaber vi sammen - En håndbog i samskabelse. Region Nordjylland; 2018.
- 1528 22. Lave J, Wenger E. Situated learning. Legitimate peripheral participation. Cambridge: Cambridge
1529 University Press.; 1993.
- 1530 23. Pallesen H, Buhl I, Roenn-Smidt H. Early rehabilitation and participation in focus - a Danish
1531 perspective on patients with severe acquired brain injury. *European journal of physiotherapy.*
1532 2016;18(4):233-236.
- 1533 24. Lund K, Petersen A. Vejviser i (sam)arbejdet med mennesker ramt af senhjerneskade. Hedensted:
1534 Bo- og Rehabiliteringscenter Fogedvænget; 2006. dan.
- 1535 25. Pallesen H, Kissow AM. Krop, bevægelse og deltagelse. In: Petersen KS, Bonfils IS, Schrøder I,
1536 editors. *Sociologi og rehabilitering.* 2. udgave ed. København: Munksgaard; 2019.
- 1537 26. Thuesen J, Neidel A. Aktører i rehabiliteringsprocessen. *Sociologi og rehabilitering: Munksgaard;*
1538 2019. p. 198-215.
- 1539 27. Helgeson VS, Zajdel M. Adjusting to Chronic Health Conditions. *Annu Rev Psychol.* 2017 Jan
1540 3;68:545-571.
- 1541 28. Moss-Morris R. Adjusting to chronic illness: time for a unified theory. *Br J Health Psychol.* 2013
1542 Nov;18(4):681-6.
- 1543 29. Thuesen J, Feiring M, Doh D, et al. Reablement in need of theories of ageing: would theories of
1544 successful ageing do? *Ageing and Society.* 2021:1-13.
- 1545 30. Bech-Jørgensen B. Når hver dag bliver hverdag. København: Akademisk forlag; 1994.
- 1546 31. Glintborg C, Mærsk JL. Rehabilitering og identitet. In: Schultz Petersen K, Bonfils IS, Schrøder I,
1547 editors. *Sociologi og rehabilitering.* 2. udgave. ed. København: Munksgaard; 2019.
- 1548 32. Graven V, Olsen JB. Hvor der er håb: fra teori til sundhedsfaglig praksis. Nakskov: Nota; 2020.
- 1549 33. Socialstyrelsen. Begrebsbasen – it-understøttede sociale begreber. 2020 [cited 2021 24. maj].
1550 Available from: <https://ss.iterm.dk/>
- 1551 34. Illeris K. Læring. 3. udgave. 1. oplag. ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2015.
- 1552 35. Tonnesen M. Målsætning i rehabilitering – feltarbejde på Sano Aarhus: DEFACTUM; 2017.
- 1553 36. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York, US: W H Freeman/Times Books/ Henry
1554 Holt & Co; 1997. (Self-efficacy: The exercise of control.).
- 1555 37. Petersen L, Birkelund R, Schjøttz-Christensen B. Experiences and challenges to cross-sectoral care
1556 reported by patients with low back pain. A qualitative interview study. *BMC Health Services*
1557 *Research.* 2020;20(1):96.

- 1558 38. Petersen L, Birkelund R, Schiøttz-Christensen B. Challenges to cross-sectoral care experienced by
1559 professionals working with patients living with low back pain: a qualitative interview study.
1560 2020;20(1):164.
- 1561 39. Jensen J. Sammenhængende forløb: hvordan kan rehabiliteringsindsatsen for mennesker med
1562 erhvervet hjerneskade indrettes, så der bliver flydende overgange imellem de forskellige sektorer, det
1563 offentlige og hverdagslivet. Stouby: Videnscenter for Hjerneskade; 2004.
- 1564 40. Københavns Kommune, Social Udviklingscenter. Den Koordinerende Kontaktperson. København.
1565 2012.
- 1566 41. Lyons S. Kronisk og længerevarende syge børn : på hospital og hjemme i familien. 1. udgave ed.
1567 Lyngby: Center for Hospitalsbørn; 2019. dan.
- 1568 42. Kissow AM, Klarsson L. Deltakelse for barn og unge med funskjonsnedsettelse med særskilt vekt på
1569 deltakelse i fysisk aktivitet – En systematisert kunnskapsoversikt. Forskningslitteratur fra 1995-
1570 2019. Nasjonal Kompetansetjeneste for barn og unge med funskjonsnedsettelse i samarbejde med
1571 Videnscenter om handicap; 2021.
- 1572 43. Bergkvist TP, Gjessing B, Kissow AM, et al. Barn og unge med funskjonsnedsettelse : aktivitet og
1573 deltakelse i fellesskap. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. nor.
- 1574 44. RehabiliteringsCenter for Muskelsvind. At støtte dit barn i at blive selvstændigt. [cited 2021 24.
1575 september]. Available from: [https://rcfm.dk/at-leve-med-muskelsvind/barn/fokuspunkter-som-
1576 foraelder-til-et-barn-med-muskelsvind/](https://rcfm.dk/at-leve-med-muskelsvind/barn/fokuspunkter-som-foraelder-til-et-barn-med-muskelsvind/)
- 1577 45. Byriel L, Knigge ML. Forældre til et barn med fysisk eller psykisk handicap: guide til hjælp og støtte.
1578 Odense: Socialstyrelsen; 2013.

1579 **Kapitel 5 Pårørende til en person i rehabilitering**

1580 I dette kapitel er der fokus på pårørende til personen i rehabilitering. Som nævnt i kapitel 4 er
1581 personen i rehabilitering og dennes pårørende tæt forbundet [1]. For at skabe klarhed for læseren
1582 er personen i rehabilitering og pårørendes perspektiver beskrevet i hver sit kapitel. Dette kapitel
1583 hænger således tæt sammen med kapitel 4, og bør læses i sammenhæng med det. I kapitlet
1584 præsenteres tre cases, som afspejler forskellige perspektiver på rehabilitering. Da der er forskel på,
1585 om det er voksne eller børn, der er pårørende, omhandler sidste del af kapitlet børn som pårørende
1586 til en person i rehabilitering.

1587 Der er i Danmark et stadigt stigende fokus på pårørende til personer i rehabilitering. Når en person
1588 påbegynder et rehabiliteringsforløb, vil de pårørende oftest blive involveret, og nogle pårørende
1589 bliver så påvirket af rehabiliteringsforløbet, at de selv får et udtalt behov for støtte og evt.
1590 rehabilitering. Pårørende er defineret som personer, som den person, der modtager rehabilitering,
1591 har en særlig relation til og har tillid til (kapitel 2). Betegnelsen pårørende er en samfundsskabt
1592 betegnelse. De samme mennesker, der betegnes som pårørende i en professionel sammenhæng, vil
1593 således kalde sig ægtefælle, søn, ven, nabo, kollega osv. i en anden sammenhæng. Som
1594 udgangspunkt er det personen i rehabilitering, der definerer, hvem der er pårørende.

1595 **Pårørende i fokus**

1596 Pårørende betragtes ofte som en ressource for personen i rehabilitering og de professionelle. I de
1597 senere år har der imidlertid været tiltagende fokus på pårørendes egne behov i
1598 rehabiliteringsprocessen, da undersøgelser peger på, at langvarige sygdoms- og
1599 rehabiliteringsforløb kan være en stor belastning for den pårørendes egen sundhed og hverdagsliv
1600 [1,2]. Der er også stigende opmærksomhed på, at pårørende bør støttes i at drage egenomsorg,
1601 fordi egne behov ofte tilsidesættes til fordel for personen i rehabilitering. Det er således ikke alene
1602 personen i rehabilitering, som oplever at skulle tilpasse sig til den nye livssituation. Ofte
1603 gennemgår de pårørende en parallel proces, hvor de også skal forholde sig til den nye fælles
1604 livssituation.

1605 Fokus for rehabiliteringsindsatsen har dermed ændret sig til nu i højere grad at omfatte personen i
1606 rehabilitering og dennes pårørende, hvorfor de sammen er omdrejningspunkt for
1607 rehabiliteringsforløbet. Der kan være situationer, hvor der kan opstå et dilemma mellem de
1608 pårørendes ønske om deltagelse i rehabiliteringsprocessen og selvbestemmelsen hos personen i
1609 rehabilitering eller vice versa. For personer i rehabilitering med kognitiv
1610 funktionsevnededsættelse, kan det fx være svært at finde balancen for pårørendes deltagelse [3].

1611 Nedenstående case er et eksempel på et dilemma, der kan opstå, når der er forskellige interesser på
1612 spil.

En ung mand har efter en traumatisk hjerneskade et ønske om at hans kæreste, som han har lært at kende kort tid før den traumatiske hjerneskade opstod, skal deltage aktivt i beslutninger vedrørende hans rehabiliteringsforløb. Den unge pige, der selv er i krise, vil gerne deltage i kærestens forløb, men hendes forældre ønsker ikke, at hun skal deltage.

1613 Casen viser, at kærestens forældre forsøger at beskytte hende, mens hendes ønske er at hjælpe sin
1614 kæreste, selvom hun selv er i krise.

1615 Regler og lovgivning om blandt andet tavshedspligt og samtykke, er en rettighed, som giver
1616 personen i rehabilitering krav på fortrolighed fra professionelles side og mulighed for at bestemme,
1617 om oplysninger må videregives til de pårørende. Det kan udgøre en barriere i forhold til de
1618 pårørendes deltagelse i personens rehabiliteringsforløb. Det er dog væsentligt at pointere, at
1619 professionelles tavshedspligt *ikke* må stå i vejen for, at professionelle kan støtte de pårørende samt
1620 tale med dem om deres eventuelle selvstændige behov for rehabilitering [4]. Nedenstående case
1621 belyser, at det ikke altid er muligt at involvere pårørende, når personen ikke selv ønsker det.

En kvinde med en alvorlig fremadskridende sygdom ønsker, på trods af hendes børns ønske om at deltage aktivt i hendes forløb ikke, at de pårørende informeres om eller inddrages i hendes rehabiliteringsforløb.

1622 Der er en særlig udfordring i relation til personer, der af den ene eller anden årsag ikke er i stand til
1623 at give samtykke til, at pårørende må deltage i deres forløb. I disse situationer har de professionelle
1624 mulighed for at informere de pårørende om generelle forhold vedrørende personens
1625 rehabiliteringsmuligheder [5].

1626 Til slut skal det nævnes, at professionelle bør være særlig opmærksomme på personer, der *ikke* har
1627 pårørende, da dette kan være med til at skabe ulighed i adgang til rehabilitering [6]. Manglende
1628 støtte kan føre til større psykisk, social og fysisk belastning hos personen i rehabilitering.

1629 **Pårørende er forskellige**

1630 Relationen mellem personen i rehabilitering og den pårørende kan have betydning for den
1631 pårørendes rolle i forløbet. Ægtefællen eller samleveren kender ofte personens hverdagsliv godt og
1632 kan derfor være en vigtig ressource. Voksne børn kan have mindre kendskab til forældrerens
1633 aktuelle hverdag og har derfor en anden relation til personen i rehabilitering. Andre
1634 familiemedlemmer, venner eller kollegaer kan have en helt tredje rolle. Pårørende, der selv lever

1635 med funktionsevnenedsættelse, kan være særligt udfordret i forhold til deres deltagelse i personens
1636 rehabiliteringsproces, hvis de selv oplever begrænsninger i deres hverdag.

1637 Pårørende kan bidrage med følelsesmæssig omsorg, praktisk hjælp og støtte i hverdagen, deltagelse
1638 i rehabiliteringsfaglige konsultationer, støtte op om genoptræning, plejeopgaver og andet [7]. Er
1639 der flere pårørende, kan opgaverne måske fordeles mellem dem. Det er dog ikke altid, at pårørende
1640 føler sig klædt på til opgaverne [8,9]. Her har de professionelle en opgave i at tilbyde vejledning og
1641 støtte til de pårørende.

1642 Det er vist, at pårørende har forskellige ressourcer [10]. Forskellighederne hænger sammen med
1643 uddannelsesniveau, jobposition mv., altså de faktorer, der er med at skabe ulighed generelt - også i
1644 rehabilitering. Forskelligheder kommer fx til udtryk ved, at nogle pårørende har ressourcer til at
1645 møde meget velforberedte til møder med de professionelle. De har fx selv undersøgt hvilke
1646 muligheder, der er både fagligt og rent lovgivningsmæssigt, mens andre er mere tilbageholdende og
1647 afventer, at de professionelle tager initiativet til, hvad der skal ske. Pårørendes forskellige
1648 ressourcer giver således forskelligt udgangspunkt for at få indflydelse i sin egen situation, og det er
1649 vigtigt, at professionelle er opmærksomme herpå, fordi de på den måde kan være med til at
1650 kompensere for de pårørende, der er tilbageholdende samt hjælpe med at få dem til at udtrykke
1651 deres ønsker og mål for rehabiliteringsforløbet.

1652 Fælles for pårørende er, at de står i vidt forskellige livssituationer og kontekster, og har forskellige
1653 ressourcer for at deltage i personens rehabiliteringsproces. Fx kan det være vanskeligt at deltage i
1654 personens rehabilitering på grund af eget erhvervsarbejde, hjemmeboende børn eller geografisk
1655 afstand. Pårørendes oplevelse af situationen (f.eks. som håndterbar eller uoverskuelig) vil også
1656 være forskellig, blandt andet på baggrund af deres egen livshistorie, personlighed og ressourcer [7].

1657 **Pårørende som en del af rehabiliteringsindsatsen**

1658 Eftersom mange pårørende har en særlig viden om personen i rehabilitering, herunder ønsker,
1659 behov og livssituation, er det helt centralt, at de pårørendes ressourcer indgår som en del af den
1660 samlede rehabiliteringsindsats. Det skal dog ske i en balance mellem personens ønsker og behov og
1661 den pårørendes ønsker og behov [4]. I særlige tilfælde, anvendes de pårørendes unikke viden om
1662 personen til at tage beslutninger på personens vegne, fx hvis en person er bevidstløs. Som nævnt i
1663 kapitlet om personen i rehabilitering (kapitel 4), kan de pårørende også spille en væsentlig rolle i
1664 forhold til at støtte op omkring den professionelle rehabiliteringsindsats [5]. Her er det vigtigt
1665 løbende at afstemme forventninger mellem pårørende og professionelle både i forhold til
1666 rollefordeling og graden af involvering, fordi det har stor betydning for en positiv udvikling af
1667 rehabiliteringsforløbet.

1668 Nogle pårørende kan være så påvirkede af den nye livssituation, at de nogle gange kan have svært
1669 ved at skelne mellem, hvad der er deres egne ønsker og behov, og hvad der er personens ønsker og
1670 behov. Det kan komme til udtryk ved, at den pårørende påpeger udfordringer, som værende
1671 personens udfordringer og behov, men udfordringerne og behovene tilhører i virkeligheden den
1672 pårørende. De professionelle må i sådanne situationer tage sig den nødvendige tid til at
1673 identificere personens og de pårørendes behov og ønsker - hver for sig [4]. Nedenfor beskrives et
1674 dilemma, der kan opstå, når personen i rehabilitering og dennes pårørende har forskellige ønsker
1675 og behov i forhold til hjælp i hjemmet.

Hustru til en mand med fremskreden Amyotrofisk lateral sklerose (ALS) ringer til visitator i hjemkommunen og fortæller, at de ikke ønsker plejepersonale i hjemmet, da de sagtens kan klare det selv. På et efterfølgende hjemmebesøg viser det sig, at manden føler sig utryk, og ser sig selv som en belastning for hustruen og faktisk ønsker besøg fra hjemmeplejen. Hustruen derimod oplever det stressende med så mange mennesker i hjemmet - hun oplever, at deres hjem bliver som en banegård.

1676

1677 Nogle pårørende vil, som følge af deres engagement og involvering i rehabiliteringsforløbet, føle sig
1678 belastede i kortere eller længere perioder. Pårørende kan opleve det, som et kontinuerligt pres at
1679 skulle balancere mellem håndtering af behov hos og give støtte til personen i rehabilitering samt
1680 den pårørendes egne behov (Figur 4).

1681

1682

1683

1684

1685

1686

1687

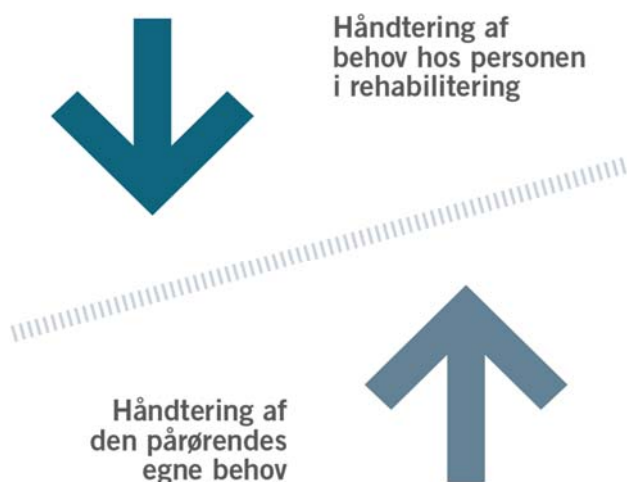
1688

1689

1690

1691

1692



Figur 4. Pårørendes afbalancering af behov (inspireret af figur 1 i [1])

1691 Afbalanceringen er ofte dynamisk og kan ændrer sig over tid. Nogle rehabiliteringsforløb starter
1692 pludseligt, som fx når en person kommer ud for en svær hjerneskade. Her er der et stort pres på den

1693 pårørende i starten, og mindre fokus på den pårørendes egne behov, mens det kan se anderledes ud
1694 senere i rehabiliteringsforløbet. I andre rehabiliteringsforløb som fx ved demens, vil der typisk være
1695 et stigende pres på den pårørende jo længere tid, der går. Nogle pårørende oplever, at det kan være
1696 vanskeligt at holde kontakten til deres sociale netværk, hvorfor dette svinder ind, og de kan føle sig
1697 ensomme [1]. Den vanskelige afbalancering mellem egen og personens behov kan også medføre
1698 dårlig samvittighed hos den pårørende.

1699 **Pårørende med selvstændigt behov for rehabilitering**

1700 Som nævnt konfronteres pårørende, ligesom personen i rehabilitering, med forandringer i deres
1701 livssituation, som kan gribe ind i hverdagslivet. Disse forandringer vil typisk sætte gang i en
1702 mestringsproces hos pårørende, hvor de forholder sig til forandringerne og tilpasser sig den nye
1703 livssituation [11]. Ofte vil pårørende forholde sig til forandringerne både individuelt og i samspil
1704 med personen i rehabilitering [1].

1705 Det er vigtigt at fremhæve, at mange pårørende beskriver positive aspekter af det at være
1706 pårørende. De kan opleve glæde og tilfredsstillelse, når det lykkes at gøre en positiv forskel for
1707 personen i rehabilitering. De kan også opleve en øget gensidighed i forholdet til personen i
1708 rehabilitering, og/eller et styrket sammenhold i familien. Andre pårørende vil være belastede over
1709 en længere periode og kan udvikle egne behov for rehabilitering. Det kan fx komme til udtryk som
1710 vedvarende stress, symptomer på angst og depression, tyngende bekymringer ift. egen identitet,
1711 skyld og ansvar, søvnproblemer eller en usund livsstil. Den vedvarende belastning kan skabe
1712 konflikter i relation til personen i rehabilitering og til familien som helhed. Nogle pårørende er
1713 presset økonomisk og kan ikke forlige arbejdslivet med forventningerne til deres rolle som
1714 pårørende. Alt dette belaster ikke kun de pårørende, men kan også begrænse deres mulighed for at
1715 deltage i personens rehabilitering [1]. Ved at anerkende personen i rehabilitering og dennes
1716 pårørende som en samlet enhed bliver det tydeligt, at de pårørendes situation kan påvirke
1717 personens rehabilitering både positivt og negativt. De pårørendes situation kan påvirke forløbet
1718 positivt ved, at de pårørende via deres viden om personen i rehabilitering kan støtte op omkring
1719 forløbet og bidrage til bedre rehabiliteringsresultater. Den kan også påvirke forløbet negativt, hvis
1720 personen i rehabilitering er meget bekymret for den pårørende eller for deres fælles livssituation.
1721 Tiltag rettet mod pårørendes selvstændige behov er således ikke kun til gavn for de pårørende, men
1722 også for personen i rehabilitering samt de professionelle.

1723 Nogle pårørende modtager selv rehabilitering fx i form af støttegrupper eller sorggrupper med
1724 andre pårørende. Det kan give dem et frirum fra hverdagen, dele erfaringer og følelser med
1725 ligestillede samt støtte hinanden i håndteringen af konkrete udfordringer i rollen som pårørende
1726 [12]. Pårørende, der oplever udfordringer i relationen til personen i rehabilitering, fx i form af

1727 problemer med kommunikationen eller i samværet i hverdagen, kan have gavn af tilbud, der
1728 fokuserer på vigtigheden af, at rehabiliteringsprocessen mestres af personen og den pårørende i
1729 fællesskab [13]. I andre sammenhænge kan familiecentrerede tilbud være mest relevante [14,15].
1730 De fleste danske kommuner og regioner har tilbud og indsatser til pårørende. Sundhedsstyrelsen
1731 har i 2012 udarbejdet nationale anbefalinger for professionelles møde med pårørende til alvorligt
1732 syge [4]. Anbefalingerne henvender sig bredt til alle professionelle i kommuner, regioner samt
1733 praksissektoren, som kommer i kontakt med alvorligt syge personer og deres pårørende.
1734 Anbefalingerne bidrager imidlertid ikke med nationale rammer for håndteringen af pårørendes
1735 selvstændige behov for rehabilitering. Der er således behov for øget fokus på pårørende og deres
1736 selvstændige behov for rehabilitering.

1737 **Børn som pårørende**

1738 Når børn (0-18 år) oplever funktionsevnededsættelse hos en søskende eller en forælder, udsættes
1739 de for forhøjet niveau af psykosocial belastning, og deres hverdagsliv bliver ændret markant
1740 [16,17]. Flere børn oplever, at deres fundament af tryghed og faste rutiner rystes, og de kan få en
1741 følelse af angst, utryghed og stress [16-18]. Børn er ofte meget tilpasningsdygtige og kan
1742 tilsidesætte egne behov for at opfylde familiens behov. Derfor kan det være vanskeligt for forældre
1743 og professionelle at gennemskue, hvis barnet har det svært. Det er derfor vigtigt, at der skabes
1744 mulighed for, at barnet kan udtrykke bekymringer og egne behov. Pleje- og
1745 rehabiliteringspersonale samt daginstitution eller skole har en central rolle i denne opgave [17,18].

1746 Når børn er pårørende, er der behov for, at de professionelle møder den unikke familie og det
1747 unikke barn [19]. Hvis der er tale om en større funktionsevnededsættelse hos personen i
1748 rehabilitering, bør der indhentes relevante oplysninger om hjemmeboende børn og deres
1749 omstændigheder fra forældre og relevante samarbejdspartnere. Støtte og inddragelse af børn skal
1750 foregå på deres præmisser. Biologisk alder er ikke nødvendigvis et udtryk for barnets modenhed
1751 eller forståelse, og de professionelle bør være opmærksomme på, at udviklingen ikke kan
1752 forudsiges. Et barn kan derfor have brug for støtte af flere omgange i takt med situationen udvikler
1753 sig, eller de selv udvikler sig/bliver ældre [17].

1754 Det er vigtigt at den viden og information, som barnet får, om personens rehabiliteringssituation er
1755 aldersvarende og bliver givet i et sprog, som er letforståeligt og meningsfuldt for barnet. Mangel på
1756 informationer kan resultere i, at barnet bliver overladt til egne forestillinger, som kan være
1757 fejlbehæftede og skabe unødigt utryghed eller frygt hos barnet [16]. Børn er oftest mest trygge ved at
1758 tale med sine forældre [18]. Professionelle bør derfor så vidt muligt støtte forældrene til at hjælpe og
1759 tale med deres barn. Der er udarbejdet generelle råd til, hvorledes forældre og professionelle bør
1760 tale med børn [17]. Eksempler på rådende kan ses nedenfor.

-
- Snak med barnet om det, der sker, men også om andre ting.
 - Vær ærlig, men sig ikke nødvendigvis alt.
 - Lyt til, hvad barnet spørger om og svar specifikt på dette.
 - Vær nysgerrig og lyttende frem for forstående eller irettesættende.
 - Vær tilgængelig og stå til rådighed, når barnet har behov for at tale
-

1761

1762 Det skal bemærkes, at disse råd er generelle, og at børn er meget forskellige. Det skal også
1763 bemærkes at den mængde information, der gives, og måden hvor på informationen gives, skal være
1764 tilpasset barnets alder [17].

1765 De voksne omkring barnet har en særlig rolle i forhold til at skabe trygge og stabile rammer. Selv
1766 om hverdagen er forandret i hjemmet, har barnet et behov for at opretholde sine fritidsinteresser
1767 og den sociale kontakt med jævnaldrende. Er der tale om et ungt menneske, bør den unge have
1768 mulighed for løsrivelse og selvstændighed, hvorfor venner spiller en helt central rolle her [17,18].

1769 Børns deltagelse i søskendes eller forældres rehabilitering bør tilrettelægges under hensyntagen til
1770 deres alder, udvikling og behov. Børn bør som udgangspunkt ikke være personlige hjælpere for
1771 deres forældre, da barnet kan have svært ved at sige fra overfor uønskede opgaver. Det kan alligevel
1772 ske i de tilfælde, hvor det ikke er muligt at få hjælp fra andre, eller at barnet ikke kan tales fra at
1773 hjælpe. I sådanne tilfælde bør det sikres, at barnet er klædt på til opgaven [20,21].

1774 **Referencer**

- 1775 1. Rottmann N, Norup A, Dieperink KB. Informal caregiving in life-threatening or chronic illness. In:
1776 Pedersen SS, Roessler KK, Andersen TE, et al., editors. Textbook of Applied Medical Psychology. A
1777 Multidisciplinary Approach. Syddansk Universitetsforlag: Syddansk Universitetsforlag; In press.
- 1778 2. 30 danske organisationer. Bedre vilkår for pårørende - 5 principper for sociale, sundhedsmæssige og
1779 arbejdsmæssige initiativer. Danske Patienter; 2020.
- 1780 3. Pallesen H, Buhl I, Roenn-Smidt H. Early rehabilitation and participation in focus - a Danish
1781 perspective on patients with severe acquired brain injury. European journal of physiotherapy.
1782 2016;18(4):233-236.
- 1783 4. Sundhedsstyrelsen. Nationale anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt
1784 syge. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
- 1785 5. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade:
1786 apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI), traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning
1787 og encephalopati. 1 ed. København: Sundhedsstyrelsen; 2020.
- 1788 6. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed: årsager og indsatser. Version: 1.0. 1. oplag.
1789 ed. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
- 1790 7. Revenson TA, Griva K, Luszczynska A, et al. Caregiving in the Illness Context. London: Palgrave
1791 Macmillan 2016.
- 1792 8. Girgis A, Lambert SD, McElduff P, et al. Some things change, some things stay the same: a
1793 longitudinal analysis of cancer caregivers' unmet supportive care needs. Psychooncology. 2013
1794 Jul;22(7):1557-64.
- 1795 9. Lund L, Ross L, Petersen MA, et al. The interaction between informal cancer caregivers and health
1796 care professionals: a survey of caregivers' experiences of problems and unmet needs. Support Care
1797 Cancer. 2015 Jun;23(6):1719-33.
- 1798 10. Guldager R, Willis K, Larsen K, et al. Relatives' strategies in subacute brain injury rehabilitation: The
1799 warrior, the observer and the hesitant. J Clin Nurs. 2019 Jan;28(1-2):289-299.
- 1800 11. Andersen CW, Birtø K, Lawætz M. Fokus på pårørende i kommunal rehabilitering, et oplæg til
1801 refleksion og handling. Center for Kræft & Sundhed København; 2017.
- 1802 12. Lauritzen J, Pedersen PU, Sorensen EE, et al. The meaningfulness of participating in support groups
1803 for informal caregivers of older adults with dementia: a systematic review. JBI Database System Rev
1804 Implement Rep. 2015 Jul 17;13(6):373-433.
- 1805 13. Badr H, Krebs P. A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions for couples
1806 coping with cancer. Psychooncology. 2013 Aug;22(8):1688-704.
- 1807 14. Chesla CA. Do family interventions improve health? J Fam Nurs. 2010 Nov;16(4):355-77.
- 1808 15. Gilliss CL, Pan W, Davis LL. Family Involvement in Adult Chronic Disease Care: Reviewing the
1809 Systematic Reviews. J Fam Nurs. 2019 Feb;25(1):3-27.
- 1810 16. Danske Patienter. Børn som pårørende. Undersøgelse blandt Danske Patienters medlemsforeninger
1811 vedrørende børn som pårørende. København. 2016.
- 1812 17. Kehlet KH. Børn som pårørende til alvorligt syge forældre. København: Tværfagligt Videnscenter for
1813 Patientstøtte; 2015.

- 1814 18. Mandag Morgen. Når sorgen rammer. En undersøgelse af trivsel og støtte, når børn og unge oplever
1815 dødsfald eller sygdom i familien. 2013.
- 1816 19. Harrsen K, Hvidbjerg KB, Larsen L. Sundhedspersoners møde med pårørende børn og unge til
1817 alvorligt syge i det danske sundhedsvæsen. Det Nationale Sorgcenter; 2021.
- 1818 20. Kavanaugh MS. Families and ALS: A Guide for Talking with and Supporting Children and Youths
1819 The ALS Association,; 2017.
- 1820 21. Kavanaugh MS, Cho Y, Fee D, et al. Skill, confidence and support: conceptual elements of a
1821 child/youth caregiver training program in amyotrophic lateral sclerosis - the YCare protocol.
1822 Neurodegener Dis Manag. 2020 Aug;10(4):231-241.

1823 **Kapitel 6 Brugernes perspektiver**

1824 I dette kapitel præsenteres brugernes perspektiver (*brugere* anvendes i dette kapitel som
1825 samlebetegnelse for personen og pårørende). I forbindelse med udarbejdelsen af hvidbogen blev
1826 der etableret et brugerpanel, hvor personer og pårørende med erfaring fra rehabilitering kunne
1827 give et brugerperspektiv på arbejdet med hvidbogen. Det overordnede formål med brugerpanelet
1828 var at give personer med erfaringer fra eget rehabiliteringsforløb og pårørende mulighed for at
1829 bidrage med egne erfaringer, oplevelser, ønsker og idéer til hvidbogen. Dette kapitel er således et
1830 udtryk for de refleksioner og overvejelser, brugerpanelet har gjort sig som led i arbejdet med
1831 hvidbogen, og skal ses som udvalgte personer og pårørende partsindlæg til denne hvidbog.

1832 *"Brugerinddragelse skal være en mere forpligtende og integreret del af praksis og*
1833 *udvikling. Både borgere og pårørende skal inddrages, og det skal ske på både*
1834 *organisatorisk og individuelt niveau".*

1835 *Danske Patienter (2020)*

1836 Arbejdet er inspireret af *organisatorisk brugerinddragelse* eller *participatory design*, som det
1837 benævnes i andre sammenhænge [1,2]. Formålet er, at brugernes viden og ressourcer indgår, når
1838 der for eksempel tænkes i nye løsninger og indsatser. Der arbejdes således ud fra brugernes
1839 perspektiv og med udgangspunkt i deres erfaringer. Brugerinddragelse har generelt set et etisk
1840 formål, idet mennesker har ret til at have indflydelse, fordi det har stor betydning for deres helbred
1841 og livskvalitet [3]. Dertil kommer, at det er en demokratisk ret at ytre meninger, følelser, behov og
1842 præferencer i en ramme, hvor man har mulighed for reel indflydelse. Det er ligeledes
1843 dokumenteret, at brugere har et anderledes perspektiv end professionelle og administratorer på
1844 bandt andet kvalitet [1,4]. Derfor er det væsentligt, at brugernes viden anerkendes som ligeværdig
1845 med faglig og organisatorisk viden. Brugernes viden er således uundværlig som led i udviklingen af
1846 velfærdstatens tilbud til mennesker med rehabiliteringsbehov.

1847 **Fremgangsmåde**

1848 Personer og pårørende til brugerpanelet blev udvalgt og inviteret af sekretariatet i februar 2021. De
1849 blev dels rekrutteret gennem opslag på sociale medier og dels ved henvendelser til personer, som
1850 sekretariatet og den tværgående ekspertgruppe havde kendskab til. Ønsket var at samle brugere,
1851 som i kraft af deres egne personlige oplevelser og erfaringer relateret til rehabilitering skulle drøfte
1852 og give input til hvidbogen. Brugere skulle således alene repræsentere sig selv og det liv, de lever
1853 med kendskab til rehabilitering og ikke som repræsentanter for andre institutioner eller
1854 organisationer.

1855 I alt sagde ni brugere (bilag 5) ja til at deltage, hvoraf syv var kvinder og to var mænd i alderen 32
1856 til 76 år. Tre af de ni brugere repræsenterede også et pårørendeperspektiv.

1857 Brugerpanelet mødtes til tre virtuelle møder af to timers varighed. Møderne blev afholdt fra marts
1858 til juni 2021. Det overordnede fokus for de tre møder var at få indblik i brugernes erfaringer og
1859 oplevelser relateret til rehabilitering. På de tre møder blev følgende temaer drøftet:

-
- Udvalgte begreber fra definitionen af rehabilitering
 - Indhold i hvidbog om rehabilitering
 - Hvad virker godt i rehabilitering?
 - Udfordringer i rehabilitering
 - Brugernes forslag til anbefalinger til fremtidens rehabilitering (indarbejdet i kapitel 10)
-

1860

1861 Observatører tog noter undervejs i møderne, der refererede de samtaler, som brugerne havde med
1862 hinanden og de hovedpunkter, som blev fremhævet. To personer har gennemlæst noterne. Der blev
1863 identificeret tre centrale synspunkter, som repræsenterer brugernes overordnede perspektiver. De
1864 tre synspunkter blev sendt til brugerpanelet med henblik på at sikre, at de kunne genkende egne
1865 refleksioner og synspunkter. Kapitlet er efterfølgende gennemlæst af brugerpanelet, og indholdet
1866 er drøftet på et virtuelt møde, så det sikres, at kapitlet som helhed afspejler de synspunkter og
1867 udsagn, som brugerne ønsker fremført i denne hvidbog.

1868 **Brugernes synspunkter og udsagn**

1869 Brugernes drøftelser centrerer sig om følgende tre synspunkter:

1870 1) Fokus på systemet

1871 2) Ulige muligheder

1872 3) Problemer på tværs

1873 Nedenfor uddybes synspunkterne med tilhørende udsagn fra brugerne.

1874 **Ad 1. Fokus på systemet**

1875 Fælles for brugernes generelle oplevelser var, at i rehabilitering er der overvejende fokus på
1876 systemet og de krav, som skal opfyldes frem for, at fokus var på dem som mennesker. Denne
1877 oplevelse kom til udtryk i brugernes fortællinger om, at der i deres rehabiliteringsforløb var en
1878 form for distance til det liv, de lever, og den hverdag de har behov for støtte til at komme videre

1879 med. En person gav udtryk for, hvordan hun oplevede, at det ikke var hendes levede liv, de
1880 professionelle spurgte ind til.

1881 *"Jeg er aldrig blevet spurgt om, hvorvidt jeg deltager socialt, mestrer mit eget forløb eller*
1882 *har livskvalitet. Ingen læge, sygeplejerske eller fysioterapeut har spurgt mig om det.*
1883 *Aldrig. Jeg er heller ikke blevet spurgt ind til min selvoplevede livskvalitet".*

1884 Brugerne understreger også, at de ønsker at blive set som et helt menneske, hvor der er plads til de
1885 forskelligheder, som det enkelte menneske rummer. Brugere anerkender mange professionelles
1886 faglighed og de gode intentioner, men de oplever blandt andet, at "systemets rammer" og
1887 hierarkiske opbygning kan spænde ben for et rehabiliteringsforløb, hvor de som mennesker
1888 kommer i fokus.

1889 *"Og så skal der være en helhedstanke og en sund fornuft. Der skal være frihed til at de*
1890 *ansatte kan bruge deres sunde fornuft. Det vil jeg gerne have med i bogen".*

1891 Et enigt panel udtrykker ligeledes, at det nuværende system ikke giver mulighed for, at de
1892 professionelle kan anvende deres sunde fornuft, og så pointerer brugerpanelet, at der til stadighed
1893 er behov for at kigge på de professionelles rehabiliteringskompetencer. Brugerpanelet oplever, at
1894 de professionelle primært har fokus på problemet fremfor på potentialer og muligheder hos dem
1895 som menneske. De professionelles problemløsende tilgang strider mod det, som brugerne oplever
1896 som essentielt i rehabilitering; nemlig værdighed og livskvalitet for det enkelte menneske.

1897 *"For mig handler det om et værdigt liv. Og om at hverdagen skal komme til at fungere".*

1898 Det er kendetegnende for brugernes perspektiver, at det gode rehabiliteringsforløb retter fokus
1899 mod dem som menneske med en naturlig sammenhæng til det liv, de lever.

1900 **Ad 2. Ulige muligheder**

1901 Et gennemgående synspunkt hos brugerne er, at rehabilitering rummer aspekter af ulighed. Dette
1902 synspunkt kom til udtryk ved, at brugerne finder det vanskeligt at navigere i rehabilitering.

1903 Rehabilitering kræver, at man er stærk, og selv kan være tovholder på sit eget rehabiliteringsforløb
1904 - eller at man har pårørende, som kan hjælpe en.

1905 *"Hvis man ikke selv er stærk eller har gode pårørende, ser det sort ud".*

1906 Brugere oplever, at hvis ikke man selv råber op, så går tingene i stå. De udtrykker bekymring for,
1907 at der kan være, personer med rehabiliteringsbehov som ikke får den rehabilitering, de har behov
1908 for eller krav på.

1909 *"Det mest bekymrende, er at det afhænger af ressourcer. Der sidder en kæmpe flok, der ikke*
1910 *har ressourcer eller pårørende, og det er beskæmmende at tænke på, hvor man er, hvis*
1911 *man ikke har ressourcer til at råbe op".*

1912 Brugerne håber, at hvidbogen kan være med til at sætte en national standard for, hvad
1913 rehabilitering er, og hvorledes det udmøntes i praksis.

1914 *"Hvidbogen skal lave grundbegreber på tværs. Jeg synes, der mangler en fælles forståelse*
1915 *på landsplan".*

1916 Ved at bidrage med fx en overordnet ramme og fælles forståelse håber de således, at hvidbogen kan
1917 være med til at reducere de ulige muligheder, der er i rehabilitering.

1918 **Ad 3. Problemer på tværs**

1919 "Problemer på tværs" afspejler brugernes oplevelse af, at der mangler sammenhængskraft på tværs
1920 af overgange.

1921 *"Første krise er i overgangen fra sygehus til det kommunale system. Der er ingen god*
1922 *overlevering".*

1923 Det er særligt i overgangene fx fra én professionel til en anden og mellem sektorer, at der mangler
1924 sammenhængskraft. Desuden påpeger brugerne, at der er behov for, at de professionelle får mere
1925 frihed til at bruge deres sunde fornuft og faglighed fremfor at være bundet op på meget specifikke
1926 krav og formaliserede retningslinjer.

1927 *"Der er meget viden og en god faglighed, men ingen frihed til at tænke/handle selv. Jeg*
1928 *synes, der skal være mere metodefrihed. Hvis en medarbejder kan se at det er oplagt at*
1929 *gøre noget, skal de have lov til at gøre det og gå lidt på tværs".*

1930 Brugerne oplever manglende overlevering, kommunikation og samarbejde mellem de forskellige
1931 professionelle og på tværs af overgange. Brugerne giver udtryk for at med det nuværende systems
1932 kompleksitet og uoverskuelighed, har personen i rehabilitering brug for hjælp til at være i systemet.
1933 Brugerspanelet mener, der er behov for en form for "systemnavigatør" eller "proceskonsulent", som
1934 skal hjælpe personer i rehabilitering med at samle trådene, have det fulde overblik og ikke mindst
1935 ansvar.

1936 *"Alle enkelt elementerne er gode, vi har alle brikkerne på plads, men vi skal samle*
1937 *puslespillet. Der er mange gode ressourcer, der bare ikke spiller sammen. Der mangler en*
1938 *proceskonsulent, der kan se det større billede. Nogen skal have ansvaret for, at det sker".*

1939

1940 Det skal bemærkes, at brugerpanelet helst så, at rehabilitering var organiseret mere logisk og
1941 sammenhængende for brugerne, så de selv havde bedre mulighed for at manøvrere rundt i
1942 systemet. Brugere håber, at denne hvidbog kan være med til at sætte fokus på, at der stadig
1943 mangler brikker i puslespillet. Enkelte brikker er på plads, men der er behov for, at vi ser på
1944 brikkerne med "nye øjne", så vi kan få samlet det hele til et nyt puslespil.

1945

1946 **Referencer**

- 1947 1. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Organisatorisk brugerinddragelse –
1948 hvorfor? København: VIBIS; 2019.
- 1949 2. Sanders EBN, Stappers PJ. Co-creation and the new landscapes of design. CoDesign. 2008
1950 2008/03/01;4(1):5-18.
- 1951 3. Conklin A, Morris Z, Nolte E. What is the evidence base for public involvement in health-care
1952 policy?: results of a systematic scoping review. Health Expect. 2015 Apr;18(2):153-65.
- 1953 4. Mandag Morgen & TrygFonden. Sundhedsvæsenet - ifølge danskerne. København. 2016.

1954 **Kapitel 7 Professionelles perspektiver og tilgange i** 1955 **rehabilitering**

1956 I dette kapitel beskrives perspektiver og tilgange, der er fremherskende i rehabilitering, herunder
1957 de værdier og kompetencer, der er nødvendige, at professionelle har eller udvikler, når de arbejder
1958 rehabiliterende. Desuden beskriver kapitlet det øgede fokus på samarbejde med civilsamfundet
1959 samt en kort beskrivelse af elementerne i rehabiliteringsprocessen. Sidste del af kapitlet handler
1960 om kvalitetsudvikling, herunder det stigende fokus på at inddrage brugernes perspektiver og
1961 tværgående monitorering i udvikling af praksisnær kvalitetsudvikling.

1962 **Forståelsen af rehabilitering**

1963 Der er sket et paradigmeskifte i forståelsen af rehabilitering og rehabiliteringsindsatser til personer
1964 med funktionsevnenedsættelse. Paradigmeskiftet har blandt andet betydet et skifte fra medicinske
1965 modeller til biopsykosociale modeller om handicap. Det har også betydet, at rehabilitering har
1966 udviklet sig til at omhandle borgerrettigheder og person-centrerede perspektiver, der inkorporerer
1967 biologiske, psykologiske, sociale, miljømæssige og personlige aspekter med det mål at fremme
1968 personlig autonomi og samfundsmæssig deltagelse på lige fod med andre [1]. Nye metoder er
1969 opstået, der inkluderer individuelt valg, ligeværdigt partnerskab, empowerment og involvering af
1970 civilsamfundet [2,3]. Dertil kommer indførelsen af FN konventionen om rettigheder for personer
1971 med handicap, hvilket har medført at personer, der oplever funktionsevnenedsættelse, ikke ses
1972 som "objekter" for velfærd, men som "indehavere af rettigheder" [4,5]. I moderne rehabilitering
1973 har denne udvikling blandt andet medført, at den professionelles rolle har ændret sig. Den
1974 traditionelle "ene-ekspert" rolle har udviklet sig til at være et mere ligestillet partnerskab med
1975 personen som erfarings-ekspert og dennes selvvalgte netværk. Partnerskabet er således
1976 relationen mellem tre eksperter:

- 1977 1. Personen som erfarings-ekspert, ekspert i egen forståelse af trivsel i tilværelsen og "det gode
1978 liv".
- 1979 2. Professionelle, som er eksperter i metoder, redskaber, systematik, løsninger,
1980 modtagerorienteret kommunikation, coaching og koordinering mv.
- 1981 3. Personens selvvalgte netværk, som er betydningsfulde andre i forhold til personens
1982 livsverden og hverdagsliv så som pårørende, venner og foreningsliv.

1983 Denne forståelse af partnerskab har medført, at der på tværs af beskæftigelses-, sundheds-, social-
1984 og undervisningsområdet nu er bred enighed om, at personen med funktionsevnenedsættelse er
1985 ekspert i eget liv og derfor er den mest centrale samarbejdspartner i rehabilitering [6-8]. Der er
1986 også enighed om, at rehabilitering bør tage afsæt i en biopsykosocial tilgang [9,10]. Til trods for

1987 enighed om, at personen i rehabilitering er ekspert i eget liv, og at rehabilitering bør tage afsæt i en
1988 helhedsorienteret og biopsykosocial tilgang, kan personen i rehabilitering stadig møde en praksis,
1989 hvor dette perspektiv og ændrede arbejdsmåde ikke er implementeret i praksis.

1990 *NN siger, at alle [professionelle] kan tale om skader og symptomer, men ikke de dybe*
1991 *personlige ting – her er der dels en blufærdighed, dels en manglende viden og en*
1992 *manglende anerkendelse af det som værende vigtigt [11].*

1993 **Tilgange i rehabilitering**

1994 I rehabilitering er der bred enighed om, at professionelle arbejder ud fra en biopsykosocial tilgang
1995 og i et ligeværdigt partnerskab med personen i rehabilitering samt pårørende. Den
1996 helhedsorienterede, biopsykosociale og multidisciplinære rehabiliteringsindsats er med FN-
1997 handicap-konventionen en menneskeret for personer, der lever med eller erhverver en
1998 funktionsevnededsættelse [4]. Personen med funktionsnedsættelse skal således mødes ud fra en
1999 helhedsorienteret og biopsykosocial tilgang, hvor der tages udgangspunkt i personen,
2000 omgivelserne, kulturen, det sociale samt samfundets rolle i forståelsen af sygdommen. I både
2001 vurderinger og beskrivelser af sundhed, sygdom og funktionsevne såvel som i selve
2002 rehabiliteringsindsatsen skal der derfor tages højde for både biologiske, psykologiske og sociale
2003 faktorer.

2004 I dansk rehabilitering findes der forskellige diskurser. Som eksempel på to forskellige diskurser
2005 kan nævnes den recoveryorienterede tilgang og den person-centrerede tilgang. Den
2006 recoveryorienterede tilgang og den person-centrerede tilgang er tilgange som begge repræsenterer
2007 en samarbejdende og dialogbaseret tilgang. De kan således være med til at facilitere, at personen i
2008 rehabilitering ses som ekspert i eget liv, og at der arbejdes ud fra et biopsykosocialt perspektiv.
2009 Både den recoveryorienterede tilgang, den person-centrerede tilgang og den biopsykosociale
2010 tilgang er funderet i det holistiske paradigme [12]. Det betyder et skifte væk fra en entydig
2011 biomedicinsk tilgang til at have fokus på det hele menneske, som inkluderer biologiske,
2012 psykosociale og eksistentielle faktorer, personens værdier, præferencer og oplevelser samt retten til
2013 aktivt at være involveret i beslutninger vedrørende egen behandling og rehabilitering [13]. Det
2014 betyder også et skifte væk fra at professionelle *ved bedst* til at sætte personen i rehabilitering,
2015 dennes selvvalgte netværk i centrum for mål og beslutninger samt se dem som *eksperter*, der
2016 arbejder sammen med professionelle for at nå det bedste resultat. Personen ses således som
2017 ”erfarings-ekspert” med indefra-perspektivet i forhold til personens levede erfaringer. Ekspert i
2018 egen forståelse af trivsel i tilværelsen og det gode liv, hvilket bliver relevant i samskabelsen af mål,
2019 som giver mening for den enkelte.

2020 Recovery er et komplekst begreb, som både kan beskrives som: 1) et klinisk faktum, hvor forskning
 2021 fra psykiatrien har vist, at personer med fx diagnosen skizofreni kommer sig, 2) et personligt
 2022 begreb og 3) en tilgang [14]. Recovery som personligt begreb, er et eksistentielt livsverdens-
 2023 perspektiv og dermed ikke et fagligt begreb. Personlig recovery kan defineres som:

2024 *"En dybt personlig, unik proces, der handler om at ændre sine holdninger, værdier, følelser,*
 2025 *mål, færdigheder og roller. Det er en måde, hvorpå man kan leve et tilfredsstillende,*
 2026 *håbefuldt og bidragende liv selv med de begrænsninger, der følger med sygdommen.*
 2027 *Recovery indebærer skabelse af en ny mening og nyt formål i livet, efterhånden som man*
 2028 *overkommer de katastrofale konsekvenser af psykisk sygdom" [15].*

2029 Det personlige recovery-begreb fokuserer således på det enkelte menneskes egen gennemlevede
 2030 proces med at komme sig og komme videre i livet. Denne proces kan understøttes af
 2031 professionelles faglige og personlige kompetencer. I det følgende er der fokus på recovery-
 2032 orientering som en tilgang. Denne tilgang repræsenterer et menneskesyn og noget alment
 2033 menneskeligt, som har en universel gyldighed for alle mennesker, herunder alle personer med
 2034 funktionsnedsættelse. Recovery-begrebet er således ikke kun relevant for det psykiatriske område,
 2035 hvor recovery har sit ophav. Recovery eller "at komme sig" skal ses som en personlig proces med
 2036 henblik på at skabe håb og positiv identitet. Det er væsentlig at skelne mellem begreberne
 2037 rehabilitering og recovery, fordi fra et recovery-orienteret perspektiv beskriver rehabilitering
 2038 processen fra den professionelles perspektiv, mens selve recovery-processen ses fra personens
 2039 perspektiv [14]. I en recovery-orienteret tilgang arbejdes der ud fra fire grundlæggende værdier,
 2040 som er generiske og har relevans på tværs af personer med funktionsevnenedsættelse [6]. Nedenfor
 2041 præsenteres de fire grundlæggende værdier i recovery [6].

Personorientering	Personorientering handler om at møde personen med værdighed, medfølelse og respekt, om at se personen som et individ med styrker, talenter, interesser såvel som begrænsninger fremfor alene at se personen som en diagnose.
Personinvolvering	Personinvolvering betyder, at der er fokus på personens rettighed til fuldt at indgå i et partnerskab i alle dele af recovery-processen, herunder partnerskab i at designe, planlægge, implementere og evaluere den service som understøtter personens recovery [6].
Selvbestemmelse	Selvbestemmelse handler om ikke at være underlagt andre personers for-forståelser og fastlagte rammer, men frit at kunne vælge en position i samfundet, som er meningsgivende for én selv ud fra de evner og kompetencer, man har jf. Handicapkonventionen [4].

Udviklingspotentiale Udviklingspotentialer betyder, at der altid er fokus på personens medfødte kapacitet og evne til at komme sig, ligegyldigt hvor meget eller hvor lidt personen kæmper med funktionsevnededsættelse.

2042 På tværs af velfærdsområder er der et stigende ønske og krav om at arbejde person-centreret,
2043 hvorfor begreber som borger-centrede interventioner [16], patient-centreret behandling [17] og
2044 person-centreret rehabilitering [18,19] er vundet frem. Den nuværende forståelse af begrebet
2045 person-centrering blev først anvendt i psykoterapi og rådgivning og senere i socialt arbejde,
2046 uddannelse, beskæftigelse og familierapi [20]. Grundtanken er, at den professionelle skal se og
2047 forstå personen, som en *person* snarere end en samling af symptomer og sygdomme [21]. Den
2048 person-centrerede tilgang tager udgangspunkt i, at personer bedst selv kender egne behov og er
2049 kvalificerede til at træffe beslutninger om, hvad de ønsker og har brug for [21]. Fokus er således at
2050 gøre ting *sammen med* personen fremfor at levere noget *til* personen [20,22]. Person-centrering
2051 omfatter tre kerneelementer [23]:

- 2052 1. Person-involvering
- 2053 2. Forholdet mellem personen og den professionelle
- 2054 3. Konteksten

2055 Person-involvering betyder, at personen aktivt involveres som et respekteret og autonomt individ,
2056 hvor der er fokus på personens værdier, præferencer og behov. I forholdet mellem personen og
2057 professionelle er der fokus på vigtigheden af at dele viden. Personen deler, som ekspert i eget liv,
2058 viden med den professionelle, mens den professionelle deler faglig viden med personen. Et
2059 væsentlig element i person-centrering er endvidere, at professionelle besidder eller udvikler de
2060 fornødne kompetencer til at kunne anvende tilgangen samt, at de har en fælles forståelse af hvad
2061 begrebet betyder (se afsnit om professionelles rehabiliteringskompetencer).

2062 Person-centrering kan knyttes til rehabilitering, blandt andet fordi "person-centrering" er en
2063 nøglekomponent, når der skal leveres indsatser af høj kvalitet [24,25]. Dertil kommer at
2064 kerneelementerne i den person-centrerede tilgang referer til kerneelementerne, som vi kender fra
2065 rehabilitering [26]. Her kan nævnes, at professionelle har et biopsykosocialt og holistisk
2066 menneskesyn, at personens behov mødes samt, at personen anerkendes som ekspert i eget liv og
2067 som aktiv partner i processen [26]. Der er mange forståelser af, hvad person-centreret
2068 rehabilitering er, og der foreligger på nuværende tidspunkt ikke en entydig definition eller
2069 begrebsafklaring [18]. Dog er der enighed om, at i person-centreret rehabilitering ses personen
2070 som ligeværdig partner i planlægning, udvikling og evaluering af eget forløb for at sikre at forløbet
2071 imødekommer personens behov, præferencer, drømme og ønsker. Det indebærer således, at der er

2072 fokus på personens subjektive oplevelser, følelser og personlige historie [20,27]. For at opnå det
2073 bedste resultat i rehabilitering, skal personen med funktionsevnenedsættelse og dennes pårørende
2074 og/eller selvvalgte netværk aktivt involveres i målsætning og beslutninger. Aktiv involvering er
2075 ligeledes væsentlig for individualisering og skræddersyede indsatser med henblik på at
2076 imødekomme personens behov og se personen som ekspert i eget liv [20].

2077 Recovery-orientering og person-centrering kan ses som to tilgange, som har det til fælles, at de
2078 bygger på samme fundament, nemlig at personen med funktionsevnenedsættelse er ”ekspert i eget
2079 liv” og derfor selvstændigt definerer, hvad trivsel og det gode liv er. Den professionelle er på den
2080 anden side ekspert i faglige metoder, tilgange og systematik. Rehabilitering er således en
2081 samarbejdsproces, der inkluderer både et indefra-perspektiv (1. persons perspektiv) og et udefra-
2082 perspektiv (3. persons perspektiv). Om end de to præsenterede tilgange udspringer fra forskellige
2083 forskningstraditioner, [6,7] er der enighed om fundamentet og de to tilgange, er et godt eksempel
2084 på, at der stadig indenfor forskellige grene af rehabiliteringsfeltet arbejdes med forskellige
2085 forståelser og begreber, som centrerer sig om det samme. Recovery-orientering og person-
2086 centrering er således to tilgange, som positivt har muligheden for yderligere at kvalificere
2087 partnerskab og samarbejde mellem erfarings-ekspert og dennes selvvalgte netværk – og det
2088 professionelle team.

2089 **Professionelles rehabiliteringskompetencer**

2090 Til trods for bred enighed om anvendelse af en biopsykosocial tilgang til rehabilitering, anvendes
2091 den biomedicinske tilgang stadig flere steder i praksis, hvilket der kan der være flere grunde til
2092 [28]. Det kan blandt andet skyldes et historisk perspektiv, hvor rehabilitering har fokuseret på
2093 fysisk genoptræning efter krigsskader [29]. Det kan også skyldes et politisk og ledelsesmæssigt
2094 perspektiv, hvor fokus er på at vise effekt af indsatser og målstyring. Endeligt kan det skyldes, at
2095 der er behov for at udvikle professionelles faglige såvel som personlige kompetencer for, at de kan
2096 inddrage indefra-perspektivet i højere grad og handle udfra den biopsykosociale tilgang [11,30]. I
2097 dette afsnit er der fokus på de specifikke kompetencer som professionelle, der arbejder med
2098 rehabilitering forventes af udvikle eller besidde. De professionelle, der arbejder med rehabilitering,
2099 spænder bredt indenfor beskæftigelses-, sundheds-, social- og undervisningsområdet. Derfor
2100 består gruppen af professionelle, der arbejder med rehabilitering af mange forskellige professioner
2101 såsom SOSU hjælpere, SOSU assistenter, diætister, tale-/hørepedagoger, socialpædagoger, lærere,
2102 sygeplejersker, læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, socialrådgivere, jobkonsulenter
2103 mm.

2104 I Danmark og flere andre steder i verden findes der ikke en fælles kompetenceprofil for
2105 rehabilitering, hvorfor der på nuværende tidspunkt ikke er en formaliseret beskrivelse af hvilke

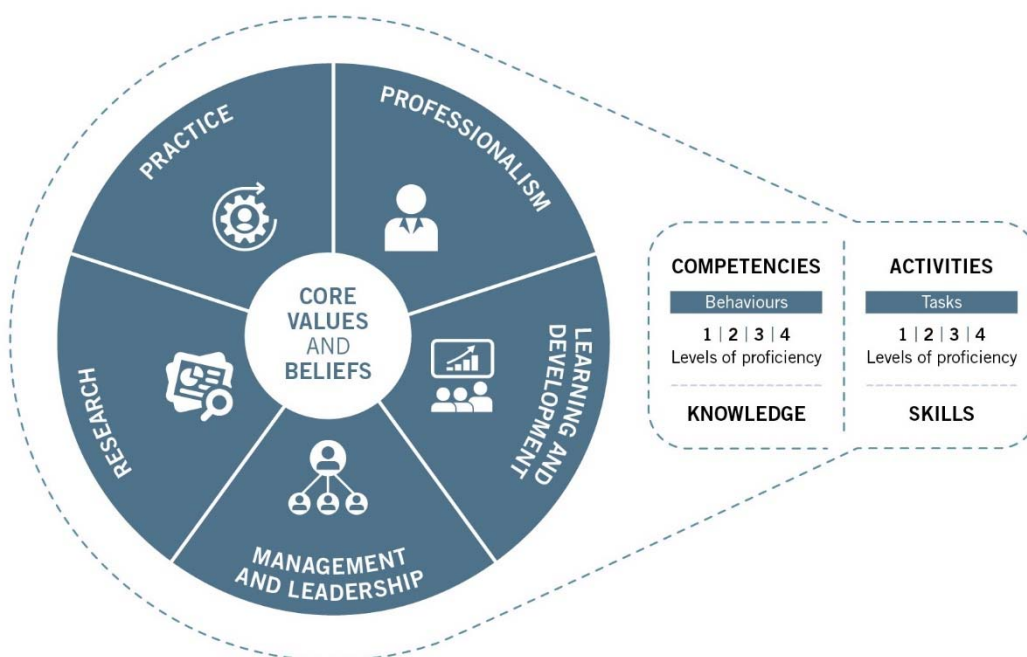
2106 specifikke kompetencer, der adskiller fx en fysioterapeut med ekspertise indenfor rehabilitering fra
2107 andre fysioterapeuter [31]. Det betyder, at alle professionelle i princippet kan definere sig selv som
2108 rehabiliteringsekspert – selvom man alene har basisviden fra sin grunduddannelse. Internationalt
2109 findes der eksempler på faggrupper, som har udarbejdet monofaglige kompetenceprofiler indenfor
2110 rehabilitering. I USA er sygeplejersker et eksempel på en sådan faggruppe [32,33], mens man i UK
2111 har arbejdet med lægernes kompetencer [34]. Disse kompetencer blev i 2020 tilpasset af Derick
2112 Wade med henblik på, at lave en kompetenceprofil til alle faggrupper, der arbejder med
2113 rehabilitering [31]. Nedenfor ses en let modificeret udgave af kompetenceprofilen med de syv
2114 rehabiliteringsspecifikke kompetencer [27,31].

-
1. Tager udgangspunkt i den biopsykosociale model
 2. Arbejder som et fuldt og lige medlem af ethvert tværfagligt team
 3. Arbejder på tværs af organisatoriske og geografiske grænser i samarbejde med andre professionelle og teams
 4. Anerkender, accepterer og håndterer usikkerhed og kompleksitet med varig kontakt med personen, hvis det er nødvendigt
 5. Anvender vidensbaserede generiske rehabiliteringsinterventioner
 6. Anvender fagspecifikt ekspertise til at hjælpe personen og understøtte processer i teamet
 7. Tager udgangspunkt i de processer, der indgår i rehabiliteringsprocessen: vurdering af personens behov, målsætning, udarbejder (sammen med andre) en rehabiliteringsplan sammen med personen, evaluering af indsatsen. Alle processer forgår i samarbejde med personen og eventuelt pårørende

2115 Ideen med denne kompetenceprofil er at sikre en formel anerkendelse af at professionelle, som
2116 arbejder med rehabilitering, skal besidde eller udvikle rehabiliteringsspecifikke kompetencer [31].
2117 Rehabilitering handler således om mere end det at være en dygtig fagspecifik ergoterapeut eller
2118 socialrådgiver. Brug af den biopsykosociale tilgang er helt central i rehabilitering, og det indebærer,
2119 at den enkelte professionelle har et holistisk perspektiv på personens livssituation. Det kræver, at
2120 professionelle ikke blot kender den biopsykosociale model [35-37], men at de anvender den i alle
2121 dele af rehabiliteringsprocessen [31]. I praksis betyder det, at personens perspektiver er essentielle,
2122 at målsætning og planlægning baseres på den biopsykosociale tilgang samt, at notater og
2123 dokumentation skal ses i den ramme, ligesom kommunikation mellem professionelle skal baseres

2124 herpå [31]. For at professionelle kan praktisere denne biopsykosociale tilgang, er der behov for, at
 2125 der skabes gode ledelsesmæssige og organisatoriske rammer og systemer, som kan understøtte
 2126 denne tilgang i praksis [31]. Derudover skal professionelle kunne indgå i multidisciplinære teams,
 2127 kunne samarbejde på tværs af organisationer, sektorer og faggrupper, samt kunne anvende sine
 2128 fagspecifikke kompetencer til at hjælpe personen, der har behov for rehabilitering [31].

2129 Et andet eksempel på en fælles kompetenceramme for professionelle, der arbejder med
 2130 rehabilitering, blev præsenteret af WHO i 2020; "The Rehabilitation Competency Framework
 2131 (RCF)" [38]. Den supplerer med at fokusere på vigtigheden af personlige kompetencer og
 2132 organisatoriske/ledelsesmæssige kompetencer hos de professionelle. Den beskriver centrale
 2133 kerneværdier og overbevisninger, som tilsammen hjælper med at forme den professionelle og
 2134 udførelsen af opgaver på tværs af fem domæner: 1) praksis, 2) professionalismisme, 3) læring og
 2135 udvikling, 4) ledelse og lederskab samt 6) forskning (Figur 5).



2136

2137 **Figur 5. Strukturen og komponenterne i WHO's Rehabilitation Competency Framework [38]**

2138

2139 De kerneværdier, som professionelle bør besidde jf. WHO's kompetenceramme, baseres på empati
 2140 samt at orientere sig efter personens (og evt pårørendes) erfaringer. Endvidere, at den
 2141 professionelle responderer med følsomhed og respekt for forskellighed, behandler alle lige og
 2142 retfærdigt samt stræber efter at yde en indsats, som er respektfuld og accepteret. Sidst, men ikke
 2143 mindst, skal professionelle anerkende hver persons iboende værdi, respektere den enkeltes
 2144 værdighed og understøtte basale menneskerettigheder samt stræbe efter at give valgmuligheder og

2145 fremme den enkelte persons selvbestemmelse [39]. WHO's kompetenceramme tager afsæt i
2146 funktionsevne som centralt begreb for sundhed og velvære, at rehabilitering er person/familie-
2147 centreret, samt at rehabilitering foregår i et samarbejde og skal tilbydes alle, som har behov for det
2148 [38]. Samlet set stiller kerneværdierne store krav til de professionelles kompetencer. I
2149 rehabiliteringspraksis betyder det blandt andet, at professionelle bør besidde stærke
2150 kommunikative kompetencer, som kan understøtte relationsarbejdet mellem den professionelle,
2151 personen og dennes pårørende. Hensigten med WHO's kompetenceramme er, at den kan tilpasses
2152 til den lokale kontekst og målgruppe for rehabilitering, og dermed kan den anvendes som
2153 inspiration til at planlægge rehabilitering og træne de professionelle i de nødvendige kompetencer.
2154 Alt sammen med det formål at levere og understøtte rehabilitering af høj kvalitet. [38]. Der sættes
2155 som nævnt fokus på de professionelles kompetencer såsom adfærd og kommunikation; altså
2156 hvordan man møder et andet menneske og indgår i en ligeværdig samarbejdsrelation med
2157 personen. Dette stemmer fint overens med de værdier, der arbejdes med både i person-centeret
2158 rehabilitering og recovery-orienteret rehabilitering.

2159 Til trods for at professionelle ved, at nedsat funktionsevne truer menneskers identitet og
2160 livskvalitet, er psykosocial støtte endnu ikke alle steder en naturlig del af den professionelle praksis
2161 [31]. Til tider kan man som professionel "glemme", at personen måske fra det ene øjeblik til det
2162 andet befinder sig midt i et langstrakt behandlings- og rehabiliteringsforløb, revet væk fra det liv
2163 personen levede. Her begynder en proces, hvor personen ikke kun skal komme sig over de
2164 umiddelbare fysiske følger af sygdom, men også tilpasse sig de vidtrækkende konsekvenser det har
2165 for én som menneske. Funktionsevnenedsættelse kan også medføre følger som sorg over et liv med
2166 tab af funktioner og en identitet, der ikke længere er, men måske skal skabes på ny. Her er der
2167 behov for, at de professionelle anerkender de psykosociale faktorer, og eventuelt yder psykosocial
2168 støtte ved hjælp af en anerkendende og ligeværdig samtale; et møde mellem personen og de
2169 professionelle, hvor personen føler sig set og imødekommet som et menneske [40]. Personer, der
2170 har været igennem rehabilitering, kan opleve, at denne støtte fra et medmenneske, er noget af det
2171 vigtigste i deres rehabiliteringsproces [11]. At finde en ny livssammenhæng er man som person,
2172 som udgangspunkt alene om at udforske. De professionelle kan og skal ikke gøre arbejdet for
2173 personen, men skal støtte personen i dennes empowerment-proces, som handler om at styrke
2174 personens egne handlemuligheder og dermed skabe mulighederne for at finde ny identitet og
2175 mening. Det kan professionelle gøre ved at hjælpe personen med at sætte mål, der fokuserer
2176 på aktivitet og social autonomi [31] eller via metoder, der fremmer arbejdet med at genskabe eller
2177 finde ny identitet og mening.

2178 Kompetenceprofilen og WHO's kompetenceramme er to eksempler på kvalificerede og
2179 evidensbaserede bud på formaliserede beskrivelser af de specifikke kompetencer som

2180 professionelle, der arbejder med rehabilitering, skal besidde eller udvikle [31,38]. De to supplerer
2181 hinanden og sætter tilsammen fokus på vigtigheden af både faglige, organisatoriske og
2182 ledelsesmæssige samt personlige kompetencer hos den professionelle. Professionelle skal således
2183 have unikke monofaglige kompetencer, idet hver faggruppe i et rehabiliteringsteam har unikke
2184 kompetencer, som ingen andre har. Nedbrydning af faglige grænser i rehabilitering må aldrig
2185 medføre tab af monofaglige ekspertise [31]. Dertil kommer, at professionelle skal kunne arbejde ud
2186 over egne faggrænser samt på tværs af organisationer og sektorer. Samarbejde på tværs af sektorer,
2187 enheder og afdelinger er essentielt i rehabilitering med henblik på at skabe sammenhængende
2188 forløb [41]. Selvom professionelle samarbejder på tværs af sektorer, enheder og afdelinger oplever
2189 personer i rehabilitering ikke nødvendigvis, at deres forløb er sammenhængende [42]. Derfor er
2190 der også brug for, at professionelle besidder brede kompetencer såsom organisatoriske og
2191 ledelsesmæssige kompetencer, som beskrevet i WHO's kompetenceramme [38]. Sidst, men ikke
2192 mindst skal professionelle besidde personlige kompetencer, såsom empati, relationsarbejde og
2193 kommunikative egenskaber, som særligt er udfoldet i WHO's kompetenceramme [38]. Disse
2194 personlige kompetencer må anses for at være en forudsætning for, at man som professionel kan
2195 anvende den helhedsorienterede, biopsykosociale tilgang i mødet med personen med
2196 funktionsevnededsættelse. For at vi skal lykkes med det, er der behov for øget fokus på de
2197 værdier og det menneskesyn, som professionelle skal arbejde ud fra. Der er således behov for en
2198 større forståelse for nødvendigheden af kompetenceudvikling i rehabilitering. En af udfordringer
2199 er, at der på nuværende tidspunkt ikke findes kortere kurser, som nye medarbejdere kan komme
2200 på for at tilegne sig den nødvendige viden. WHO's kompetenceramme kan evt. anvendes som
2201 inspiration i dette arbejde, og kan være med til at klargøre de specifikke kompetencer, som kan
2202 adskille professionelle, der arbejder med rehabilitering fra andre professionelle. At få etableret en
2203 specifik kompetenceprofil indenfor rehabilitering kan også være med til at sikre, at begrebet
2204 rehabilitering ikke udvandes, og at de som arbejder med rehabiliteringsfeltet besidder de rette
2205 kompetencer.

2206 **Samarbejde med civilsamfundet i rehabilitering**

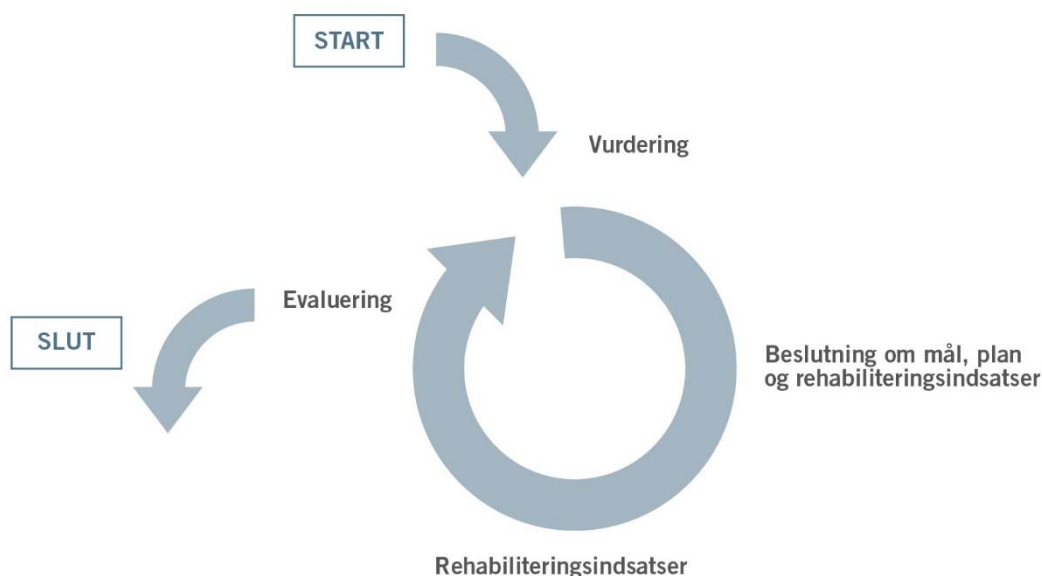
2207 I rehabilitering ses der en ændring fra at anskue læring som en individuel proces til at opfatte
2208 læring som noget, der finder sted i en social samspilsproces [43]. Dette ses fx, når professionelle
2209 inddrager personens netværk og tilrettelægger praksisnær læring og træning sammen med andre i
2210 en gruppe. Når fokus er på læring i sociale samspilsprocesser, giver det ofte mening at inddrage
2211 civilsamfundet - både etablerede foreninger, fritidsklubber, organisationer og mere uformelle
2212 netværk i lokalmiljøet. Civilsamfundet kan inddrages, der hvor det er relevant i forhold til
2213 personens ønsker og mål, fx i forhold til social funktionsevne og deltagelse i sociale fællesskaber i
2214 lokalsamfundet. Inddragelse af civilsamfundet eller lokalsamfundet kan både bidrage til, at

2215 personen kan opnå relevante mål i rehabiliteringen og til forankring og fastholdelse af nåede mål
2216 efter afslutning af rehabiliteringsforløbet. Foreninger, frivillige og tilbud i civilsamfundet kan
2217 tilbyde fællesskaber, aktiviteter og træning, som kan hjælpe til fx at udvide personens sociale
2218 netværk, give tro på egen formåen blandt andet i processen frem mod at finde et nyt stædet i
2219 tilværelsen. Forskning viser desuden, at "deltagelse skaber deltagelse", det vil sige, at deltagelse i én
2220 arena øger sandsynligheden for deltagelse i andre arenaer [44,45]. At være deltager i fællesskaber
2221 med fx familiemedlemmer, venner og naboer er afgørende for, at personen kan være aktiv deltager
2222 frem for tilskuer i sit eget liv [46].

2223 For de professionelle betyder et civilsamfundsperspektiv, at de aktivt skal forholde sig til de
2224 muligheder og begrænsninger, personen har for at blive integreret i sociale fællesskaber i
2225 lokalsamfundet. De professionelles opgave bliver at facilitere en indsats, hvor omgivelserne kan
2226 støtte personen bedst muligt. Det kræver såvel personlige som faglige kompetencer at arbejde med
2227 civilsamfundsindsatser som en del af rehabilitering. Civilsamfundet kan ikke bestilles til eller
2228 afkræves bestemte ydelser, og skal derfor opleve det meningsfuldt og relevant at blive inddraget i
2229 rehabiliteringsprocessen for sammen med personen i rehabilitering og de professionelle at skabe
2230 relevante samarbejdsformer. Der er derfor behov for, at professionelle opfatter samarbejdet som
2231 en læreproces. Den professionelles rolle bliver hermed knyttet til metakompetencer som
2232 procesledelse og innovation i samarbejdet [46]. Der er samtidig behov for, at der skabes de rette
2233 rammer for inddragelse af civilsamfundet. Det betyder, at kommunerne herunder lederne skal
2234 indtænke frivilligheden og borgertilbuddene, som en mulighed for at udvikle velfærden. Her er det
2235 vigtigt at se, hvad frivilligheden kan, som det offentlige ikke kan. Desuden skal det sikres, at de
2236 professionelle har mulighed for at indgå meningsfuldt i samarbejdet både i forhold til at bruge den
2237 nødvendige tid på det samt frihed til at udvikle nye og relevante samarbejdsformer.

2238 Rehabiliteringsprocessen

2239 Rehabiliteringsprocessen beskrives i litteraturen som en cyklisk proces bestående af: 1) vurdering
2240 af funktionsevne og samlet situation. I Danmark taler nogle om dette som behovsvurdering, 2)
2241 målsætning - herunder beslutning om rehabiliteringsindsatser og aftalt evaluering 3)
2242 rehabiliteringsindsatser 4) evaluering (figur 6) [47,48].



2243

2244 Figur 6. Rehabiliteringsprocessen (inspireret af Levack & Dean 2012) [47]

2245

2246 Rehabiliteringsprocessen kan i nogle situationer anskues som en spiral, hvor evaluering fører til
2247 nye eller justerede målsætninger og rehabiliteringsindsatser [47]. At se rehabiliteringsprocessen
2248 som en spiral kan især være relevant i de situationer, som involverer længerevarende eller mere
2249 kompleks funktionsevnenedsættelse, som det fx gør sig gældende ved livstruende lidelser [47].

2250 Ordet problemløsningsproces anvendes ofte for at understrege, at rehabiliteringsprocessen er en
2251 samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter [47].

2252 Dette understøtter, at der i dag er et øget fokus på samarbejdet med de pårørende, ikke kun som
2253 middel, men også som evt. mål for rehabiliteringsindsatser. Endelig er der en stigende erkendelse
2254 af, at rehabilitering og behandling er komplementære processer, som bør forløbe parallelt [49]. Det
2255 vil sige, at rehabilitering skal integreres med diagnostik og behandling, så rehabilitering tænkes ind
2256 så tidligt som muligt i processen, frem for at rehabilitering først indtænkes, når der opleves
2257 negative langvarige konsekvenser, eller de medicinske behandlingsmuligheder er udtømte.

2258 Det ligger udenfor denne hvidbogs formål at beskrive de enkelte elementer i
2259 rehabiliteringsprocessen i detaljer, men det er vigtigt at påpege, at processen skal være forståelig,
2260 meningsfuld og betydningsfuld for personen i rehabilitering.

2261 **Kvalitetsudvikling**

2262 Kvalitetsudvikling er et centralt begreb, når man systematisk ønsker at vurdere, om en indsats (her
2263 rehabilitering) har en positiv betydning for de personer, indsatserne er rettet imod [50].

2264 Det er afgørende at have en systematisk lærings- og evalueringspraksis, hvor man følger op på, om
2265 de initiativer og indsatser som iværksættes, gennemføres og har betydning for den enkelte borger.

2266 Et vigtigt element i denne indsats i Danmark såvel som internationalt har været systematisk
2267 monitorering af det aktuelle kvalitetsniveau for udvalgte grupper via kvalitetsindikatorer.

2268 Kvalitetsindikatorer afspejler enten de ressourcer, der er til rådighed (strukturindikatorer), den
2269 indsats som en person modtager (procesindikatorer) eller udfaldet af personens forløb

2270 (resultatindikatorer). Traditionelt har resultatindikatorer som fx selvhjulpethed, motoriske og
2271 praktiske funktioner spillet en meget stor rolle i sundhedsvæsenet. Der kan dog være alvorlige

2272 problemer med denne type resultatindikatorer, der i vid udstrækning baseres på indberetninger og
2273 vurderinger fra professionelle, som ikke nødvendigvis er overensstemmelse med personens

2274 oplevelse af kvaliteten. Derfor har der i de senere år indenfor flere velfærdsområder været en
2275 stigende interesse for at inddrage brugernes perspektiv som led i systematiske tilrettelæggelse af

2276 indsatser og vurderingen af indsatsernes kvalitet. Et eksempel fra sundhedsområdet er anvendelse
2277 af Patient Rapporterede Outcomes (PRO) [51,52]. PRO defineres som:

2278 *“Data, der omhandler patientens helbredstilstand, herunder det fysiske og mentale helbred,*
2279 *symptomer, helbredsrelateret livskvalitet og funktionsniveau” [53].*

2280 PRO måles ved hjælp af PRO redskaber – ofte spørgeskemaer. En af fordelene ved anvendelse af

2281 PRO redskaber er, at de kan give personen i rehabilitering større indsigt i egen livssituation samt
2282 være med til at legalisere fokus på de psykosociale faktorer [54]. Derudover kan PRO facilitere, at

2283 personen oplever medindflydelse i eget rehabiliteringsforløb. Der er beskrevet flere barrierer for
2284 anvendelse af PRO herunder de professionelles manglende viden om, hvordan PRO data anvendes

2285 i mødet med personen, deres manglende tillid til validiteten af de anvendte PRO redskaber [55-57]
2286 samt praktiske udfordringer vedrørende indsamling af PRO data [58-60]. Derfor er undervisning

2287 og træning af professionelle i anvendelse af PRO essentielt for implementeringen af PRO i praksis
2288 [53,61]. Det skal pointeres, at indsamling af PRO data ikke nødvendigvis sikrer involvering af

2289 personernes egne vurderinger. Dertil kommer, at PRO data ikke kan stå alene men skal følges op
2290 med en dialog mellem personen og den professionelle. Det skal bemærkes, at der ved anvendelse af

2291 PRO kan opstå udfordringer, når personer bliver bedt om at svare på en række helbredsforhold,

2292 fordi man kan risikere at ekskludere især personer, hvor det kognitive og/eller det sproglige niveau
2293 er reduceret, og hvor de generelle sundhedskompetencer er lave. Hvis det sker i kvalitetsudvikling,
2294 risikerer det at øge – fremfor at mindske uligheden i sundhed. Det er derfor vigtigt, at der løbende,
2295 arbejdes med metoder og redskaber som sikre, at fx anvendelse af PRO data ikke ekskluderer disse
2296 målgrupper.

2297 Et eksempel fra det sociale område på at inddrage brugernes perspektiv er BIKVA-modellen [62].
2298 BIKVA står for Brugerinddragelse I KVALitetsvurdering og er i modsætning til fx
2299 spørgeskemaundersøgelser udviklet med henblik på at inddrage brugernes subjektive
2300 kvalitetsvurdering [62]. Det betyder, at det er brugernes kriterier, der definerer fokus for
2301 evalueringen, ligesom brugerne vurderer den sociale indsats ud fra egne oplevelser. Herefter
2302 forelægges personens udsagn for professionelle, ledere og politikere som vurderer de rejste
2303 problemstillinger og forholder sig til personens positive og negative kritik [62]. Det er således
2304 personen, der igangsætter læring i organisationen. BIKVA-modellen er blandt andet blevet anvendt
2305 til evaluering af boformer [63] og misbrugsbehandling [64]. BIKVA-modellens fire trin kan ses
2306 nedenfor [62].

Trin 1: Gruppeinterview brugerne

Brugere skal sige og begrunde, hvad de finder henholdsvis positivt og negativt ved den ydelse, de modtager. Resultatet af gruppeinterviewet vil være en række subjektive opfattelser og vurderinger af kvaliteten.

Trin 2 Gruppeinterview frontmedarbejdere

Frontmedarbejdere præsenteres for brugernes udsagn med henblik på, at de drøfter mulige årsager til brugernes vurderinger og udsagn.

Trin 3 Ledelsen

Udsagn fra gruppeinterview med brugere og frontmedarbejderne fremlægges for ledelsen. Hensigten er, at ledelsen drøfter årsager til såvel brugernes og frontmedarbejders udsagn.

Trin 4 Politikere

Her præsenteres udsagn fra brugere, frontmedarbejdere og ledelsen for det politiske niveau. Hensigten er at få deres vurdering af årsager til alle deltagernes udsagn.

2307

2308 Oplysninger om brugertilfredshed og udbytte på tværs af sektorer går ofte tabt på grund af
2309 manglende fælles monitorering. Der er således et behov for at udvikle nationale redskaber, så
2310 oplevet kvalitet og tilfredshed kan monitoreres og forbedres. Redskaber, der giver viden om, hvor

2311 der på baggrund af personens perspektiv er grundlag for forbedringer i praksis. Som nævnt
2312 arbejdes der aktuelt i Danmark med udbredelse af PRO indenfor sundhedsområdet [65]. Det
2313 danske PRO-arbejde har til formål at binde aktørerne i sundhedsvæsenet tættere sammen, så
2314 patienten oplever et mere sammenhængende forløb. Derfor er der stort fokus på, at udviklingen
2315 sker i og på tværs af sektorer.

2316 Hvis rehabilitering i praksis skal forberedes og udvikles, er det nødvendigt, at der oprustes på
2317 kvalitetsudvikling og forskning i blandt andet i kommunal praksis samt på tværs af sektorer og
2318 forvaltningsområder. Det kræver systematisk dokumentation og indsamling af data. Det er en stor
2319 udfordring, da der anvendes mange forskellige redskaber. En af udfordringerne med forskellige
2320 redskaber er, at det ikke er muligt at sammenligne resultatet, og derfor er det vanskeligt at sikre
2321 ensartet kvalitet.

2322 **Referencer**

- 2323 1. Schultz Petersen K, Bonfils IS, Schrøder I. Sociologiske perspektiver på rehabilitering. In: Schrøder I,
2324 Schultz Petersen K, Bonfils IS, editors. Sociologi og rehabilitering. 2. udgave ed. København:
2325 Munksgaard; 2019. p. 256 sider.
- 2326 2. Das C, O'Neill M, Pinkerton J. Re-engaging with community work as a method of practice in social
2327 work: A view from Northern Ireland. *Journal of Social Work*. 2015 2021/05/27;16(2):196-215.
- 2328 3. Taylor JE, Taylor JA. Person-Centered Planning: Evidence-Based Practice, Challenges, and Potential
2329 for the 21st Century. null. 2013;12(3):213-235.
- 2330 4. FN. Konvention om Rettigheder for Personer med Handicap. 2006 [cited 2021 27. februar].
2331 Available from: [https://menneskeret.dk/monitorering/internationale-](https://menneskeret.dk/monitorering/internationale-rapporter/menneskerettighedskonventioner/handicapkonventionen)
2332 [rapporter/menneskerettighedskonventioner/handicapkonventionen](https://menneskeret.dk/monitorering/internationale-rapporter/menneskerettighedskonventioner/handicapkonventionen)
- 2333 5. Siegert RJ, Ward T, Playford ED. Human rights and rehabilitation outcomes. *Disabil Rehabil*.
2334 2010;32(12):965-71.
- 2335 6. Farkas M, Gagne C, Anthony W, et al. Implementing recovery oriented evidence based programs:
2336 identifying the critical dimensions. *Community Ment Health J*. 2005 Apr;41(2):141-58.
- 2337 7. Jesus TS, Bright F, Kayes N, et al. Person-centred rehabilitation: what exactly does it mean? Protocol
2338 for a scoping review with thematic analysis towards framing the concept and practice of person-
2339 centred rehabilitation. *BMJ Open*. 2016 Jul 19;6(7):e011959.
- 2340 8. Escorpizo R, Brage S, Homa D, et al. Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability
2341 Evaluation Application and Implementation of the ICF. 1st ed. 2015. ed. Cham: Springer
2342 International Publishing; 2015. (Handbooks in Health, Work, and Disability).
- 2343 9. Meyer T, Kiekens C, Selb M, et al. Toward a new definition of rehabilitation for research purposes: a
2344 comparative analysis of current definitions. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2020 Oct;56(5):672-681.
- 2345 10. Marselisborgcentret, Rehabiliteringsforum Danmark. Rehabilitering i Danmark: Hvidbog om
2346 rehabiliteringsbegrebet. Århus: Rehabiliteringsforum Danmark; 2004. (Book, Whole).
- 2347 11. Glintborg C. Grib mennesket. En konceptuel og empirisk undersøgelse af koordineret rehabilitering:
2348 objektivt bio-psyko-social udbytte for voksne med erhvervet hjerneskade samt klienters og
2349 pårørendes oplevelse af rehabiliteringen med og uden kommunal koordination. Aalborg Universitets
2350 Forlag: Aalborg Universitet; 2015.
- 2351 12. Kramer MH, Bauer W, Dicker D, et al. The changing face of internal medicine: patient centred care.
2352 *Eur J Intern Med*. 2014 Feb;25(2):125-7.
- 2353 13. McCormack B. A conceptual framework for person-centred practice with older people. *Int J Nurs*
2354 *Pract*. 2003 Jun;9(3):202-9.
- 2355 14. Eplov FL, Korsbek L, Pedersen L, et al. Psykiatrisk og psykosocial rehabilitering - En
2356 recoveryorienteret tilgang. København: Munksgaard; 2013.
- 2357 15. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in
2358 the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993;16(4):11-23.
- 2359 16. Røgeskov M, Karmsteen K, Jensen DC. Voksne med udviklingshæmning og udadreagerende adfærd :
2360 en kortlægning af virksomme metoder og lovende praksis. København: VIVE - Det Nationale
2361 Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2018. dan.

- 2362 17. Sundhedsstyrelsen. Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed : en empirisk undersøgelse af
2363 fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler. Version: 1,0 ed.:
2364 Sundhedsstyrelsen og DSI; 2008. dan. (Medicinsk teknologivurdering. Puljeprojekter, 8 (3)).
- 2365 18. Jesus TS, Bright FA, Pinho CS, et al. Scoping review of the person-centered literature in adult
2366 physical rehabilitation. *Disabil Rehabil.* 2019 Sep 25;1-11.
- 2367 19. Jesus TS, Bright FA, Pinho CS, et al. Scoping review of the person-centered literature in adult
2368 physical rehabilitation. *Disability and Rehabilitation.* 2021 2021/05/22;43(11):1626-1636.
- 2369 20. Leplege A, Gzil F, Cammelli M, et al. Person-centredness: conceptual and historical perspectives.
2370 *Disabil Rehabil.* 2007 Oct 30-Nov 15;29(20-21):1555-65.
- 2371 21. Pelzang R. Time to learn: understanding patient-centred care. *Br J Nurs.* 2010 Jul 22-Aug
2372 11;19(14):912-7.
- 2373 22. Fix GM, VanDeusen Lukas C, Bolton RE, et al. Patient-centred care is a way of doing things: How
2374 healthcare employees conceptualize patient-centred care. *Health Expect.* 2018 Feb;21(1):300-307.
- 2375 23. Kitson A, Marshall A, Bassett K, et al. What are the core elements of patient-centred care? A
2376 narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv
2377 Nurs.* 2013 Jan;69(1):4-15.
- 2378 24. Institute of Medicine. Improving the 21st-century Health Care System. Crossing the Quality Chasm:
2379 A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press 2001.
- 2380 25. Greene SM, Tuzzio L, Cherkin D. A framework for making patient-centered care front and center.
2381 *Perm J.* 2012 Summer;16(3):49-53.
- 2382 26. Rosewilliam S, Roskell CA, Pandyan AD. A systematic review and synthesis of the quantitative and
2383 qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clin Rehabil.* 2011
2384 Jun;25(6):501-14.
- 2385 27. Dean SG, Siegert RJ, Taylor WJ. Interprofessional rehabilitation : a person-centred approach.
2386 Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell; 2012. eng.
- 2387 28. Fava GA, Sonino N. The biopsychosocial model thirty years later. *Psychother Psychosom.*
2388 2008;77(1):1-2.
- 2389 29. Nielsen CV, Maribo T, Bengtsson S. Tab af funktionsevne og rehabilitering i et historisk perspektiv.
2390 In: Maribo T, Nielsen CV, editors. Rehabilitering : en grundbog. 2. udgave ed. København: Gad;
2391 2016. p. 326 sider.
- 2392 30. Kusananto H, Agustian D, Hilmanto D. Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A
2393 hermeneutic literature review. *J Family Med Prim Care.* 2018 May-Jun;7(3):497-500.
- 2394 31. Wade DT. What attributes should a specialist in rehabilitation have? Seven suggested specialist
2395 Capabilities in Practice. *Clin Rehabil.* 2020 Aug;34(8):995-1003.
- 2396 32. Vaughn S, Mauk KL, Jacelon CS, et al. The Competency Model for Professional Rehabilitation
2397 Nursing. *Rehabil Nurs.* 2016 Jan-Feb;41(1):33-44.
- 2398 33. The Association of Rehabilitation Nurses. The Association of Rehabilitation Nurses Competencies
2399 Assessment Tool (ARN-CAT). Test your staff's rehabilitation nursing competencies with the ARN-
2400 CAT. 2016 [cited 2021 15. april]. Available from: [https://rehabnurse.org/advance-your-
2401 practice/practice-tools/competencies-assessment-tool](https://rehabnurse.org/advance-your-practice/practice-tools/competencies-assessment-tool)

- 2402 34. Joint Royal Colleges og Physicians Training Board. Curriculum for rehabilitation medicine training
2403 2019 [cited 2021 15. april]. Available from:
2404 [https://www.jrcptb.org.uk/sites/default/files/DRAFT%202021%20Rehabilitation%20Medicine%20](https://www.jrcptb.org.uk/sites/default/files/DRAFT%202021%20Rehabilitation%20Medicine%20curriculum%2012.12.19.pdf)
2405 [curriculum%2012.12.19.pdf](https://www.jrcptb.org.uk/sites/default/files/DRAFT%202021%20Rehabilitation%20Medicine%20curriculum%2012.12.19.pdf)
- 2406 35. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* (New York, NY).
2407 1977;196(4286):129-136.
- 2408 36. Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clin*
2409 *Rehabil.* 2017 Aug;31(8):995-1004.
- 2410 37. WHO. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World
2411 Health Organization; 2001. (Book, Whole).
- 2412 38. WHO. WHO Rehabilitation Competency Framework. Geneva: World Health Organization; 2020.
- 2413 39. Slade M, Longden E. Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry.* 2015
2414 Nov 14;15:285.
- 2415 40. Eriksson K. Det lidende menneske. 2. udgave ed. Frantzen J, translator; København: Munksgaard
2416 Danmark; 2010. dan.
- 2417 41. Hjortbak BR. Sundhedsvæsenet på tværs : opgaver, organisation og regulering. 2. udgave ed.
2418 København: Munksgaard; 2013. dan.
- 2419 42. Martin HM. Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv. Dansk
2420 Sundhedsinstitut; 2010.
- 2421 43. Lave J, Wenger E. Situeret læring - og andre tekster. Nake B, translator: Hans Reitzels Forlag; 2003.
- 2422 44. Kissow AM. Idræt, handicap og social deltagelse: Roskilde Universitet; 2013.
- 2423 45. Kissow AM, Singhammer J. Participation in physical activities and everyday life of people with
2424 disabilities. *European Journal of Adapted Physical Activity.* 2012;5(2):65-81.
- 2425 46. Nørregaard D. Slip frivilligheden løs! Muligheder og udfordringer i det kommunale samarbejde med
2426 frivillige. Partnerskaber og samarbejder mellem det offentlige og civilsamfundet. 2017.
- 2427 47. Levack W, Dean SG. Processes in rehabilitation. Interprofessional rehabilitation. A person-centred
2428 approach. UK: John Wiley & Sons; 2012.
- 2429 48. Lund H, Hjortbak BR. Grundlaget for rehabilitering. 1. udgave ed. København: Munksgaard; 2017.
- 2430 49. Wade D. Rehabilitation - a new approach. Part four: a new paradigm, and its implications. *Clinical*
2431 *rehabilitation.* 2016 Feb;30(2):109-18.
- 2432 50. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Sundhedsvæsenets kvalitets- og
2433 patientsikkerhedsbegreber & Metodehåndbog i kvalitetsudvikling og patientsikkerhed. 2018.
- 2434 51. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (VIBIS). Anvendelse af PRO-data i
2435 kvalitetsudviklingen af det danske sundhedsvæsen – anbefalinger og vidensgrundlag.
2436 København2016.
- 2437 52. Greenhalgh J. The applications of PROs in clinical practice: what are they, do they work, and why?
2438 *Qual Life Res.* 2009 Feb;18(1):115-23.
- 2439 53. Munch-Petersen M, Storm F, Svenstrup nK, et al. PROGRAM PRO. Anvendelse af PRO-data i
2440 kvalitetsudviklingen af det danske sundhedsvæsen - anbefalinger og vidensgrundlag (PROGRAM

- 2441 PRO. The use of PRO-data in quality development of the Danish health care system -
2442 recommendations and evidence). København Videnscenter for Brugerinddragelse i
2443 Sundhedsvæsenet (VIBIS); 2016.
- 2444 54. Mejdahl CK, BN.; Hjöllund, NH.; Lomborg, K. Use of patient-reported outcomes in outpatient
2445 settings as a means of patient involvement and self-management support - a qualitative study of the
2446 patient perspective European Journal for Person Centered Healthcare., 2016;4(2):359-367.
- 2447 55. Black N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. BMJ. 2013 Jan
2448 28;346:f167.
- 2449 56. Philpot LM, Barnes SA, Brown RM, et al. Barriers and Benefits to the Use of Patient-Reported
2450 Outcome Measures in Routine Clinical Care: A Qualitative Study. Am J Med Qual. 2018
2451 Jul;33(4):359-364.
- 2452 57. Foster A, Croot L, Brazier J, et al. The facilitators and barriers to implementing patient reported
2453 outcome measures in organisations delivering health related services: a systematic review of reviews.
2454 J Patient Rep Outcomes. 2018 Dec;2:46.
- 2455 58. Primdahl J, Jensen DV, Meincke RH, et al. Patients' Views on Routine Collection of Patient-
2456 Reported Outcomes in Rheumatology Outpatient Care: A Multicenter Focus Group Study. Arthritis
2457 Care Res (Hoboken). 2020 Sep;72(9):1331-1338.
- 2458 59. Mejdahl CT, Schougaard LMV, Hjöllund NH, et al. Patient-reported outcome measures in the
2459 interaction between patient and clinician - a multi-perspective qualitative study. J Patient Rep
2460 Outcomes. 2020 Jan 9;4(1):3.
- 2461 60. Ibsen C, Schiøttz-Christensen B, Maribo T, et al. "Keep it simple": Perspectives of patients with low
2462 back pain on how to qualify a patient-centred consultation using patient-reported outcomes.
2463 Musculoskeletal Care. 2019 Dec;17(4):313-326.
- 2464 61. Santana MJ, Haverman L, Absolom K, et al. Training clinicians in how to use patient-reported
2465 outcome measures in routine clinical practice. Qual Life Res. 2015 Jul;24(7):1707-18.
- 2466 62. Krogstrup HK. Opskrift på BIKVA-modellen. In: Dahler-Larsen P, Krogstrup HK, editors. Nye veje i
2467 evaluering: håndbog i tre evalueringsmodeller. 1. udgave ed. Århus: Systime Academic; 2003. p. 154
2468 sider.
- 2469 63. Mathiasen SH. Kilden, Landlyst & Ladegården. En BIKVA-evaluering af tre længerevarende
2470 boformer for særligt udsatte personer i Århus Amt. Århus2005. p. 71.
- 2471 64. Strømkjær MH, Jensen M. Brugerinddragelse I KVALitetsvurdering - BIKVA. Brugerundersøgelse i
2472 behandlingscenter Odense. 2015.
- 2473 65. Sundhedsdatastyrelsen P-s. Status for det danske arbejde med patientrapporterede oplysninger –
2474 foråret 2017. 2017.
- 2475

2476 **Kapitel 8 Rammebetingelser for rehabilitering**

2477 I dette kapitel beskrives de rammebetingelser og former for organisering, der aktuelt styrer og
2478 regulerer den rehabiliterende praksis på tværs af velfærdsområder. Kapitlet har fokus på de almene
2479 forhold, der gør sig gældende i det danske samfund og belyser organisering og eventuelle
2480 konkurrerende og modstridende rammebetingelser. Det kan blandt andet være forskelle i
2481 demografi, geografi og økonomi, der kan påvirke forudsætningerne for rehabilitering. Kapitlet
2482 beskriver en række dilemmaer i rammebetingelserne for rehabilitering, herunder
2483 styringsparadigmer, lovgivning, ledelse, samarbejde og kompetencer. Der gives eksempler på
2484 variationer i rehabilitering på forskellige velfærdsområder.

2485 Rammebetingelser for rehabilitering i den offentlige sektor, udgør såvel statslige som kommunale
2486 myndigheder, institutioner og aktiviteter. Der er fortsat store variationer i den måde, hvorpå
2487 rehabilitering forstås og operationaliseres i praksis. Rehabilitering er ligeledes udfordret af, at
2488 indsatser ofte går på tværs af sektorer, velfærdsområder og professioner. Yderligere er
2489 rehabilitering kontekstafhængig og i høj grad påvirket af styringsparadigmer og lovgivning.

2490 **Styringsparadigmer som rammebetingelse**

2491 Begrebet styringsparadigmer, kan forstås som et sammenhængende sæt af forestillinger om,
2492 hvordan den offentlige sektor kan og skal organiseres, styres og ledes [1]. Styringsparadigmerne
2493 kan være indbyrdes konkurrerende, og der ses aktuelt flere samtidige styringsparadigmer. Dette
2494 gør sig også gældende i rehabilitering [2-4].

2495 To paradigmer står centralt i rehabiliteringspraksis - New Public Management (NPM) og New
2496 Public Governance (NPG) (se også kapitel 3). Siden 1980'erne har styringen af den offentlige sektor
2497 været præget af NPM, der har fokus på, at den offentlige sektor skal lade sig inspirere af og i højere
2498 grad ligne den private sektor. NPM har til formål at fremme en ledelse præget af markedsstyring,
2499 konkurrence mellem organisationer samt en højere grad af fritvalgsordninger [1,4]. Et eksempel på
2500 NPM er BUM-modellen (bestiller-udfører-modtager), hvor der sættes fokus på henholdsvis
2501 myndighedsrollen og leverandørrolle og på adskillelse af disse to[4].

2502 Et andet styringsparadigme er NPG, der blandt andet bygger på teorier om tillidsbaseret ledelse,
2503 netværk og partnerskaber, samt aktivt medborgerskab. NPG kan være med til at fremme
2504 innovative løsninger og samarbejder på tværs af frivillige-, private- og offentlige organisationer
2505 [1,5]. Det har vist sig, at kommunerne i deres politikker og strategier mere end nogen anden del af
2506 den offentlige sektor indarbejder NPG-paradigmet [6]. Imidlertid har det vist sig vanskeligt at
2507 integrere NPG, fordi der på det driftsmæssige område i forvaltningerne fortsat er fokus på styring
2508 fx Lean, evaluering, budgetkontrol og kvalitetsstyring. Offentlig styring er afhængig af et

2509 velfungerende bureaukrati og et effektivt serviceapparat, og alle indikatorer peger på, at NPM
2510 fortsat er det dominerende styringsparadigme [6]. I styring af rehabilitering er der således flere
2511 sameksisterende paradigmer, der hver især og i forskelligt omfang kan rumme divergerende -
2512 måske endog modsatrettede eller konkurrerende - magtforhold, herunder syn på medarbejdernes,
2513 borgernes, ledernes og politikernes rolle [6]. Det udgør et krydspres i rehabilitering. I kapitel 3 er
2514 det allerede tydeliggjort at professionelle kan opleve dilemmaer i det krydspres, der til stadighed
2515 opstår på tværs af forskellige styringsparadigmer.

2516 Et udfordrende krydsfelt er styring gennem standardisering og styring gennem individualisering.
2517 Med styring gennem standardisering menes fx kliniske retningslinjer eller forløbsprogrammer på
2518 sundhedsområdet, som er udarbejdet og implementeret med det formål at opnå kvalitet og
2519 ensartethed i indsatser til en specifik afgrænset målgruppe. I kontrast hertil er styring gennem
2520 individualisering, hvor fokus er på den enkelte persons ønsker og behov. Her arbejdes der ud fra en
2521 personcentreret og differentieret tilgang til rehabilitering, der ikke kan defineres på forhånd,
2522 hvorfor rehabiliteringsforløbet ikke kan sættes i prædefinerede rammer. Rehabilitering på
2523 beskæftigelses- og uddannelsesområdet er på samfundsniveau præget af en klar agenda om, at så
2524 mange borgere som muligt opnår tilknytning til uddannelses- og arbejdsmarkedet med sigte på
2525 selvforsørgelse og livskvalitet. I rehabilitering på sundheds- og socialområdet er der ligeledes en
2526 overliggende samfundsmæssig agenda, hvor sigtet er bedre sundhed for flest mulig, fx gennem
2527 programmer, anbefalinger, retningslinjer og andre tiltag rettet mod det sunde og meningsfulde liv
2528 samt øget livskvalitet.

2529 **Lovgivning som rammebetingelse**

2530 Rehabilitering kan ses som et "organiserende princip", der i stigende omfang anvendes på en meget
2531 stor del af velfærdsområderne i den offentlige sektor, herunder i samarbejder med private aktører
2532 som udbydere. Inden for al offentlig virksomhed udgør lovgivningen en overliggende
2533 rammebetingelse, også inden for rehabilitering. På tværs af forskellige velfærdsområder er
2534 rehabilitering i dag en formel ret og et værktøj, som samfundet stiller til rådighed for at hjælpe
2535 personer, der oplever eller er i risiko for at opleve funktionsevnededsættelse. Der er således blevet
2536 indskrevet en ret til rehabilitering eller indsatser, der kan bidrage til rehabilitering i en lang række
2537 love for forskellige velfærdsområder.

2538 I det følgende beskrives hvordan rehabilitering forstås og operationaliseres inden for udvalgte
2539 velfærdsområders lovgivning. Nedenfor præsenteres eksempler på rehabilitering inden følgende
2540 lovområder: 1) sundhedsområdet, 2) det sociale område, 3) beskæftigelsesområdet og 4)
2541 undervisningsområdet. De udvalgte velfærdsområder er repræsentative for den brede løsning af
2542 rehabiliteringsopgaven inden for de enkelte lovgivninger og sektorer. Dette er således ikke en

2543 udtømmende afdækning af alle områder, hvori der foregår rehabilitering. Imidlertid er
2544 vurderingen, at beskrivelserne og udfordringerne i høj grad vil være genkendelige og
2545 repræsentative for flere områder.

2546 **Sundhedsområdet**

Lovområde: Beskrivelsen retter sig mod rehabilitering og genoptræning efter udskrivelse fra sygehus ud fra Sundhedslovens §§ 84 og 140 samt 251 (betaling), jfr. *Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner*. VEJ nr. 9538 af 02/07/2018. Sundheds- og Ældreministeriet, Børne og Socialministeriet samt Sundhedslovens § 119.

2547

2548 Jævnfør sundhedslovens §§ 84 og 140 er rehabilitering og genoptræning en afgrænset indsats
2549 under og efter indlæggelse på hospital, samt efterfølgende rehabiliterings- og
2550 genoptræningsindsatser i kommunen. I genoptræningsplanen, der udarbejdes af hospitalet,
2551 fastlægges niveauet for den indsats, som personen har brug for. (basalt, avanceret, specialiseret og
2552 rehabilitering på specialiseret niveau). Herefter er det personens hjemkommune, der er ansvarlig
2553 for at tilvejebringe indsatsen ud fra nogle fastlagte krav i form af forekomst, kompetencer, udstyr
2554 og organisering på de forskellige niveauer [7]. Personer, der efter indlæggelse får en
2555 genoptræningsplan med ret til rehabilitering på specialiseret niveau, har typisk en kompliceret,
2556 omfattende, sjælden og/eller alvorlig funktionsevnenedsættelse. Her kan
2557 funktionsevnenedsættelsen have væsentlig betydning for flere livsområder fx mentale
2558 funktionsnedsættelser, reduceret arbejdsevne og/eller væsentligt forringet livskvalitet.

2559 Jævnfør Sundhedslovens § 119 har kommunalbestyrelsen ansvaret for at skabe rammer for en
2560 sund levevis til kommunens borgere, herunder sundhedsfremmende og forebyggende tiltag
2561 målrettet borgere med kronisk sygdom, dette med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens
2562 anbefalinger [8].

2563 Nogle kommuner og regioner har i deres sundhedsaftaler fastlagt forløbsprogrammer, der
2564 definerer opgavefordelingen mellem region og kommune inden for forskellige områder.
2565 Forløbsprogrammerne for rehabilitering til specifikke diagnosegrupper beskriver rammerne for
2566 tilrettelagte forløb bl.a. indeholdende rehabilitering, samt anden støtte til fremme af personens
2567 egenomsorg. Opgaverne varetages i et samarbejde mellem almen praksis og det kommunale
2568 sundhedsvæsen fx for patienter med senhjerneskeade eller en alvorlig hjertesygdom. Eksemplet
2569 med forløbsprogrammer viser, hvordan man med rammer som disse forsøger at skabe bedre vilkår
2570 og højere kvalitet via standardisering. Samtidigt kan forløbsprogrammer skabe ulige vilkår for
2571 personer uden diagnoser, med "mindre diagnoser" eller multiple diagnoser, som ikke falder ind i

2572 forløbsprogrammets diagnosekategori. Her er udfordringen at personerne ikke passer ind i en
2573 standard eller udgør en gruppe, hvor det er vanskeligt at skaffe tilstrækkelig evidens til brug for
2574 indholdet i et forløbsprogram.

2575 **Socialområdet**

Lovområde: Ifølge Lov om Social Service (serviceloven) skal alle kommuner pr. 1. januar 2015 tilbyde et tidsafgrænset, korterevarende (typisk af 8 - 12 uger) og målorienteret rehabiliteringsforløb efter § 83 a, hvis det vurderes at kunne forbedre borgerens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter servicelovens § 83 stk. 1 (hjemmehjælp).

Lov om Social Service (serviceloven) § 85, hvor efter Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder.

2576

2577 Jævnfør rehabilitering efter § 83 a rammesættes en række ydelser til personer med
2578 funktionsnedsættelse, der kan indgå i en rehabiliterende indsats – ofte benævnt
2579 hverdagsrehabilitering. Vurderingen af personen skal være individuel og konkret og tage
2580 udgangspunkt i personens ressourcer og behov. Hverdagsrehabiliteringen skal derudover
2581 tilrettelægges helhedsorienteret og tværfagligt. Praksis for §83 a hverdagsrehabilitering er
2582 beskrevet i *Sundhedsstyrelsens håndbog om rehabiliteringsforløb på ældreområdet* [9].
2583 Kommunerne tilrettelægger hverdagsrehabiliteringen ift. den enkelte person, lokale forhold og
2584 organisering. Her kan der opstå et dilemma mellem på den ene side kommunens tilrettelæggelse af
2585 opgaven som følge af rammerne for serviceniveau og kvalitetsstandarder, og på den anden side
2586 personens motivation for og mål med rehabilitering [10]. Status er, at kommunerne organiserer §
2587 83 a hverdagsrehabilitering noget forskelligt, hvilket kan skyldes den organisatoriske placering af
2588 opgaven. Der kan opstå dilemmaer, når der skal koordineres parallelle indsatser, fx når en person
2589 både er i et hverdagsrehabiliteringsforløb forankret i Serviceloven og samtidig får indsatser i regi af
2590 Sundhedsloven. Er der også indsatser efter beskæftigelseslovgivningen, kompliceres
2591 koordineringsopgaven yderligere. Dette kan skyldes, at den lokale styring og tilrettelæggelse
2592 foregår i forskellige enheder, fx hjemmeplejen og hjemmesygeplejen og måske tillige jobcentret,
2593 hver især forpligtet af områdets specifikke lovgivning (Hjortbak 2017).

2594 I henhold til § 85 skal Kommunalbestyrelsen tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt genoptræning
2595 og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat
2596 fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Begrebet rehabilitering anvendes
2597 på socialområdet som et fagligt begreb til at beskrive indsatser. I de senere år anvendes begrebet
2598 som led i et fokusskifte fra at indsatserne havde et omsorgsrettet sigte til i langt højere grad, at

2599 skulle fremme en udvikling af personens færdigheder. Begrebet rehabilitering anvendes kun i
2600 begrænset omfang i lovgivningen på det specialiserede socialområde. Her bruges anden sprogbrug,
2601 fx i formålsbeskrivelsen i Serviceloven. Heraf fremgår det, at formålet med hjælpen blandt andet er
2602 at fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig, og for at klare sig selv eller at lette den daglige
2603 tilværelse og forbedre livskvaliteten.

2604 **Beskæftigelsesområdet**

Lovområde: Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats skal bidrage til et velfungerende arbejdsmarked, blandt andet ved at hjælpe personer med begrænsninger i arbejdsevnen med en individuel og målrettet beskæftigelsesindsats, der skal munde ud i at personen opnår tilknytning til arbejdsmarkedet og hel eller delvis selvforsørgelse.

Aftale om en reform af førtidspension og fleksjob 2012 med ikrafttræden 01.01.2013 (Regeringen (Socialdemokraterne, Socialistisk Folkeparti og Radikale Venstre) og Venstre, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti)

Intentionerne med reformen af førtidspension og fleksjob er:

- Flest muligt skal i arbejde og forsørge sig selv.
- Adgangen til førtidspension begrænses, og der skal gives en tidlig, tværfaglig og sammenhængende indsats i et ressourceforløb eller fleksjob med fokus på udvikling af arbejdsevne.
- Fleksjobordningen målrettes, så også personer med en lille arbejdsevne kan komme ind i ordningen [11]

Aftale om en reform af sygedagpengesystemet i 2014 med ikrafttræden 01.07.2014 (første fase) og 01.01.2015 (fase 2), (Regeringen (Socialdemokraterne, Det Radikale Venstre og Socialistisk Folkeparti) og Venstre, Dansk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Liberal Alliance)

Udvalgte intentioner med reformen

- Uarbejdsdygtige sygedagpengemodtagere skal have økonomisk sikkerhed under et sygdomsforløb ved at få et jobafklaringsforløb, når sygedagpenge ikke kan forlænges.
- Ny forlængelsesmulighed sikrer, at personer med en livstruende, alvorlig sygdom kan fortsætte på sygedagpenge uden tidsbegrænsning på baggrund af en konkret, lægelig vurdering.
- Den enkelte borger får mulighed for at afvise behandling.

- Indsats og opfølgning sker tidligt i sygdomsforløbet med udgangspunkt i en ny visitationsmodel, der samtidig sikrer, at indsatsen tager udgangspunkt i den enkeltes behov for støtte til at vende tilbage til arbejdsmarkedet.

2605

2606 Kommunernes jobcentre har efter lov om aktiv beskæftigelsesindsats blandt andet til opgave at
2607 have samtaler med personer med nedsat fysisk, psykisk og social funktionsevne, som står uden for
2608 arbejdsmarkedet. Samtalerne skal munde ud i individuelle jobplaner. I jobplanerne kan der indgå
2609 indsatser som virksomhedspraktik, kompetence- eller kvalifikationsgivende opkvalificeringsforløb,
2610 arbejdspladsindretning, arbejdspladsredskaber og rundbordssamtaler som kan støtte en
2611 arbejdsmarkedstilknytning [12].

2612 Kommunernes jobcentre er derudover forpligtet til at oprette tværfaglige rehabiliteringsteams på
2613 beskæftigelsesområdet (for uddybning af beskæftigelsesrettet rehabilitering se kapitel 9) [13]. I
2614 rehabiliteringsteamet behandles borgersager om jobafklaringsforløb, ressourceforløb, fleksjob og
2615 førtidspension. Rehabiliteringsteamets formål er at sikre, at alle relevante kompetencer og faglige
2616 perspektiver bliver stillet til rådighed i vurderings- og beslutningsprocessen med sigte på at opnå et
2617 helhedsorienteret perspektiv på personen.

2618 Incitamentsstrukturen på beskæftigelsesområdet er kendetegnet ved at have mål på
2619 samfundsniveau, som søges opnået gennem borgerrettet rehabilitering, blandt andet med sigte på,
2620 at personen opnår selvstændighed og bliver selvforsørgende. Her kan der, som det også er tilfældet
2621 på andre velfærdsområder (jf. beskrivelserne ovenfor), opstå dilemmaer, når eller hvis en persons
2622 individuelle ønsker og målsætning med rehabilitering ikke er samstemmende med de
2623 samfundsbestemte mål fx om selvforsørgelse. Et eksempel kunne være hvis en person pga.
2624 helbredet ønsker at anvende sine forringede ressourcer til andet formål end beskæftigelse eller
2625 uddannelse, og i øvrigt affinder sig med at modtage overførselsindkomst. Dette eksempel kan være
2626 en kompleks situation både for personen og rehabiliteringsteamet. Rehabiliteringsteamet skal
2627 sammen med personen sammensætte et forløb, som matcher såvel personens ønsker og mål som
2628 kommunens og samfundets mål og krav. Det kan medføre risiko for sanktioner i ydelse og
2629 utilsigtede konsekvenser under rehabiliteringsprocessen, hvis personen ikke ønsker at deltage i
2630 forløbet, eller dele af det.

2631 Rehabiliteringsteamet skal afdække potentialer, fx hos personer, der er syge og ikke længere kan
2632 modtage sygedagpenge. Personen skal have vurderet sin arbejdsevne og rehabiliteres til igen at
2633 kunne indtræde på arbejdsmarkedet i den for personen mest optimale rolle [14]. Her udgør
2634 Danmarks "flexicurity-model" en særlig rammebetingelse for arbejdsmarkedet. Flexicurity-
2635 modellen betegner, at det danske arbejdsmarked er fleksibilitet (flexi) herunder med mulighed for
2636 hurtig afskedigelse af medarbejder, som også kan ske mens personen er sygemeldt, samt at der er

2637 høj social sikkerhed for den arbejdsløse (security=sikkerhed) [15]. Personer, der er blevet opsagt
2638 fra deres arbejde, kan have svært ved at se muligheden for at genvinde tilknytningen til et arbejde,
2639 fordi de har mistet kontakten til en konkret arbejdsplads og arbejdsopgaver. Arbejdsløsheden kan
2640 derfor yderligere påvirke helbredstilstanden negativt, herunder længden af og prognosen for
2641 rehabiliteringsprocessen. Forebyggelse af arbejdsløshed er dermed et væsentlig mål i den tidlige
2642 arbejdsrehabiliterende indsats, som lov om aktiv beskæftigelsesindsats og sygedagpengereformen
2643 kan understøtte.

2644 Når det drejer sig om personer med meget lav funktionsevne, og som er i risiko for at få
2645 førtidspension, så er fokus anderledes. Her skal rehabiliteringsteamet - igen med et
2646 helhedsperspektiv - undersøge og sikre, at alle med tilstrækkelige ressourcer for at bestride et
2647 arbejde eventuelt på særlige vilkår, netop får mulighed for dette. De tilbydes derfor et
2648 ressourceforløb [16]. Et forløb hvor en helhedsorienteret rehabilitering samlet set skal bidrage til
2649 personens deltagelse på arbejdsmarkedet. Hvis det ikke er muligt for personen at udvikle
2650 arbejdsevne gennem et ressourceforløb, og vedkommende således ikke er i stand til at bevare
2651 tilknytning til arbejdsmarkedet, kan førtidspension være sidste mulighed. Flere af disse personer
2652 har ofte fortsat behov for rehabilitering på tværs af lovområder.

2653 **Undervisningsområdet**

Lovområde: Aktuelle love er blandt andet;

- Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand, BEK nr 693 af 20/06/2014, Børne- og Undervisningsministeriet
- Bekendtgørelse om specialundervisning for voksne, BEK nr 378 af 28/04/2006, Børne- og Undervisningsministeriet
- Bekendtgørelse af lov om folkeskolen, LBK nr 1396 af 28/09/2020, Børne- og Undervisningsministeriet

2654
2655 Undervisningsområdet rummer en palet af områder, hvor der kan tilbydes personer (børn / unge /
2656 voksne /ældre) indsatser eller et undervisningsforløb med inddragelse af tænkningen i
2657 rehabilitering. Forløb, der kan medvirke til at forbedre den enkeltes funktionsevne. Nogle af de
2658 eksempler, der findes på undervisningsområdet er: specialundervisning for voksne,
2659 ordblindeundervisning for voksne, specialundervisning til børn, uddannelses- og
2660 erhvervsvejledning (UU) som for alle andre unge med tilhørende lovgivning og vejledninger.
2661 Kendetegnende er det, at begrebet rehabilitering ikke fremgår direkte af love og bekendtgørelser,
2662 men kan indtænkes i de måder og den praksis, der udfolder sig på undervisningsområdet. Et

2663 konkret eksempel er, at kommunerne skal sørge for, at personer (børn og voksne) med medfødt
2664 eller erhvervet funktionsevnededsættelse og behov for specialundervisning og anden
2665 specialpædagogisk bistand kan få tilbud herom [17]. Specialundervisningen og anden
2666 specialpædagogisk bistand kan indeholde tilbud, der afhjælper eller begrænser virkningerne af en
2667 funktionsevnededsættelse ved at give undervisning i og rådgivning om nye metoder, teknikker og
2668 strategier samt eventuel anvendelse af hjælpemidler til brug for kommunikation.
2669 Specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand indgår ofte som led i rehabilitering i
2670 forbindelse med undersøgelser og/eller behandling i sundhedsvæsenet. På voksenområdet kan der
2671 endvidere være tale om et tilbud, der i samarbejde med den nødvendige sundheds- og socialfaglige
2672 bistand indgår i erhvervsrettede forløb på kommunale jobcentre, som retter sig mod personer, der
2673 er i fare for at miste deres arbejde fx pga. tab af syns- eller høreevne.

2674 **Rammebetingelser for ledelse i rehabilitering**

2675 Ledelse har stor betydning for, hvordan rehabilitering kan udfolde sig i praksis. Dermed udgør
2676 ledelse et vilkår og en vigtig rammebetingelse for rehabilitering. Samtidig er ledelse i rehabilitering
2677 udfordret, da der ofte er flere sektorer og organisatoriske enheder involveret. I hvidbogen fra 2004
2678 blev ledelse ikke omtalt [3]. I "Udfordringer til rehabilitering i Danmark" fra 2011 var der et
2679 begyndende fokus på ledelse [2]. Her blev det betonet, at ledelse og organisering skal understøtte
2680 den primære rehabiliteringsopgave. De midler der blev foreslået, var primært af strukturel karakter
2681 og pointerede, at der var brug for klare aftaler og planer for sammenhængende
2682 rehabiliteringsforløb. Yderligere, blev der efterspurgt ledelsesbegreber og værktøjer til at skabe
2683 sammenhængende forløb både inden for den enkelte sektor og på tværs af sektorer, ydelser og
2684 betalere.

2685 Ledelse i rehabilitering kan karakteriseres ved, at det udøves på forskellige niveauer og involverer
2686 mange forskellige aktører. Det er en ledelse, der skal koble fagligt differentierede enheder og
2687 netværk. Det er også en ledelse, der skal få professionelle til at handle selvstændigt og samarbejde
2688 ud over egne faggrænser og sektorer samt sikre kompetencer til at kunne arbejde ud fra disse
2689 rammevilkår. Ledelse i rehabilitering handler således om ledelse af processer udfoldet af mange
2690 forskellige grupper af professionelle i en kontekst kendetegnet ved en høj grad af kompleksitet ift.
2691 lovgivninger, forskellige styringsparadigmer, økonomiske rammer, standardisering og samtidig et
2692 ønske om individualiserede forløb der har fokus på personens perspektiver og hele livssituation.

2693 Som nævnt i afsnittet om styringsparadigmer er der sket en udvikling fra NPM mod NPG. Der er
2694 dog ikke alene tale om en overgang fra det ene styringsparadigme til det andet, men om at begge er
2695 til stede i forskelligt omfang samtidig. Dette har også betydning for ledelse i rehabilitering, som
2696 således skal udfolde sig i et krydspres mellem på den ene side opfyldelse af definerede standarder

2697 og kvalitetskrav, og på den anden side at skulle lede tværfagligt sammensatte teams af aktører med
2698 det mål at "producere velfærd" til gavn for den enkelte person og samfundet som helhed. I praksis
2699 er der ikke tale om et enten-eller. Ledelse i rehabilitering kræver både at standarder overholdes, **og**
2700 at der skabes rammer for skræddersyede tilbud med personen som aktiv medskaber.

2701 Ledelse på tværs af enheder og sektorer kræver mere end standarder og aftaler. Der er også behov
2702 for at balancere mellem ledelse som skaber struktur, samt ledelse og organisering som understøtter
2703 en samarbejdende kultur [18,19] Det indebærer blandt andet, at tværprofessionelle kompetencer
2704 understøttes og fremmes for, at de professionelle kan agere i det tværgående samarbejde.
2705 Rehabiliteringsområdet kalder således på fleksibel ledelse, hvor der kan ledes på forskellige
2706 niveauer, herunder mellem politisk-økonomiske logikker, standardisering og ønsker om
2707 brugerstyring. Desuden, at ledelse i rehabilitering forudsætter kendskab til værdierne, tænkningen
2708 og de strukturerende principper, der ligger til grund for styring af rehabiliteringspraksis. Der er
2709 således behov for et styrket fokus på ledelse i rehabilitering, og på at styrke ledernes kompetencer i
2710 forhold til at udøve fleksibel ledelse i komplekse organisatoriske rammer.

2711 **Rammebetingelser for samarbejde i rehabilitering**

2712 Samarbejde og koordinering er centrale kerneelementer i rehabilitering. Samarbejde skal i denne
2713 sammenhæng ses som et overbegreb for forskellige samarbejdsformer, der kan omfatte både fler-
2714 og tværfagligt samarbejde, teamsamarbejde, kommunikation samt koordination og integration af
2715 fagligheder [20]. Samarbejde kan finde sted på tværs af faggrupper, lovgivninger, sektorer,
2716 afdelinger og andre enheder. Det er ikke altid klart, hvad man i praksis mener, når man taler om
2717 *tværfagligt samarbejde*, og der er ikke altid overensstemmelse mellem lærebøger, lovgivning og
2718 konkret praksis [21,22]. Begrebet anvendes flertydigt og ofte som betegnelse for samarbejde
2719 mellem faggrupper i almindelighed, hvilket udfordrer både praksis og forskning.

2720 **Samarbejde og koordinering**

2721 Der ses en vækst i matrikelløs rehabilitering, her forstået som enkelttydelser og komponenter i
2722 rehabilitering, der afvikles på forskellige matrikler. Samarbejde mellem løst koblede enheder i
2723 matrikelløs rehabilitering kræver såvel struktur som etablering og vedligeholdelse af
2724 koordinerende relationer og samarbejds kulturer. Balancen mellem hvor meget det strukturelle, og
2725 det relationelle bærer i samarbejdet, kan være forskelligt. Relationer og tillid er essentielt for et
2726 velfungerende samarbejde i kompleks rehabilitering, særligt når indsatserne er funderet i
2727 forskellige sektorlovgivninger med divergerende formål og rammebetingelser [23]. Dynamikker
2728 som disse er blandt andet beskrevet i litteratur om *relationel koordinering*, som beskriver
2729 betydningen af gensidig respekt, delt viden og fælles mål, som alt sammen er af betydning for
2730 sammenhængende rehabilitering [24]. Det ser ud til at de udfordringer, der er indlejret i en

2731 tværfaglig og tværorganisatorisk rehabilitering stiller særlige krav til kompetencer hos de
2732 professionelle, der arbejder med rehabilitering. De specifikke rehabiliteringskompetencer er
2733 beskrevet i kapitel 7 og rammebetingelser for kompetencer er beskrevet i dette kapitel (se afsnit
2734 nedenfor).

2735 På sundhedsområdet understøttes samarbejde i tværgående rehabiliteringsforløb blandt andet via
2736 *forløbsprogrammer* i regi af *sundhedsaftaler*. Et andet redskab til styrkelse af sammenhæng og
2737 samarbejde i rehabilitering er etablering af *koordinatorfunktioner* [25-27]. Forskning har vist, at
2738 koordinatorene kan have vidt forskellige opgaver og funktioner. Mens nogle primært opererer i
2739 individuelle forløb har andre primært opgaver, der handler om at få de organisatoriske enheder til
2740 at arbejde sammen. I praksis viser det sig, at koordinatoren ofte varetager begge funktioner [27]. I
2741 dag har størstedelen af kommunerne koordinatorfunktioner inden for en række velfærdsområder.
2742 På beskæftigelsesområdet er den "*gennemgående koordinerende sagsbehandler*" skrevet ind i
2743 lovgivningen for at understøtte den arbejdsrettede rehabilitering på tværs af kommunale
2744 forvaltninger, det øvrige sundhedssystem og som bindeled til arbejdsmarkedet.

2745 **Samarbejde og digitaliseret kommunikation**

2746 Behovet for at kunne kommunikere og dokumentere samt at dele data om personer og indsatser er
2747 stadig stigende. Med henblik på at skabe et fælles afsæt for digitalisering i det offentlige arbejder
2748 staten, kommunerne og regionerne sammen for netop at øge digitalisering og styrke samarbejdet
2749 på tværs af sektorer. Dette arbejde er bl.a. forankret i de fællesoffentlige digitaliseringsstrategier
2750 [28].

2751 I rehabilitering, hvor indsatserne ofte går på tværs af flere enheder og/eller sektorer er
2752 dokumentation og kommunikation udfordret af forskelligartede it-systemer. Digitaliseringen kan
2753 her understøtte arbejdsgange, fx den biopsykosociale tilgang i rehabilitering samt sikre at data og
2754 oplysninger om personen kan genbruges og genfindes. Digital adgang til viden og oplysninger om
2755 personen kan primært være med til at styrke sammenhængen i tværgående rehabiliteringsforløb og
2756 skabe bedre forudsætninger for et mere helhedsorienteret blik på den enkelte persons
2757 rehabiliteringsbehov. Sekundært udgør digitaliserede data en vigtig kilde til forskning i
2758 rehabilitering, fx med fokus på kvalitet og effektivitet i rehabiliteringsindsatser.

2759 Med udgivelse af "Vejledning om digitaliseringsklar lovgivning" fra 2015 ses der en tydelig tendens
2760 i udviklingen af rammebetingelserne for digitalt tværoffentligt samarbejde. Formålet er, at
2761 mulighederne for digitalisering tænkes ind både i eksisterende lovgivning men også når der
2762 udarbejdes ny lovgivning på et fagområde [29].

2763 Lovgivninger og strategier implementeres ofte med en vis forsinkelse. På det brede
2764 rehabiliteringsområde, som her beskrives, er der imidlertid sket en udvikling. Der eksisterer ikke

2765 egentlige rehabiliteringsplaner i den form, som blev efterspurgt i hvidbogen fra 2004, men i
2766 beskæftigelseslovgivningen er der indskrevet krav om udformning af rehabiliteringsplaner, på
2767 sundhedsområdet i form af genoptræningsplaner (GOP), og på socialområdet er kommunerne
2768 forpligtede til at tilbyde sociale handleplaner. Herudover har blandt andre MedCom udviklet
2769 digitale kommunikationsstandarder, der har til hensigt blandt andet at smidiggøre og understøtte
2770 samarbejdet mellem sektorer og/eller enheder, til gavn for personen i rehabilitering. De forskellige
2771 planer er imidlertid fortsat forankret i de enkelte sektorlovgivninger, og det kan udfordre
2772 muligheder for blandt andet at lave fællesoffentlige og helhedsorienterede rehabiliteringsplaner.

2773 I takt med udviklingen af digitale muligheder har det været nødvendigt med skærpede regler i
2774 forhold til digitaliseret sagsbehandling og dokumentation [30]. Den europæiske
2775 databeskyttelsesforordning (GDPR) suppleret med den danske databeskyttelseslov, foreskriver at
2776 dataansvarlige og databehandlere er forpligtede til at overholde en række krav for behandling af
2777 persondata, samt oplyse personerne om deres rettigheder, og tage ansvar for datasikkerheden [31].

2778 **Rammebetingelser for kompetencer**

2779 Professionelle, der arbejder med rehabilitering, skal være i stand til både at varetage egen
2780 faglighed, at samarbejde med personen i rehabilitering og dennes pårørende samt med andre
2781 professionelle. Professionelle skal også være i stand til at samarbejde på tværs af organisatoriske
2782 grænser (kapitel 7). Kompetencerne bør tilegnes både under grunduddannelse og i efter- og
2783 videreuddannelse, hvorefter kompetencerne bør udvikles og understøttes i hverdagens
2784 rehabiliteringspraksis. Dette stiller store krav til rammebetingelserne.

2785 Aktuelt tilbydes rehabilitering som fag på flere grunduddannelser, både erhvervsuddannelser,
2786 akademiuddannelser, bacheloruddannelser og kandidatuddannelser. Rehabilitering indgår
2787 desuden i en lang række efter- og videreuddannelser både på det social- og sundhedsfaglige og det
2788 pædagogiske område. På universitetsniveau indgår rehabilitering i (folke-)sundhedsvidenskabelige
2789 kandidatuddannelser og som masteruddannelser rettet mod særlige patientgrupper eller grene af
2790 rehabilitering. Universitetsuddannelse med rehabilitering som hovedfokus på tværs af fag og
2791 borger-/patientgrupper udbydes ikke længere i Danmark. Der ses en tendens til, at
2792 universitetsuddannelse i rehabilitering enten organiseres inden for andre fag eller i forhold til
2793 specifikke problemfelter, mens generiske og tværvideenskabelige rehabiliteringsuddannelser er i
2794 tilbagegang. Det er i modsætning til andre lande eksempelvis Norge, Tyskland og England, der har
2795 uddannelser i rehabilitering [32]. Der er således en risiko for, at rehabiliteringsuddannelse udvikler
2796 sig i forskellige retninger, hvilket kan skabe en barriere for udvikling af rehabilitering som
2797 tværvideenskabelig og sammenhængende praksis. Det kan også være en barriere for mulighederne

2798 for akademisering og tværvideenskabelig forskning, der skal understøtte sammenhængende
2799 uddannelser gennem hele uddannelsessystemet.

2800 Tendensen er international, i hvert fald på sundhedsområdet. I 2010 udkom en Lancet-rapport
2801 omkring behovet for at gentænke uddannelse i lyset af sundhedsvæsenets forandringer [33].
2802 Rapporten argumenterede for en uddannelsesreform, der skulle matche stadigt mere komplekse og
2803 samvirkende systemer – typiske kendetegn ved rehabilitering. Rapporten efterlyste et større fokus
2804 på teamwork, kontekstuel forståelse, sammenhængende forløb og på det primære sundhedsvæsen.
2805 Problemerne blev blandt andet begrundet i en tendens til, at de forskellige professionelle havde
2806 tendens til at agere isoleret fra hinanden eller endda i konkurrence med hinanden [33].

2807 En af de anbefalinger, Lancet-rapporten fremkom med, var udvikling af T-formede kompetencer.
2808 T'et skal (lidt forenklet) illustrere en samtidig vertikal dybdeorientering inden for eget fag/speciale
2809 og en horisontal breddeorientering i form af koordinering og samarbejde på tværs af fag- og
2810 sektorgrænser. I et rehabiliteringsperspektiv kan det indebære, at fagpersoner skal have en evne til
2811 at levere en specialiseret faglig indsats og samtidig have blik for personens samlede forløb,
2812 herunder hvem personen ellers møder i sit forløb, og hvad personen ellers har behov for, ud over
2813 det man som professionel selv leverer [34]. Traditionelt set favoriserer uddannelserne udvikling af
2814 I-formede kompetencer, det vil sige kompetencer inden for eget fagområde og speciale [33,35]. I
2815 stedet anbefalede rapporten efteruddannelse, der rækker ud over de individuelle professioners
2816 siloer og curricula, som er tværfaglige og har et stærkere fokus på de systemer, professionelle skal
2817 fungere i. Med Lancet-rapportens kritik in mente kan der argumenteres for, at der også i Danmark
2818 kunne være behov for at se nærmere på de uddannelsesstilbud, der i dag er tilgængelige inden for
2819 rehabilitering [36].

2820 Lancet-rapporten anbefaler desuden mere erfaringsbaseret læring og større kobling mellem
2821 uddannelse og praksis, så praksis i højere grad tænkes ind i undervisningen [35]. Der er i det hele
2822 taget brug for at tænke hverdagens praksis ind i overvejelser om, hvordan
2823 rehabiliteringskompetencer udvikles og understøttes. Professionelle udvikler deres kompetencer
2824 gennem hverdagens arbejde, og de lærer af hinanden. Faglige kompetencer tilegnes gennem
2825 samarbejde med dygtige kolleger inden for eget fag, og tværgående kompetencer læres i det
2826 tværfaglige samarbejde, som det fx beskrives i erfaringer med "Interprofessionel læring og
2827 samarbejde" (IPLS) [37]. Interprofessionel forstås her som tværfaglig. I IPLS beskrives det blandt
2828 andet, hvordan inddragelse af og samarbejde med personen i rehabilitering fremmes gennem
2829 velfungerende tværfagligt samarbejde. Hverdagens arbejde er således også en vigtig
2830 rammebetingelse for udvikling og understøttelse af rehabiliteringskompetencer. Men det er ikke
2831 lige meget, hvordan arbejdet er organiseret. Fx kan organisering og styringsformer have betydning
2832 for, hvordan det tværfaglige samarbejde kan fungere og dermed for, hvordan læring på tværs af fag

2833 kan udfolde sig [4]. Specialiseringsmuligheder, adgang til supervision og spørgsmål om volumen
2834 har også betydning. En professionel, der arbejder med et stort og relativt homogent
2835 brugergrundlag, har bedre vilkår for at udvikle og vedligeholde specialiserede
2836 rehabiliteringskompetencer end en professionel, der arbejder med mange forskellige
2837 problemstillinger og målgrupper. Disse har til gengæld bedre forudsætninger for at udvikle andre
2838 og mere tværgående kompetencer, hvis de har mange kontaktflader. Professionelle i rehabilitering
2839 skal, som det er beskrevet både i litteratur om rehabiliteringskompetencer og i andre
2840 kompetenceprofiler, kunne fungere både som faglig ekspert, som kommunikator, som tværfaglig
2841 brobygger og i andre roller [38].

2842 I Danmark foreligger der ikke nationale kompetenceprofiler i rehabilitering, som kan vejlede
2843 uddannelser og praksis, og som kan understøtte en ensartet udvikling af viden, færdigheder og
2844 kompetencer. Dette i modsætning til fx det palliative område, hvor der er udarbejdet
2845 kompetencebeskrivelser for alle involverede faggrupper med udgangspunkt i en fælles skabelon,
2846 der dækker de forskellige roller, som en fagperson skal kunne varetage, fag-faglige såvel som
2847 tværgående, og som beskriver kompetencer på forskellige niveauer [36]. Lignende arbejde kunne
2848 med fordel overvejes på rehabiliteringsområdet.

2849 **Referencer**

- 2850 1. Andersen L. B., Greve C, Klausen KK, et al. Offentlige styringsparadigmer: Konkurrence og
2851 sameksistens Vol. 2. København: DJØF; 2020.
- 2852 2. Hjortbak BR, Bangshaab J, Johansen JS, et al. Udfordringer til rehabilitering i Danmark. 1 udg ed.:
2853 Rehabiliteringsforum Danmark; 2011. (Book, Whole).
- 2854 3. Marselisborgcentret, Rehabiliteringsforum Danmark. Rehabilitering i Danmark: Hvidbog om
2855 rehabiliteringsbegrebet. Århus: Rehabiliteringsforum Danmark; 2004. (Book, Whole).
- 2856 4. Vabø M. Tverrprofesjonelt samarbeid i ulike styringskontekster – hverdagsrehabilitering som
2857 eksempel. In: Bjørkquist C, Fineide MJ, editors. Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og
2858 velferdstjenester Oslo: CAPPELEN DAMM; 2019. p. 69-90.
- 2859 5. Torfing J. Professor: 5 nye styringsaspekter kan afgøre innovation: DenOffentlige.dk; 2014 [cited
2860 2021 5. oktober]. Available from: [https://www.denoffentlige.dk/professor-5-nye-styringsaspekter-
2861 kan-afgoere-innovation](https://www.denoffentlige.dk/professor-5-nye-styringsaspekter-kan-afgoere-innovation)
- 2862 6. Klausen KK. Kommunernes brug af struktur- og styringstænkning. Politica - tidsskrift for politisk
2863 videnskab. 2021;53(3).
- 2864 7. Sundheds- og Ældreministeriet. Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i
2865 kommuner og regioner. 2018.
- 2866 8. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.
2867 København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
- 2868 9. Sundhedsstyrelsen. Håndbog i rehabiliteringsforløb på ældreområdet efter Lov om social service.
2869 2016.
- 2870 10. Rambøll Management Consulting for Sundheds- og Ældreministeriet. Praksisundersøgelse af
2871 Servicelovens §83a. 2017.
- 2872 11. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. Fleksjob København[cited 2021 2. november].
2873 Available from: [https://star.dk/indsatser-og-ordninger/indsatser-ved-sygdom-nedslidning-
2874 mv/fleksjob/](https://star.dk/indsatser-og-ordninger/indsatser-ved-sygdom-nedslidning-mv/fleksjob/)
- 2875 12. Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, LOV nr 548 af 07/05/2019 (2019).
- 2876 13. Lov om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen m.v. , LOV nr 1482 af 23/12/2014
2877 (Gældende) (2014).
- 2878 14. Aftaleparterne. Forlig om en reform af sygedagpengesystemet – Økonomisk sikkerhed for
2879 sygemeldte samt en tidligere og bedre indsats. København: Styrelsen for Arbejdsmarked og
2880 rekruttering; 2013.
- 2881 15. Madsen PK. The Danish model of 'flexicurity': experiences and lessons. Transfer: European Review
2882 of Labour and Research. 2004 2004/05/01;10(2):187-207.
- 2883 16. Aftaleparterne. Aftaletekst: Aftale om bedre ressourceforløb. København. 2020.
- 2884 17. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om kommunal rehabilitering. 2011.
- 2885 18. Seemann J. Kronisk koordinationsbesvær i det danske sundhedsvæsen. In: Timm H, editor.
2886 ammenhængende forløb i sundhedsvæsenet. Tyskland: Videncenter for sammenhængende forløb-
2887 Professionshøjskolen Metropol,; 2010.

- 2888 19. Seemann J. Løses sammenhængsproblemer med strukturdesign hvad med kulturen? FLOS,
2889 Forskningscenter for Ledelse & Organisation i Sygehusvæsenet., 2004;maj:8-10.
- 2890 20. Löfstöm C. Samverkan kring äldres vård och omsorg – två försöksverksamheter. In: Axelsson R,
2891 Axelsson SB, editors. Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och
2892 samhällssektorer. Lund: Studentlitteratur; 2007.
- 2893 21. Jørgensen HS. Tværfaglig rehabilitering. In: Winkler A, Jørgensen HS, Wæhrens EE, editors.
2894 Neurologi og neurorehabilitering. 1. udgave ed. København: Munksgaard; 2013. p. 224-237.
- 2895 22. Lehn-Christiansen S. Tværprofessionelt samarbejde i sundhedsfaglig praksis. 1. udgave ed.
2896 København: Munksgaard; 2016. dan.
- 2897 23. Sundhedsstyrelsen. Evaluering af satspuljen "Styrket samarbejde mellem Sclerosehospitalerne og
2898 kommunerne". 2020.
- 2899 24. Gittell JH. Effektivitet i sundhedsvæsenet: samarbejde, fleksibilitet og kvalitet. 1. udgave ed. Munk
2900 AK, Torjusen H, translators; København: Munksgaard; 2012. dan. (Andersen DR, editor.).
- 2901 25. Buch MS, Petersen A. Model for koordinerende indsatsplaner og tilhørende koordinatorfunktioner –
2902 Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns
2903 Kommune: KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning; 2017.
2904 Available from: <https://viden.sl.dk/media/9127/koordinerende-indsatsplaner.pdf>.
- 2905 26. Hjelmar U. Erfaringer med en koordinatorfunktion i det kriminalitetsforebyggende arbejde i
2906 Albertslund Kommune: KORA. Det Kommunale Institut for Kommunernes og regionernes Analyse
2907 og Forskning; 2013. Available from: <https://www.vive.dk/media/pure/9088/2043580>.
- 2908 27. Petersen MN. Når forløbskoordinatorer og deres samarbejdspartnere får en stemme: Perspektiver på
2909 forløbskoordinatorernes rolle og funktion på tværs af sundhedsvæsenet: Aalborg Universitet; 2016.
- 2910 28. Regeringen, KL, Regioner D. Et stærkere og mere trygt digitalt samfund. Den fællesoffentlige
2911 digitaliseringsstrategi 2016-2020 2016 [cited 2021 15. september]. Available from:
2912 <https://digst.dk/media/12811/strategi-2016-2020-enkelt-tilgaengelig.pdf>
- 2913 29. Finansministeriet. Vejledning om digitaliseringsklar lovgivning - En vejledning om at indtænke
2914 digitalisering i lovforslag. 2015.
- 2915 30. Svendsen IL, Bonfils IS. Rehabilitering – retsgrundlaget og dets udvikling. Sociologi og
2916 rehabilitering. 2. udgave ed. København: Munksgaard; 2019. p. 256 sider.
- 2917 31. EU-Kommissionen. Databeskyttelsesforordningen (2016/679). 2016.
- 2918 32. Solvang PK, Feiring M. Rehabilitation as a Curricular Construction. In: Harsløf I, Poulsen I, Larsen
2919 K, editors. New Dynamics of Disability and Rehabilitation: Interdisciplinary Perspectives. Singapore:
2920 Springer Singapore; 2019. p. 273-292.
- 2921 33. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to
2922 strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010 Dec 4;376(9756):1923-58.
- 2923 34. Andersen JFF, Kirsten. Sundhedsvæsenet på tværs. Nakskov: Nota; 2021. Available from:
2924 <https://nota.dk/bibliotek/bogid/647926>.
- 2925 35. Frenk J, Hunter DJ, Lapp I. A renewed vision for higher education in public health. Am J Public
2926 Health. 2015 Mar;105 Suppl 1(Suppl 1):S109-13.
- 2927 36. Thuesen J. Uddannelse i rehabilitering og palliation – uddannelse i et komplekst sundhedsvæsen.
2928 Omsorg – nordisk tidsskrift for palliativ medicin. In press.

- 2929 37. Nielson AL, Erichsen AW. Hvor godt fungerer det interprofessionelle samarbejde? [cited 2021 5.
2930 oktober]. Available from: [https://dssnet.dk/artikler/hospitaler/hvor-godt-fungerer-det-](https://dssnet.dk/artikler/hospitaler/hvor-godt-fungerer-det-interprofessionelle-samarbejde/)
2931 [interprofessionelle-samarbejde/](https://dssnet.dk/artikler/hospitaler/hvor-godt-fungerer-det-interprofessionelle-samarbejde/)
- 2932 38. Schou IA. Vi skal lære at respektere hinandens fagligheder og være fælles om noget mere 2018 [cited
2933 2021 28. oktober]. Available from: [https://vpt.dk/kompetencer/vi-skal-laere-respektere-hinandens-](https://vpt.dk/kompetencer/vi-skal-laere-respektere-hinandens-fagligheder-og-vaere-faelles-om-noget-mere)
2934 [fagligheder-og-vaere-faelles-om-noget-mere](https://vpt.dk/kompetencer/vi-skal-laere-respektere-hinandens-fagligheder-og-vaere-faelles-om-noget-mere)

2935 **Kapitel 9 Tilgrænsende og overlappende begreber**

2936 I dette kapitel beskrives nogle af de tilgrænsende og overlappende begreber, der ofte anvendes
2937 sammen med rehabilitering, og hvor der kan opstå uklarheder om snitflader til rehabilitering. De
2938 forskellige begreber er arrangeret i alfabetisk orden.

2939 **Behandling**

2940 På socialområdet defineres "behandling" som en ydelse, der har til formål at forbedre en given
2941 tilstand [1], mens "behandling" på sundhedsområdet defineres som en sundhedsintervention, hvor
2942 formålet er at påvirke en persons helbredstilstand [2]. Fællesnævneren er at behandling, som
2943 udgangspunkt er rettet mod "noget", som er der, og som man gerne vil af med. Fx modtager en
2944 person behandling for at overvinde en fobi. I de tilfælde, hvor en forbedring ikke er mulig, kan
2945 behandling have til formål at opretholde en fysisk, psykisk eller social tilstand eller blot at
2946 minimere en forværring [1]. Behandling er ofte kendetegnet ved, at det kræver, at der er nogen, der
2947 vil/gør noget med en anden.

2948 **Beskæftigelsesrettet rehabilitering**

2949 Rehabilitering, der sigter mod udvikling af arbejdsevne, iværksættes med henblik på at opnå eller
2950 fastholde en arbejdsmarkedstilknytning. Beskæftigelsesrettet rehabilitering benævnes også
2951 "jobrettet rehabilitering" og "arbejdsrettet rehabilitering".

2952 Der findes forskellige definitioner af beskæftigelsesrettet rehabilitering. Her præsenteres en
2953 international version: "*A multi-professional evidence-based approach, that is provided in*
2954 *different settings, services, and activities to working age individuals with health-related*
2955 *impairments, limitations, or restrictions with work functioning, and whose primary aim is to*
2956 *optimize work participation*" [3]. I Danmark er det kendetegnende for beskæftigelsesrettet
2957 rehabilitering, at det ikke er en profession eller en virksomhed, som har det primære ansvar.
2958 Beskæftigelsesindsatserne er forankret i de kommunale jobcentre [4].

2959 Siden udgivelsen af "Udfordringer til rehabilitering" [5] er rehabilitering som begreb skrevet ind i
2960 beskæftigelseslovgivningen i forbindelse med reformen om førtidspension og fleksjob i 2013 [6] og
2961 sygedagpengereformen i 2014 [7]. Med reformerne blev der oprettet tværfaglige
2962 rehabiliteringsteams i kommunale jobcentre i hele landet. Rehabiliteringsteams er en
2963 samarbejdsmodel, der består af en kommunal repræsentant fra beskæftigelsesområdet,
2964 socialområdet, sundhedsområdet og evt. en repræsentant for uddannelsesområdet, samt en
2965 regional sundhedskoordinator fra regionens kliniske funktion. Denne samarbejdsmodel indebærer,
2966 at personer skal mødes med rehabiliteringsteamet forud for tilkendelse af fleksjob eller

2967 førtidspension, samt ved komplekse sygedagpengesager. Reformerne har affødt to forløb;
2968 *ressourceforløb og jobafklaringsforløb*. Forløbene skal være helhedsorienterede med koordinerede
2969 indsatser, og begge forløb karakteriseres som beskæftigelsesrettede rehabiliteringsforløb. Formålet
2970 er at inkludere flere personer med nedsat funktions- og arbejdsevne på arbejdsmarkedet, gennem
2971 øget deltagelse, ved hjælp af en tværfaglig og inddragende dialog med indsatser på tværs af social-,
2972 sundheds- og beskæftigelsesområdet. Personen får en gennemgående koordinerende
2973 sagsbehandler til at understøtte rehabiliteringsprocessen og hjælpe med at tage højde for de
2974 udfordringer, der kan opstå, når indsatser iværksættes på tværs af fag og sektorer.
2975 Beskæftigelsesrettet rehabilitering er udfordret af, at der er ulighed i risiko for at blive afskediget
2976 efter sygdom med funktionsevnenedsættelse, og der er ulige adgang til indsatser, der skal hjælpe
2977 den enkelte person tilbage i arbejde [8]. Det varierer om en person er berettiget til særlig hjælp,
2978 behandling og støtte via egne forsikrings- eller pensionsydelse eller udelukkende får de indsatser
2979 den offentlige velfærdsstat kan tilbyde på beskæftigelses-, sundheds-, social- og
2980 undervisningsområdet. Indsatser og tilbud kan ligeledes variere alt efter hvilke kontrakter,
2981 jobcentre indgår med andre aktører, eller om kommunen selv udbyder indsatser samt i hvilket
2982 omfang, disse tilbydes. Dertil kan nævnes det paradoks, at beskæftigelseslovgivningen isoleret set
2983 ikke fremmer et rehabiliteringsperspektiv med høj grad af autonomi og selvbestemmelse, men er
2984 domineret af en ret og pligt/hjælp og kontrollovgivning mellem personen og jobcenterets
2985 sagsbehandler [9]. Spørgsmålet om berettigelse til en særlig offentlig forsørgelse er tæt knyttet til
2986 udfaldet af den rehabiliterende indsats og kan derfor både være en motivation eller en hæmsko.
2987 I beskæftigelsesrettet rehabilitering er der flere aktører, som kan have betydning for, om et
2988 jobrettet rehabiliteringsforløb bliver en succes. Evidens på området om fastholdelse af personer
2989 med arbejdsskader og deraf nedsat funktions- og arbejdsevne, fremhæver behovet for en
2990 koordinerende funktion med solid forståelse for de forskellige områder [10]. Det er afgørende
2991 for de forskellige forløb, at der er tilknyttet en professionel, der styrer og understøtter den
2992 beskæftigelsesrettede rehabilitering på tværs af aktører og systemer [10].

2993 **Forebyggelse**

2994 Som med rehabilitering er forebyggelse et begreb, hvor der kan findes forskellige definitioner. Her
2995 tages der udgangspunkt i den definition, der ofte anvendes af styrelser og myndigheder.
2996 Forebyggelse defineres som sundhedsrelaterede aktiviteter, der søger at forhindre opståen og
2997 udvikling af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker, og dermed fremmer den enkeltes
2998 sundhed og folkesundheden [11]. Forebyggelse tager således udgangspunkt i, at der forud for
2999 sygdom, ulykker, psykosociale problemer eller uønsket adfærd er risikofaktorer, der fører frem til

3000 den uhensigtsmæssige tilstand. Ved at mindske disse risikofaktorer kan den uhensigtsmæssige
3001 tilstand forhindres.

3002 Forebyggelse har snitflader og overlap til både sundhedsfremme og rehabilitering. Det har
3003 betydning, fordi man nogle steder opdeler forebyggelse i primær, sekundær og tertiær forebyggelse.
3004 Primær forebyggelse er tæt forbundet med sundhedsfremme (se definition af sundhedsfremme i
3005 dette kapitel) og har til formål at hindre sygdom, psykosociale problemer eller ulykker i at opstå.
3006 Målgruppen er derfor bred og omfatter også den raske del af befolkningen [11]. Tertiær
3007 forebyggelse benyttes ikke, og det anbefales at bruge rehabilitering frem for "tertiær forebyggelse"
3008 [11]. Som nævnt har forebyggelse fokus på risikofaktorer og er således baseret på en
3009 risikovurdering, og at indsatserne er målrettet risikoreduktion. Dette er i modsætning til
3010 rehabilitering, der baseres på en vurdering (behovsvurdering) og er en målrettet indsats, hvor
3011 formålet er et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet, deltagelse, mestring og livskvalitet.

3012 Begreberne "borgerrettet forebyggelse" og "patientrettet forebyggelse" anvendes ofte i materiale fra
3013 styrelser og myndigheder. Borgerrettet forebyggelse er rettet mod den raske del af befolkningen
3014 med det formål at mindske risikoen for, at sygdom overhovedet opstår [11]. Patientrettet
3015 forebyggelse handler om at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og om at begrænse eller
3016 udskyde dens eventuelle komplikationer [11]. Den patientrettede forebyggelse tager sigte på at
3017 optimere behandlingen og sætte den enkelte patient i stand til at tage bedst muligt vare på sig selv.
3018 Det kræver, at patienten har den nødvendige viden, færdigheder og kompetencer til at udøve en
3019 god egenomsorg, fx opnået gennem rehabilitering, patientundervisning og genoptræning [11]. Der
3020 er således flere fællestræk mellem patientrettet forebyggelse og rehabilitering.

3021 **Genoptræning og træning**

3022 Genoptræning og træning omfatter såvel fysiske, kognitive, kommunikative, psykiske funktioner og
3023 færdigheder og består af vejledning eller instruktion, som involverer gentagne handlinger eller
3024 øvelser [1]. I Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner er
3025 genoptræning defineret således: "*Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset*
3026 *samarbejdsproces mellem en patient/borger, evt. pårørende og personale. Formålet med*
3027 *genoptræning er, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller*
3028 *bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt"*
3029 [12].

3030 Genoptræning udgør ofte en del af en bredere rehabiliteringsindsats på linje med andre tilbud, som
3031 samlet har det formål at forbedre eller vedligeholde personens funktionsevne [12].

3032 Genoptræning og træning kan både have til formål at erhverve en ny færdighed, at generhverve en
3033 færdighed, som er mistet eller svækket, eller blot at minimere følgerne af en vedvarende eller
3034 progredierende tilstand. Indsatsen omfatter træning af funktioner og aktiviteter [12].

3035 **Habilitering**

3036 I denne hvidbog bliver habilitering for første gang i en dansk kontekst beskrevet i relation til
3037 rehabilitering. Dog er der behov for en uddybende beskrivelse og en overordnet tilknytning til
3038 praksisindsatser på børne- og ungeområdet, som blandt andet omfatter personer med fysisk
3039 funktionsnedsættelse, generel udviklingshæmning og gennemgribende udviklingsforstyrrelse. På
3040 voksenområdet skal man også være opmærksom på disse grupper samt grupper i psykiatrien. Den
3041 manglende beskrivelse og tilknytning har motiveret en arbejdsgruppe bestående af professionelle,
3042 der arbejder med personer med medfødte eller tidligt erhvervede funktionsnedsættelser samt
3043 repræsentanter fra handicaporganisationer til at udarbejde en Grønbog i habilitering [13].

3044 Formålet med grønbogen er at igangsætte og rammesætte en faglig og politisk debat om behovet
3045 for et sammenhængende, helhedsorienteret og ambitiøst paradigme for habilitering af personer
3046 med medfødt eller tidligt erhvervet funktionsnedsættelse sideordnet med
3047 rehabiliteringsparadigmet. I grønbogen fremhæves det, at differentieringen mellem rehabilitering
3048 og habilitering primært relaterer sig til målgruppe, indsats, varighed og samarbejdspartnere
3049 [13,14].

3050 Mens målgruppen for rehabilitering er personer, som har eller er i risiko for at opleve
3051 begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i
3052 hverdagslivet, henviser habilitering specifikt til personer med medfødt eller tidligt erhvervet
3053 funktionsnedsættelse, som helt tilsvarende har eller er i risiko for at få begrænsninger i deres
3054 fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne.

3055 I modsætning til en rehabiliterende indsats vil en habiliterende indsats være kendetegnet ved, at
3056 der altid sættes ind fra tidlig barndom. Et barn med en medfødt hjerneskade fungerer ikke som et
3057 normalt spædbarn, måske hverken spise-, kontakt- og/eller kropsmæssigt. Ligeledes vil
3058 udviklingen gå langsomt, den kommer ikke af sig selv og går evt. i en ikke normal retning. Det er
3059 naturligt, at forældrene er i vildrede med, hvordan de kan håndtere og stimulere deres barn bedst
3060 muligt. De har stort behov for faglig information og vejledning og for medinddragelse i indsatsen i
3061 det omfang, de kan magte eller overkomme det. Indsatsen har til mål at udvikle barnets
3062 færdigheder, fysisk, psykisk, kognitivt og/eller socialt. Fra starten ved man ikke, hvilke potentialer
3063 for udvikling barnet har. Men jo tidligere man kommer i gang, jo bedre. Professionelle skal have
3064 viden og erfaring, så de små tegn fanges, og som dermed kan vise vejen for den videre udvikling.
3065 Der er tale om en bredt fagligt funderet, koordineret og kontinuerlig indsats, hvor professionelle

3066 evt. skifter i takt med, at barnets udvikling og alder medfører behov for ny faglighed. De eneste,
3067 som er med i hele forløbet, er barnet og forældrene. Forældrene er en essentiel samarbejdspartner i
3068 en habiliterende indsats og dermed en stor del af processen. Foruden professionelle er de
3069 nærmeste samarbejdspartnere således forældre og nærmeste pårørende i børneårene samt en fast
3070 kontaktperson, som evt. bliver en ny person ved fx overgang fra børnehave til skole. I
3071 ungdomsårene er det uændret forældre og nærmeste pårørende og kontaktpersonen, men evt. også
3072 den unge selv. Dette kan ændre sig som voksen afhængig af personens funktion og evt. behov for
3073 værge.

3074 Varigheden af en rehabiliterende indsats kan være kort eller lang afhængig af
3075 funktionsnedsættelsens omfang og indgriben i personens liv. Principielt kan man sige det samme
3076 om den habiliterende indsats. Men børn og unge har mange skift fx fra daginstitution til skole, og
3077 de oplever nye situationer under opvæksten og langt ind i voksenlivet, hvor de får behov for støtte,
3078 træning og vejledning. For nogle vil indsatsen være livslang, blandt andet for at bevare de opnåede
3079 færdigheder.

3080 **Hverdagsrehabilitering**

3081 I kommunerne anvendes rehabilitering efter servicelovens § 83 a synonymt med
3082 hverdagsrehabilitering [15,16]. Hverdagsrehabilitering er et tværfagligt tiltag, der foregår i
3083 personens hjem eller nærmiljø, og har til formål at forbedre personens funktionsevne, herunder at
3084 fremme evnen til at udføre almindelige daglige aktiviteter [15,16] . Hverdagsrehabilitering kan også
3085 have et forebyggende potentiale i forhold til fx at mindske en tilbagegang i personens funktion eller
3086 bevare en given funktion længst muligt. Omdrejningspunktet for hverdagsrehabilitering er
3087 personens samlede funktionsevne, herunder kropslige funktioner (fysiske og kognitive),
3088 dagligdagens aktiviteter i hjemmet samt deltagelse og samspil med andre [17]. Forløbene udføres
3089 oftest af social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere, mens det oftest er ergo-
3090 eller fysioterapeuter, der koordinerer forløbene.

3091 Den internationale betegnelse for hverdagsrehabilitering er "reablement", der i 2020 blev defineret
3092 i en international Delphi-proces:

3093 *"Reablement is a person-centred, holistic approach that aims to enhance an individual's physical*
3094 *and/or other functioning, to increase or maintain their independence in meaningful activities of*
3095 *daily living at their place of residence and to reduce their need for long-term services.*

3096 *Reablement consists of multiple visits and is delivered by a trained and coordinated*
3097 *interdisciplinary team. The approach includes an initial comprehensive assessment followed by*
3098 *regular reassessments and the development of goal-oriented support plans. Reablement supports*
3099 *an individual to achieve their goals, if applicable, through participation in daily activities, home*

3100 *modifications and assistive devices as well as involvement of their social network. Reablement is*
3101 *an inclusive approach irrespective of age, capacity, diagnosis or setting" [18].*

3102 **Palliation og palliativ rehabilitering**

3103 Definitionen af palliation har udviklet sig over tid. I 1990 skrev WHO "*palliative care is the active*
3104 *total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment...*" Det er en forståelse,
3105 som retter sig direkte mod personer med kræftsygdomme. I 2002 præsenterede WHO en ny
3106 definition, som i dag anvendes af Sundhedsstyrelsen:

3107 *"Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og deres familier,*
3108 *som står over for problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og*
3109 *lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter*
3110 *og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art" [19].*

3111 Med denne definition introduceres et nyt centralt begreb: livstruende sygdom. Dette åbner op for
3112 en tidlig palliativ indsats, hvor håbet om helbredelse endnu ikke er definitivt opgivet. I 2020
3113 udkom endnu en ny international definition:

3114 *"Palliative care is the active holistic care of individuals across all ages with serious health-related*
3115 *suffering due to severe illness, and especially of those near the end of life. It aims to improve the*
3116 *quality of life of patients, their families and their caregivers." [20].*

3117 Livstruende sygdom blev her ændret til alvorlig sygdom, og på den måde bevæger palliation sig
3118 væk fra fokus på døden til livet med alvorlig sygdom. Samtidigt ændres målgruppen væk fra kræft
3119 til nu, hvor ambitionen er at "skabe lighed i adgangen til de palliative behandlingstilbud overalt i
3120 landet uanset diagnose" [19,21]. Centralt i palliation er, at lidelse forstås ud fra fire dimensioner;
3121 fysisk, psykisk, eksistentiel og socialt, og palliative indsatser retter sig imod alle berørte
3122 dimensioner.

3123 Palliativ rehabilitering er et relativt nyt begreb i en dansk sammenhæng. Begrebet blev først
3124 introduceret som rehabilitering til personer med fremskreden kræft, hvor fokus særligt var på at
3125 minimere komplikationer og fremme mestring af symptomer. Begrebet palliativ rehabilitering
3126 anvendes ofte synonymt med begrebet rehabiliterende palliation. Historisk blev palliativ
3127 rehabilitering introduceret i en behandlings- og rehabiliteringskontekst, mens rehabiliterende
3128 palliation især er beskrevet i en palliativt orienteret sammenhæng [22].

3129 Palliation og rehabilitering repræsenterer som udgangspunkt forskellige videns- og praksisfelter,
3130 men danske myndigheder har lagt op til, at tilgangene tænkes sammen i forløb til personer med
3131 livstruende sygdom [23]. Således beskriver Sundhedsstyrelsen, at palliation med fordel kan tænkes
3132 ind i rehabiliteringsindsatser i kommunerne for at understøtte sammenhæng og imødekomme

3133 personens individuelle behov [19]. Hvor rehabilitering klassisk kan ses som tilgange, der aktivt
3134 fremmer funktionsevne og selvstændighed, har palliation traditionelt i højere grad fokus på at
3135 håndtere svækkelses- og dødsprocesser gennem symptom-håndtering. Men disse forskelle
3136 reduceres i takt med at rehabilitering tilbydes senere og senere i sygdomsudviklingen og palliation
3137 tilbydes tidligere og tidligere i sygdomsforløbet. Således vil en tidlig palliativ indsats altid rumme et
3138 fokus på at fremme funktionsevne og selvstændighed samt medansvar for behandlingsplanen, hvor
3139 rehabilitering sidst i et progredierende sygdomsforløb også vil omfatte personens evne til at leve
3140 med tiltagende svækkelse og erkendelse af snarlig død [24].

3141 **Præhabilitering**

3142 Præhabilitering refereres almindeligvis til som: *interventioner til opbygning af*
3143 *modstandsdygtighed før behandling via konditionering og medicinsk optimering* [18].

3144 Begrebet anvendes blandt andet inden for kræftområdet, og beskrives som en proces i kræftplejens
3145 kontinuum, der finder sted mellem kræftdiagnosen og begyndelsen af behandlingen. Denne
3146 inkluderer en fysisk og psykisk vurdering, som bestemmer personens funktionsniveau,
3147 identificerer svækkelse og tilbyder målrettede indsatser, der fremmer personens helbred for
3148 således at forebygge og reducere hyppigheden og/eller sværhedsgraden af fremtidig svækkelse
3149 [25].

3150 Præhabiliterende anvendes også om forebyggende tiltag for personer, som afventer operation [26].
3151 Det kan være hjælp til rygestop, nedsættelse af alkoholforbrug og vejledning om generel fysisk
3152 aktivitet eller mere specifik selv-træning – alt efter personens behov. En præhabiliterende indsats kan
3153 medvirke til at nedsætte risikoen for komplikationer i personens forløb under og efter et planlagt
3154 kirurgisk indgreb. Der er ligeledes erfaring for, at nogle personer kan være mere åbne over for et
3155 forebyggende tilbud, og mere motiverede for en livsstilsændring, når de afventer en operation.

3156 **Recovery**

3157 Recovery handler om at komme sig. I recovery-orienteringen forstås rehabilitering, som den
3158 indsats professionelle skal tilbyde for at understøtte personen med at komme sig. Rehabilitering
3159 beskriver således processen fra den professionelles perspektiv, mens recovery er en unik individuel
3160 proces [27]. Recovery kan defineres således:

3161 *"En dybt personlig, unik forandringsproces med hensyn til ens holdninger, værdier og mål,*
3162 *færdigheder og/eller roller. Det er en måde at leve et tilfredsstillende liv på præget af håb og*
3163 *aktiv medvirken selv med de begrænsninger, der er forårsaget af sygdom. Recovery indebærer*
3164 *udvikling af ny mening og nyt formål i ens liv"* [28,29].

3165 Recovery er en proces, der sker i hverdagen, mens man lever livet og er et udtryk for det, der
3166 opleves. Recovery handler om at komme sig på en måde, så man indgår i et meningsfuldt og
3167 tilfredsstillende liv, sådan som man selv definerer det, med eller uden symptomer og problemer,
3168 som kan komme og gå [28,30]. Recovery-processen kan ikke styres udefra, men kan og bør
3169 anerkendes og opmuntres af omgivelserne. Man kan tale om recovery-orienterede eller recovery-
3170 understøttende indsatser. Recovery-orientering betyder, at samarbejdet mellem den professionelle
3171 og personen bygger på et ligeværdigt partnerskab. Den enkelte person er med indefra-perspektivet
3172 (1. person perspektiv) erfarings ekspert og sætter retningen for sin egen recovery. Professionelle
3173 bidrager med udefra-perspektivet (3. person perspektiv) og er eksperter i faglige metoder,
3174 systematik og redskaber, som bruges til at understøtte personens recovery-proces. I samarbejdet er
3175 det vigtigt, at personen understøttes i at bevare kontrollen over eget liv [31]. Med en recovery-
3176 orienteret tilgang styrkes den psykosociale dimension i rehabilitering, og opmærksomheden rettes
3177 mod genopbygning af liv og livskvalitet [32].

3178 Som nævnt i kapitel 7 bygger en recovery-orienteret tilgang på fire grundlæggende værdier:
3179 *personorientering, personinvolvering, selvbestemmelse og udviklingspotentialer*. I praksis er
3180 *personorientering* at høre personens stemme ved at tage afsæt i personens behov, værdier og
3181 præferencer med henblik på aktivt at involvere personens perspektiver i beslutninger [33,34].

3182 På trods af et øget fokus på *personinvolvering* i rehabilitering kan personer med
3183 funktionsevnenedsættelser fortsat opleve at blive objektiviseret og reduceret til at være en diagnose
3184 frem for en person med en diagnose. Hvis den professionelle har et biomedicinsk fokus, hvor
3185 sygdom primært opfattes som biologiske fejl, funktioner eller afvigelser, kan det føre til, at
3186 personen oplever at blive set som sine vanskeligheder og ikke som et myndigt menneske [32]. Hvis
3187 personens præferencer, værdier, ressourcer og sårbarheder ud fra personens perspektiv ikke
3188 medtages, men udelukkende vælger et professionelt perspektiv, risikerer vi at overse det, der er
3189 betydningsfuldt for personen. Personens perspektiver er subjektive oplevelser, og hvad der tænkes
3190 om situationen lige nu. Uanset hvordan selvsamme situation kan se ud fra fx et professionelt
3191 perspektiv, må det anerkendes, hvordan personen oplever det. Når vi taler om *selvbestemmelse*,
3192 skal der være fokus på personens ret til at foretage individuelle beslutninger og valg omkring alle
3193 dele af sin egen proces. Det kan fx betyde, at der er fokus på personens ønskede mål og resultater
3194 samt hvilke indsatser, personen foretrækker for at opnå resultater. Det altafgørende i forhold til
3195 begrebet *selvbestemmelse* er, hvordan professionelle møder personer med
3196 funktionsevnenedsættelse, og hvordan de sammen finder frem til personens drømme via håbet og
3197 en tro på *udviklingspotentialer*. Ønsker er en afledt konsekvens af det at have håb. Ønsker kan kun
3198 udforskes via grundig samtale med personen, og det kræver stor professionalitet. Professionelles

3199 håb på personens vegne er afgørende for personens motivation og tro på, at det er muligt at
3200 rehabiliteres [27,31].

3201 **Specialundervisning**

3202 Der ydes specialundervisning til både børn og voksne. Specialundervisning til børn gives på
3203 førskoleområdet (specialpædagogisk bistand) og folkeskoleområdet (specialundervisning og anden
3204 specialpædagogisk bistand). Special pædagogisk bistand og specialundervisning omfatter også
3205 rådgivning til forældre, lærere eller andre, der udøver daglig omsorg for barnet [35].

3206 Specialundervisning og specialpædagogisk bistand omfatter undervisningsmaterialer og
3207 hjælpemidler, personlig assistance, fag og fagområder, undervisning og træning i funktionsmåder
3208 og arbejdsmetoder, der tager sigte på at afhjælpe eller begrænse virkningerne af psykiske, fysiske,
3209 sproglige eller sensoriske funktionsvanskeligheder. Formålet med specialundervisning og
3210 specialpædagogisk bistand er at hjælpe børn til at blive så dygtige, de kan [35].

3211 Specialundervisning til voksne med fysiske eller psykiske handicap har til formål at afhjælpe eller
3212 begrænse virkningerne af funktionsnedsættelse, så personen i videst muligt omfang kan deltage i
3213 samfundslivet på samme vilkår som voksne uden handicap [36]. Specialundervisningen indeholder
3214 både undervisning og specialpædagogisk bistand, herunder rådgivning til personen og dennes
3215 pårørende. Undervisningen skal give personen muligheder for et mere aktivt liv og deltagelse i
3216 samfundslivet. Det kan fx være at lære kommunikation ved hjælp af tegnsprog for døvblevne³,
3217 teknologisk kommunikation ved sprog-, tale- og skriftsproglige vanskeligheder eller særlige
3218 taleteknikker. Undervisningen udbydes primært på specialskoler for voksne og
3219 kommunikationscentre. Undervisning og specialpædagogisk bistand kan også foregå i personens
3220 eget hjem, på arbejdspladsen, i botilbud med videre [36].

3221 **Socialt arbejde**

3222 Sammenhængende rehabilitering kræver ofte en kombination af indsatser indenfor sundhed,
3223 specialundervisning, beskæftigelse og det sociale område med afsæt i personens samlede situation.
3224 Løsning og forebyggelse af sociale problemstillinger er kvalificeret inden for socialt arbejde. Den
3225 internationale definition af socialt arbejde lyder:
3226 *“Socialt arbejde er en praksisbaseret profession og en akademisk disciplin, der fremmer social*
3227 *forandring og udvikling, social samhørighed, og empowerment og frigørelse af mennesker.*
3228 *Principper om social retfærdighed, menneskerettigheder, kollektivt ansvar og respekt for*
3229 *forskelligheder er centrale for socialt arbejde. Understøttet af teorier om socialt arbejde,*

³ Døvblevne betegner den gruppe af personer, der har mistet så stor en del af deres hørelse, at et høreapparat ikke er tilstrækkeligt for at kunne kommunikere.

3230 *samfundsvidenskab, humanistiske fag og oprindelige folks viden, inddrager socialt arbejde*
3231 *mennesker og strukturer for at adressere livsudfordringer og for at opnå øget trivsel.*
3232 *Ovenstående definition kan blive præciseret på nationalt og/eller regionalt plan” [37].*
3233 I Danmark udføres professionelt socialt arbejde af flere faggrupper, hvor mange fx er uddannede
3234 socialrådgivere, socialformidlere og pædagoger. De professionelle arbejder både på børne-, unge-
3235 og voksenområdet, samt på social, beskæftigelses- og sundhedsområdet; såsom i kommunale
3236 forvaltninger og på beskæftigelses- uddannelses- og sociale tilbud. Socialt arbejde har en direkte
3237 snitflade til rehabilitering idet socialt arbejde også har fokus på helhedssyn, brugerinddragelse
3238 samt koordination af indsatser og social forandring, herunder inklusion og øget deltagelse i
3239 samfundet [38].

3240 **Sundhedsfremme**

3241 Som med rehabilitering er sundhedsfremme et begreb, hvor der kan findes forskellige definitioner.
3242 Her tages der udgangspunkt i den definition, der ofte anvendes af styrelser og myndigheder.
3243 Sundhedsfremme defineres således, som *sundhedsrelaterede aktiviteter, rammer og processer,*
3244 *der fremmer den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at*
3245 *mobilisere menneskers ressourcer og handlekompetence [11].*

3246 Hvor forebyggelse handler om at undgå uønskede tilstande og processer, handler sundhedsfremme
3247 om at opnå ønskværdige tilstande og processer. Der er konsensus om, hvad der betragtes som
3248 sygdom og dermed uønskede tilstande, men der er mange bud på, hvad det gode liv er og dermed
3249 ønskværdige tilstande og processer. I det brede sundhedsbegreb skabes sundhed af mennesker i
3250 deres hverdag. Sundhed skabes ved at yde omsorg for sig selv og andre, ved at kunne træffe
3251 beslutninger, som bedst indfrier egne ønsker og mål [39]. Sundhed kan også betragtes som
3252 handlekompetence og evnen til at handle i overensstemmelse med egne ønsker og behov. I
3253 sundhedsfremme er et af de vigtige elementer "sense of coherence", som er en følelse af
3254 sammenhæng og af at tilværelsen er meningsfuld, begribelig og håndterlig [40]. I sundhedsfremme
3255 lægges der således vægt på udvikling af personers sundhedsbevidsthed, handlekompetence,
3256 egenomsorg, og at det enkelte menneske tager sundheden i egen hånd [40].

3257 **Vedligeholdelsestræning**

3258 Vedligeholdelsestræning defineres som målrettet træning for at forhindre eller minimere
3259 funktionstab, fastholde eller forbedre den hidtidige funktionsevne. Vedligeholdelsestræning
3260 omfatter vedligeholdelse af såvel fysiske, kognitive og psykiske funktioner og færdigheder [1,12].

3261 **Referencer**

- 3262 1. Socialstyrelsen. Begrebsbasen – it-understøttede sociale begreber. 2020 [cited 2021 24. maj].
3263 Available from: <https://ss.ityerm.dk/>
- 3264 2. Sundhedsdatastyrelsen. Begrebsbasen - behandling. [cited 2021 15. juni]. Available from:
3265 <https://sundhedsdata.ityerm.dk/?TermId=232&SrcLang=da&TrgLang=en>
- 3266 3. Escorpizo R, Brage S, Homa D, et al. Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability
3267 Evaluation Application and Implementation of the ICF. 1st ed. 2015. ed. Cham: Springer
3268 International Publishing; 2015. (Handbooks in Health, Work, and Disability).
- 3269 4. Hansen L. Beskæftigelsesrettet rehabilitering. 1. udgave ed. København: Hans Reitzel; 2014.
- 3270 5. Hjortbak BR, Bangshaab J, Johansen JS, et al. Udfordringer til rehabilitering i Danmark. 1 udg ed.:
3271 Rehabiliteringsforum Danmark; 2011. (Book, Whole).
- 3272 6. Lov om ændring af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lov om aktiv socialpolitik, lov om social
3273 pension og forskellige andre love, LOV nr 1380 af 23/12/2012 (2013).
- 3274 7. Lov om ændring af lov om sygedagpenge, lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lov om ansvaret for
3275 og styringen af den aktive beskæftigelsesindsats, lov om arbejdsløshedsforsikring m.v. og forskellige
3276 andre love, LOV nr 720 af 25/06/2014 (2014).
- 3277 8. Braddock D, Parish S. Handbook of Disability Studies. Handbook of disability studies. California:
3278 SAGE Publications, Inc.; 2001. p. 11-68.
- 3279 9. Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, LOV nr 548 af 07/05/2019 (2019).
- 3280 10. Mortensen OS. Litteraturoversigt over virksomheders indsats for fastholdelse af personer med
3281 arbejdsskader. Holbæk: Arbejds- og Socialmedicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus; 2017.
- 3282 11. Sundhedsstyrelsen. Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. København.
3283 2005.
- 3284 12. Sundheds- og Ældreministeriet. Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i
3285 kommuner og regioner. 2018.
- 3286 13. Rehabiliteringsforum Danmark. Grønbog i habilitering. Aarhus: MarselisborgCentret; In press.
- 3287 14. FN. Konvention om Rettigheder for Personer med Handicap. 2006 [cited 2021 27. februar].
3288 Available from: [https://menneskeret.dk/monitorering/internationale-
3289 rapporter/menneskerettighedskonventioner/handicapkonventionen](https://menneskeret.dk/monitorering/internationale-rapporter/menneskerettighedskonventioner/handicapkonventionen)
- 3290 15. Petersen Amf. Rehabilitering på ældreområdet : hvad fortæller danske undersøgelser os om
3291 kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen? : Sundhedsstyrelsen; 2017. Available
3292 from: https://www.kora.dk/media/7112435/10220_rehabilitering_paa_aeldreområdet.pdf.
- 3293 16. Østergaard L, Jørgensen S, Riis-Djernæs L. Ergoterapeutisk somatisk rehabilitering til voksne og
3294 ældre. In: Brandt Å, Peoples H, Pedersen U, editors. Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i
3295 hverdagslivet. 4. udgave. ed. København: Munksgaard; 2019.
- 3296 17. Lauritzen HH, Bjerre M, Graff L, et al. Rehabilitering på ældreområdet : Afprøvning af en model for
3297 rehabiliteringsforløb i to kommuner. København: Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI);
3298 2017. p. 194.
- 3299 18. Metzelthin S, Rostgaard T, Parsons M, et al. Development of an internationally accepted definition of
3300 reablement: A Delphi study. Ageing and Society. 2020:1-16.

- 3301 19. Sundhedsstyrelsen. *Anbefalinger for den palliative indsats*. København. 2017.
- 3302 20. Radbruch L, De Lima L, Knaut F, et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based
3303 Definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Oct;60(4):754-764.
- 3304 21. Marså Kmf. Palliativ indsats er for alle, også patienter med livstruende medicinsk organsvigt.
3305 Ugeskrift for læger online. 2019 [cited. [https://ugeskriftet.dk/videnskab/palliativ-indsats-er-alle-](https://ugeskriftet.dk/videnskab/palliativ-indsats-er-alle-også-patienter-med-livstruende-medicinsk-organsvigt)
3306 [også-patienter-med-livstruende-medicinsk-organsvigt](https://ugeskriftet.dk/videnskab/palliativ-indsats-er-alle-også-patienter-med-livstruende-medicinsk-organsvigt)
- 3307 22. Thuesen J, Jespersen E. Rehabilitering og palliation. In: Lindahl-Jacobsen LE, Poulsen DV, editors.
3308 *Ergo- og Fysioterapi i den palliative praksis*: Gads forlag; 2021. p. 33-44.
- 3309 23. Sundhedsstyrelsen. *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*. Version
3310 2 ed. København. 2018.
- 3311 24. Timm H, Thuesen J, Clark D. Rehabilitation and palliative care: histories, dialectics and challenges
3312 [version 1; peer review: 1 approved]. *Wellcome Open Research*. 2021;6:171.
- 3313 25. Silver JK, Baima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity,
3314 increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *Am J*
3315 *Phys Med Rehabil*. 2013 Aug;92(8):715-27.
- 3316 26. Molenaar CJL, Papen-Botterhuis NE, Herrle F, et al. Prehabilitation, making patients fit for surgery -
3317 a new frontier in perioperative care. *Innov Surg Sci*. 2019 Dec;4(4):132-138.
- 3318 27. Eplov FL, Korsbek L, Pedersen L, et al. *Psykiatrisk og psykosocial rehabilitering - En*
3319 *recoveryorienteret tilgang*. København: Munksgaard; 2013.
- 3320 28. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in
3321 the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993;16(4):11-23.
- 3322 29. Topor A, Larsen IB, Bøe TD. *At komme sig - fra personlig udvikling til social forandring*.
3323 *Psykosociale replikker*. København: Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering; 2020.
- 3324 30. Slade M, Longden E. Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*. 2015
3325 Nov 14;15:285.
- 3326 31. Slade M. *100 ways to support recovery*. 2nd edition. London: Rethink Mental Illness; 2013.
- 3327 32. Glintborg C, Birkmose D. "Hvis man havde set mig som menneske fremfor bare min skade" –
3328 Indefra-perspektiver på dansk neurorehabilitering. *Forskning i Pædagogers Profession og*
3329 *Uddannelse*. 2018;2(1):33-48.
- 3330 33. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical
3331 literature. *Soc Sci Med*. 2000 Oct;51(7):1087-110.
- 3332 34. Jesus TS, Bright FA, Pinho CS, et al. Scoping review of the person-centered literature in adult
3333 physical rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*. 2021 2021/05/22;43(11):1626-1636.
- 3334 35. Bekendtgørelse om folkeskolens specialpædagogiske bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt
3335 skolegangen, BEK nr 356 af 24/04/2006. Sect. Kapitel 1 (2006).
- 3336 36. Børne- og Undervisningsministeriet. *Om specialundervisning for voksne 2021* [cited 2021 29.
3337 oktober]. Available from: [https://www.uvm.dk/specialundervisning-for-voksne/om-](https://www.uvm.dk/specialundervisning-for-voksne/om-specialundervisning-for-voksne)
3338 [specialundervisning-for-voksne](https://www.uvm.dk/specialundervisning-for-voksne/om-specialundervisning-for-voksne)

- 3339 37. IFSW – International federation of Social Workers. Global definition af socialt arbejde 2014 [cited
3340 2021 13. oktober]. Available from: [https://socialraadgiverne.dk/om-dansk-
3341 socialraadgiverforening/internationalt-samarbejde/ifsw-international-federation-of-social-workers/](https://socialraadgiverne.dk/om-dansk-socialraadgiverforening/internationalt-samarbejde/ifsw-international-federation-of-social-workers/)
- 3342 38. Posgaard R, Nørrelykke H, Antczak HB. Socialrådgivning og socialt arbejde. En grundbog.
3343 København: Hans Reitzel; 2015.
- 3344 39. WHO. International Conference on Health Promotion, Ottawa 1986 [cited 2021 1. april]. Available
3345 from: [https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-
3346 conference/actions](https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference/actions)
- 3347 40. Andersen ML. Empowerment - begreb og betydning i teori og praksis. In: Niklasson G, Breck T,
3348 Højrup T, editors. Sundhed, menneske og samfund. København: Samfundslitteratur; 2013. p. 249-
3349 271.

3350 **Kapitel 10 Anbefalinger til fremtidens rehabilitering**

3351 I dette kapitel præsenteres fem anbefalinger, der er afgørende for at løfte rehabiliteringsområdet.
3352 Anbefalingerne retter sig mod det politisk-administrative niveau og praksisniveauet, og skal ses
3353 som afsæt for videre drøftelser om fremtidens rehabilitering i Danmark. De fem anbefalinger er
3354 åbne og overordnede hensigtserklæringer, hvorfor der vil være behov for operationalisering,
3355 løbende opfølgning og eventuel justering jf. anbefaling 5.

3356 Nedenfor ses en samlet oversigt over de fem anbefalinger. I de følgende afsnit uddybes hver enkelt
3357 anbefaling.

Anbefaling 1

Den enkelte persons behov, håb, ressourcer og hele livssituation skal danne afsæt for al aktivitet i rehabilitering

Anbefaling 2

Styrk fokus på personer med særlige behov, herunder blandt andet sårbare grupper, børn og pårørende

Anbefaling 3

Styrk den faglige kvalitet gennem vidensbasering, systematisk dataindsamling og monitorering samt nationale kriterier for rehabiliteringskompetencer

Anbefaling 4

Styrk koordinering og sammenhæng på tværs af lovgivning, forvaltningsområder og fagområder

Anbefaling 5

Hvidbogens indhold og anbefalinger operationaliseres og monitoreres

3358 **Anbefalinger**

3359 **Anbefaling 1: Den enkelte persons behov, håb, ressourcer og hele livssituation** 3360 **skal danne afsæt for al aktivitet i rehabilitering**

3361 I rehabilitering er det afgørende, at der arbejdes ud fra et helhedsorienteret biopsykosocialt
3362 perspektiv. Opgaven er således at "se og tilgodese" det hele menneske ud fra den livssituation,
3363 personen befinder sig i. Personen i rehabilitering ses som "erfarings-ekspert" og er ekspert i egen
3364 forståelse af trivsel samt det gode og meningsfulde liv. Når der tages afsæt i den enkelte persons
3365 forståelse af behov, håb, ressourcer og hele livssituation sikres det, at rehabiliteringen passer til
3366 den enkeltes hverdagsliv og ønsker.

3367 Rehabilitering foregår ofte i et komplekst praksisfelt, der er udfordret af, at indsatser ofte går på
3368 tværs af sektorer, forvaltningsområder og professioner. Et komplekst praksisfelt, der afhængigt af
3369 den enkelt persons behov, ressourcer og hele livssituation, skal samstemmes og koordineres til en
3370 skræddersyet indsats. Derfor anbefales det, at det komplekse praksisfelt afdækker, samstemmer og
3371 koordinerer indsatser i forhold til den enkelte persons individuelle behov, håb, ressourcer og hele
3372 livssituation.

3373 **Anbefaling 2: Styrk fokus på personer med særlige behov, herunder sårbare**
3374 **grupper, børn og pårørende**

3375 I rehabilitering er der behov for specielt at styrke fokus på grupper af sårbare eller udsatte, så det
3376 sikres, at de opnår samme adgang til og gavn af rehabilitering som andre. Aktuelt ses der stadig
3377 social ulighed i for eksempel hvem, der tilbydes rehabilitering og andel af personer, der
3378 gennemfører rehabilitering, ulighed i brugen af ydelser samt ulighed i muligheder for at benytte
3379 tilgængelige ydelser. Dette kan føre til udstødelse af arbejdsmarkedet, uhensigtsmæssig brug af
3380 ydelser samt forringet funktionsevne og livskvalitet. Der er ligeledes behov for en særlig
3381 opmærksomhed på børn i rehabilitering, som kan have svært ved at udtrykke egne ønsker og
3382 behov, og hvor forældrene spiller en vigtig rolle.

3383 Da rehabilitering oftest er rettet mod personen alene, overses det, at pårørende og specielt børn og
3384 unge kan blive så belastet af situationen, at de også får behov for rehabilitering. Børn og unge, der
3385 vokser op i familier med en person med funktionsevnenedsættelse vil ofte befinde sig i en utryk og
3386 ændret livssituation, som for nogle kan føre til mistriksel. Der er derfor behov for øget
3387 opmærksomhed på støtte til børn og unge og eventuel inddragelse af de sociale myndigheder.

3388 **Anbefaling 3: Styrk den faglige kvalitet gennem vidensbasering, systematisk**
3389 **dataindsamling og monitorering samt nationale kriterier for**
3390 **rehabiliteringskompetencer**

3391 Rehabilitering skal være vidensbaseret. Det kræver systematisk kvalitetsarbejde i praksis, det
3392 kræver forskning, så der skabes relevant og anvendelig viden, og det kræver, at ny viden bliver
3393 omsat til praksis. I Danmark har kommunerne ansvaret for en stadig større del af
3394 rehabiliteringsopgaven. Kommunerne er ikke som regionerne lovgivningsmæssigt forpligtet til at
3395 forske. Det anbefales, at især kommunernes kvalitetsarbejde og forskningsaktiviteter inden for
3396 rehabilitering styrkes. Det anbefales, at dette sker i samarbejde med vidensinstitutioner for at sikre
3397 vidensbasering og forskning af høj kvalitet, og i tæt samspil mellem fagprofessionelle, forskere og
3398 de personer det drejer sig om.

3399 I Danmark arbejdes der på at udvikle systematisk og løbende dataindsamling, som kan bruges til at
3400 monitorere og sikre kvaliteten af indsatserne i rehabilitering. Den nuværende monitorering på

3401 rehabiliteringsområdet er udfordret af forskellig registreringspraksis og infrastruktur i kommuner
3402 og regioner, hvilket vanskeliggør fælles *dataindsamling og monitorering* på tværs af sektorer. Det
3403 samme er gældende på tværs af forvaltningsområder. Fra et praksis-, folkesundheds- og
3404 samfundsøkonomisk perspektiv anbefales systematisk og ensartet monitorering inden for
3405 rehabilitering på tværs af sektorer og forvaltningsområder.

3406 Kompetencer og kompetenceudvikling er en væsentlig forudsætning for kvalitet i rehabilitering. At
3407 arbejde rehabiliterende kræver, at fagprofessionelle udvikler kompetencer, som ligger ud over de
3408 kompetencer, de har erhvervet sig på grunduddannelserne. Det anbefales derfor, at der udarbejdes
3409 nationale kriterier, som kan sætte rammerne for de specifikke rehabiliteringskompetencer,
3410 fagprofessionelle skal besidde, og som kan vejlede udvikling af rehabiliteringsuddannelser i
3411 Danmark.

3412 **Anbefaling 4: Styrk koordinering og sammenhæng på tværs af lovgivning,** 3413 **forvaltningsområder og fagområder**

3414 For personen i rehabilitering og de pårørende kan rehabiliteringsprocessen og -indsatser til tider
3415 opleves som usammenhængende og ukoordinerede. Personen kan opleve, at vedkommende selv er
3416 ansvarlig for at sikre koordinering og at være bærer af information på tværs af indsatser – hvilket
3417 kan opleves som en belastning. Rehabilitering kræver ofte sammenhængende og koordinerede
3418 indsatser mellem flere enheder på tværs af forvaltningsområder. Der er således behov for fortsat
3419 fokus på at sikre sammenhængende og koordinerede indsatser.

3420 Koordinering og samarbejde mellem forskellige fagprofessionelle på tværs af forvaltnings- og
3421 fagområder er udfordret på flere niveauer, både fagligt, ledelsesmæssigt og hvad angår andre
3422 rammebetingelser. Fagsprog, problemforståelser, traditioner og kulturer kan variere på tværs af
3423 fagområder. Der er behov for at styrke kompetencer, der sikrer, at der kommunikeres stringent og
3424 tydeligt internt og eksternt, således af forløbet for personen i rehabilitering bliver optimalt.

3425 Det kan konstateres, at ledelse i dag foregår under konstante krav til målopfyldelse i driften, stadig
3426 pres mellem på den ene side standardisering, på den anden side større krav om individuel
3427 differentiering og højere grad af helhedsorientering af indsatsen. Der er derfor behov for at skærpe
3428 fokus på ledelse i rehabilitering. Herunder styrke ledernes kompetencer i forhold til at udøve
3429 fleksibel ledelse i komplekse organisatoriske rammer og med afsæt i de værdier, den tænkning og
3430 de strukturerende principper, der tilsammen konstituerer rehabilitering, som det er beskrevet i
3431 denne hvidbog.

3432 Der er også behov for at se på lovgivning for de forskellige forvaltningsområder, som varetager
3433 rehabilitering, for at sikre mulighed for sammenhæng på tværs af lovgivning og for at arbejde mod

3434 fælles mål. Her er det vigtigt med en tydelig fælles reference og præcisering af lovområdernes
3435 rehabiliteringsopgave og forpligtelse til samarbejde og koordinering med de andre områder.

3436 **Anbefaling 5. Hvidbogens indhold og anbefalinger operationaliseres og**
3437 **monitoreres**

3438 I denne hvidbog er der redegjort for centrale temaer og anbefalinger, som tilsammen spiller en
3439 væsentlig rolle for det nuværende og fremtidens arbejde med rehabilitering. Anbefalingerne er
3440 beskrevet som åbne og overordnede hensigtserklæringer. Det anbefales at igangsætte et arbejde
3441 vedrørende operationalisering af hvidbogens indhold og anbefalinger 1-4. Det skal beskrives,
3442 hvordan hvidbogens indhold og anbefalinger omsættes til praksis, og hvordan udrulning af
3443 anbefalingerne kan monitoreres.

3444 Det anbefales derfor, at den rådgivende styregruppe for hvidbog om rehabilitering fortsætter og
3445 igangsætter et arbejde vedrørende operationalisering af hvidbogens indhold og anbefalingerne 1-4.
3446 Det anbefales, at der etableres en tænketank med alle centrale aktører på rehabiliteringsområdet,
3447 herunder brugerrepræsentanter og repræsentanter fra beskæftigelses-, sundheds-, social- og
3448 undervisningsområdet.

3449 **Bilag**

3450 Bilagene er under udarbejdelse, og er derfor **ikke** en del af høringen.

3451 Vil du vide mere om processen, og hvem der har været med i arbejdet, kan du finde det på

3452 Rehabiliteringsforum Danmarks hjemmeside <https://www.rehabiliteringsforum.dk/>