

UDEN FOR NUMMER



26

**PÅ VEJ MOD EN REHABILITERENDE
BESKÆFTIGELSESSINDSATS?
OM REHABILITERING OG TVÆRPROFESSIONELT
ARBEJDE I DE NYE REFORMER PÅ
BESKÆFTIGELSESMOMRÅDET.**

**BRUGERINDDRAGELSE I REHABILITERING
- I KRYDSFELTET MELLEM IDEAL
OG VIRKELIGHED**

**REHABILITERING
- FLERTYDIGHED OG GRÆNSEFLADER**

**FRA KLINIK TIL BORGERENS LIVSVERDEN
- PARADIGMESKIFTE, RECOVERY OG
REHABILITERING**

indhold

PÅ VEJ MOD EN REHABILITERENDE
BESKÆFTIGELSESINDSATS?
OM REHABILITERING OG TVÆRPROFESSIONELT
ARBEJDE I DE NYE REFORMER PÅ
BESKÆFTIGELSESOMRÅDET.
AF TANJA DALL, ADJUNKT

4

BRUGERINDDRAGELSE
I REHABILITERING
- I KRYDSFELTET MELLEM
IDEAL OG VIRKELIGHED
AF KIRSTEN PETERSEN, FORSKER

14

REHABILITERING
- FLERTYDIGHED OG GRÆNSEFLADER
AF INGE STORGAARD BONFILS, UDVIKLINGSKONSULENT
OG INGER SCHRØDER, INSTITUTCHEF

20

FRA KLINIK TIL BØRGERENS
LIVSVERDEN
- PARADIGMESKIFTE, RECOVERY OG
REHABILITERING
AF FINN BLICKFELDT JULIUSSEN, KONSULENT

30

UDEN FOR NUMMER

nr. 26, 14. årgang, 2013

Løssalg: 60 kr.

Dansk Socialrådgiverforening

Toldbodgade 19B

1253 København K

Tel: 70 10 10 99

Mail: ds@socialrdg.dk

Redaktion:

Frank Cloyd Ebsen, freb@phmetropol.dk

Anette Nicolaisen, anic@ucsyd.dk

Mariane Johansen, majoh@aarhus.dk

Lars Uggerhøj, lug@socsci.aau.dk

Redaktionssekretær:

Mette Mørk, mm@mettemork.dk

Produktionsstyring:

Kommunikationsafdelingen, Dansk Socialrådgiverforening

Copyright:

Forfatterne

ISSN nr.:

1600-888X

Design og produktion:

Salomet grafik & Pernille Kleinert

Tryk: Stibo

Oplag: 15.600



R

EHABILITERING er et af de helt aktuelle begreber i socialt arbejde og har gennem de seneste år været i fokus forskningsmæssigt og uddannelsesmæssigt. Der er blandt andet udgivet en hvidbog, ligesom det har udgjort et højt prioriteret tema i Dansk Socialrådgiverforening, for eksempel gennem nogle meget velbesøgte temadage rundt om i landet.

Derfor har det været oplagt for redaktionen at vælge rehabilitering som tema for dette nummer.

Rehabilitering har bevæget sig fra primært at være en sundhedsfaglig tilgang og disciplin, til nu - blandt andet via lovgivning - at vinde udbredelse på det sociale område og herunder beskæftigelsesområdet. Dermed udvikles rehabilitering ikke blot indenfor det sociale felt, men kommer også til at udgøre en fælles tværfaglig tilgang for det sociale og det sundhedsmæssige område.

I redaktionen har vi derfor fundet det interessant og relevant at se nærmere på rehabiliteringsbegrebet, men også se på det i relation til tilgrænsende begreber som revalidering og recovery. Som artiklerne viser, er rehabilitering ikke et enkelt og afgrænset begreb. For at forstå indholdet er det nødvendigt at se på begrebets udvikling og udbredelse i en historisk sammenhæng og ikke mindst på, hvad det kan betyde for borgerinddragelse og især for socialrådgiveres indsats på beskæftigelsesområdet.

God læselyst!

Redaktionen

"For at forstå indholdet er det nødvendigt at se på begrebets udvikling og udbredelse i en historisk sammenhæng og ikke mindst på, hvad det konkret kan betyde i forhold til borgerinddragelse og helt konkret for socialrådgiveres indsats på beskæftigelsesområdet."

PÅ VEJ

MOD EN

REHABILITERENDE

BESKÆFTIGELSESSINDSATS?

Om rehabilitering og
tværprofessionelt arbejde
i de nye reformer på
beskæftigelsesområdet.

AF TANJA DALL, ADJUNKT



Med førtidspensionsreformen introduceres rehabilitering i beskæftigelsesindsatsen omkring borgere på kanten af arbejdsmarkedet. Rehabilitering er dog et begreb og et perspektiv, der indebærer en række centrale elementer – elementer, der kun i begrænset grad inddrages i udmøntningen af både førtidspensionsreformen og de kommende reformer af kontanthjælp og sygedagpenge. Artiklen undersøger, hvad rehabilitering betyder i et beskæftigelsesperspektiv, og diskuterer, hvilke konsekvenser introduktionen af rehabilitering kan få for jobcentrets praktikere.

R

ehabilitering har gennem de seneste 10-15 år været genstand for stadig større interesse og har særligt haft afsæt i et sundhedsregi. Med reformen af førtidspension og fleksjob trækkes rehabiliteringsperspektivet ind i beskæftigelsesindsatsen, og tendensen ser ud til at fortsætte med de kommende reformer af kontanthjælp og sygedagpenge. Det bliver derfor interessant at kigge nærmere på, hvad rehabilitering egentlig vil sige, og hvordan perspektivet inddrages i beskæftigelsesindsatsen.

Forskningsprojektet "Veje til førtidspension" (Caswell, Kleif, Thuesen & Dall, 2012), der har undersøgt sagsbehandlingen for borgere på vej mod førtidspension, danner gennem artiklen referenceramme for de udfordringer, der gør sig gældende, når man i jobcenterregi søger at fastholde eller udvikle en beskæftigelsestilknytning hos de borgere, der er længst herfra.

REHABILITERING I BESKÆFTIGELSESIKTSATSSEN

Reformen af førtidspension og fleksjob (herefter 'førtidspensionsreformen') trådte i kraft i januar 2013 og medførte, at alle kommuner skal indføre et rehabiliteringsteam, der skal "sikre en tværfaglig koordinering og en helhedsorienteret indsats" (Folketinget, 2012). Rehabiliteringsteamet skal bestå af repræsentanter fra de sektorer, den offentlige indsats er struktureret omkring; beskæftigelse, social, sundhed, uddannelse (for borgere under 30 år), samt regionerne. Tanken er, at man ved at inddrage disse sektorer kan sikre et helhedssyn på borgerens situation. En sag skal behandles i rehabiliteringsteamet, inden der træffes afgørelse om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension, og retter sig således mod de borgere, der er i risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet. Inden behandling i teamet udarbejder borgerens sagsbehandler - i jobcenter eller socialforvaltning - første del af en re-

habiliteringsplan, der beskriver borgerens beskæftigelsesperspektiv og ønsker, og som blandt andet skal indeholde en udtalelse fra borgerens praktiserende læge. Rehabiliteringsteamet indstiller til den efterfølgende indsats på tværs af de sektorer og forvaltninger, der er repræsenteret i teamet. På baggrund af denne indstilling udarbejdes rehabiliteringsplanens del 2, der er en koordineret plan over de konkrete indsatser, borgeren deltager i på tværs af sektorer.

Det helhedsorienterede og tværfaglige perspektiv fremhæves flere steder i forbindelse med både førtidspensionsreformen og udspillene til de kommende reformer af kontanthjælp og sygedagpenge, og det understreges, at indsatsen skal have fokus på udvikling af arbejdsevnen, frem for på afklaring eller afprøvning.

Samme elementer gør sig gældende i den ny foranstaltningsmodel - ressourceforløbet - der også indføres som led i reformen. Ressourceforløbet kan bestå af indsatser forankret i både beskæftigelses-, social- og sundhedslovgivning og skal "sikre, at personer, som er i risiko for at komme på førtidspension, får udviklet arbejdsevnen" (bm.dk) - altså en rehabilitering til arbejdsmarkedet i en eller anden form.

Med reformen skrives 'rehabilitering' for første gang eksplicit ind i lovgivningen (Bonfils, 2013; Indenrigsministeriet & Sundhedsministeriet, 2011), og regeringens foreløbige udmeldinger og udkast til kommende reformer af hhv. kontanthjælp og sygedagpenge tyder på, at dette fokus er kommet for at blive.

REHABILITERING INDEBÆRER BORGERSTYRING OG HELHEDSORIENTERING

Der findes ikke én officiel definition af rehabilitering i en dansk kontekst, men to af de mest udbredte definitioner stammer fra henholdsvis Rehabiliteringsforum Danmark og WHO. Definitionerne er ikke ens, men fælles for dem er et fokus på personer med nedsat funktionsevne og deres muligheder for et selvstændigt og uafhængigt liv på trods af sociale, fysiske og/eller psykiske begrænsninger i deres funktionsevne. Jeg tager her afsæt i definitionen fra den hvidbog, Rehabiliteringsforum Danmark har udarbejdet i samarbejde med MarselisborgCentret (2004). Hvidbogen

er valgt som afsæt, da der er tale om en bredt anvendt definition i en dansk kontekst, og da definitionen desuden i vid udstrækning indeholder temaer, der går igen i forskellige nationale og internationale definitioner. Hvidbogen definerer rehabilitering således:

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats. (MarselisborgCentret & Rehabiliteringsforum Danmark, 2004, p. 16)

Det er centralt for rehabiliteringsdefinitionen, at der tages afsæt i borgerens eget perspektiv med henblik på at opnå 'et meningsfuldt liv'. I den praktiske udmøntning af rehabilitering er det et centralt element, at borgeren i videst mulig udstrækning har indflydelse på hvilke mål, der sættes for indsatsen, og hvordan de opnås. Endvidere arbejdes der med fokus på tværfaglige og koordinerede indsatser. Koordinering hænger i denne sammenhæng sammen med tids-elementet i definitionen; koordinering omhandler "rette indsat på rette tidspunkt" på tværs af afdelinger og sektorer (MarselisborgCentret & Rehabiliteringsforum Danmark, 2004, p. 15). Tværfagligt arbejde er desuden en følge af definitionens fokus på samarbejdsprocesser og borgerens 'hele livssituation', og i praksis foregår rehabilitering ofte i tværprofessionelle og -sektorielle teams, hvor fagfolk sætter sig sammen og arbejder med afsæt i borgerens ønsker og oplysninger (MarselisborgCentret & Rehabiliteringsforum Danmark, 2004, p. 15).

For de borgere, der er længst fra arbejdsmarkedet, kan det være ganske relevant at arbejde med afsæt i borgerens hele livssituation. Der er ofte tale om komplekse problemstillinger, der rækker ud over ledighed, og desuden angår problematikker, der i mange tilfælde berører og omfatter både det enkelte individ, og dets nærmeste familie og omgangskreds. Disse borgere har ofte - eller har behov for - indsats omkring både beskæftigelse, sociale forhold og helbred, og netop koordineringen og det professionelle samarbejde på tværs



TANJA DALL

er socialrådgiver, cand.soc., og arbejder som adjunkt i socialt arbejde på Socialrådgiveruddannelsen på Professionshøjskolen Metropol. Hun beskæftiger sig med det sociale arbejde på beskæftigelsesområdet, og hun har blandt andet analyseret det tværprofessionelle samarbejde mellem praktiserende læger og sagsbehandlere i jobcentre.
tada@phmetropol.dk

”Når rehabilitering nu nævnes i beskæftigelseslovgivningen, sker det med afsæt i en særlig form for rehabilitering”

af forvaltninger og sektorer kan være afgørende, når disse borgere i et beskæftigelsesregi søges integreret på arbejdsmarkedet i større eller mindre udstrækning. Forskningsprojektet ”Veje til førtidspension” (Caswell et al., 2012) har illustreret netop de komplekse problemstillinger, der gør sig gældende for de borgere, der er længst fra arbejdsmarkedet (se også fx Coop, 2010), men også de udfordringer omkring koordinering og tværprofessionelt samarbejde, der opstår i jobcentersagsbehandlernes sagsbehandling. En række evaluerings- og forskningsarbejder har ligeledes peget på både behovet for og positive effekter af koordinerende og/eller tværfaglige indsatser overfor borgere med problemer udover ledighed (se fx Andersen, Nielsen, & Brinkmann, 2012; Borg, Nexø, Kolte, & Andersen, 2010; Hansen & Juul, 2000; Hansen & Malmgren, 2011; Høgelund, 2012).

Hvidbogens fokus på, at målsætning og indsats skal være meningsfuld for borgeren, er på baggrund af ”Veje til førtidspension” ligeledes yderst relevant over for de borgere, der er langt fra arbejdsmarkedet, idet disse ofte har gennemgået et endog meget langt sagsforløb i jobcentrene (og andre instanser), og blandt andet derfor kan været meget lidt motiverede for dels at deltage i sagsbehandlingen og dels at vende tilbage til arbejdsmarkedet overhovedet. At borgeren oplever mening i indsatsen og sagsbehandling er i flere jobcentersagsbehandlernes vurdering afgørende for, at motivation og tro på egne ressourcer fastholdes, og at borgerne kan fastholdes på arbejdsmarkedet i en eller anden form.

Umiddelbart kan det således være yderst relevant at inddrage et rehabiliteringsperspektiv i beskæftigelsesindsatsen, særligt i indsatsen overfor de borgere der er længst fra arbejdsmarkedet. Jeg vil dog i det følgende argumentere for, at når rehabilitering nu nævnes i beskæftigelseslovgivningen, sker det med afsæt i en særlig form for rehabilitering, der ikke stemmer overens med det ovenfor beskrevne, og uden for jobcenter og socialforvaltning dominerende, rehabiliteringsperspektiv. Formålet med rehabiliteringsteamet defineres i lovgivningen således:

Formålet med rehabiliteringsteamet er med udgangspunkt i den enkelte borgers samlede situation at sikre en tværfaglig koordinering og

en helhedsorienteret indsats på tværs af forvaltninger og myndigheder og med fokus på beskæftigelse og uddannelse, så den enkelte borger så vidt muligt får fodfæste på arbejdsmarkedet.

FOLKETINGET, 2012

Udgangspunktet i borgerens ’samlede situation’, et fokus på koordinering og tværprofessionelt og -sektorielt arbejde stemmer umiddelbart ganske godt overens med både et rehabiliteringsperspektiv, som det er beskrevet ovenfor, og med de behov, ”Veje til førtidspension” sammen med anden forskning, har illustreret. Ressourceforløbene, der med førtidspensionsreformen indføres som ny foranstaltningstype, har ligeledes til formål at etablere koordinerede og tværfaglige forløb på tværs af sektorer og forvaltninger, og der lægges stor vægt på, at borgeren skal inddrages i både tilrettelæggelse af ressourceforløbet, men også i udarbejdelsen af det materiale (rehabiliteringsplanens del I), der danner afsæt for rehabiliteringsteamets vurdering af den enkelte sag.

Der sker dog et afgørende brud med rehabiliteringsperspektivet, når sidste del af den citerede formålsbeskrivelse bekendtgør, at rehabiliteringsteamet skal have fokus på uddannelse og beskæftigelse med henblik på integration på arbejdsmarkedet, ligesom også formålet med ressourceforløbene er at udvikle arbejdsevnen. Det betyder, at den borgercenterede og -styrede proces som et rehabiliteringsperspektiv – jævnfør hvidbogen - bygger på, i høj grad tilsidesættes

i beskæftigelseslovgivningen. Det er som sådan naturligt nok, idet beskæftigelsesindsatsen jo netop har til opgave at øge tilknytningen til arbejdsmarkedet, og ikke evnen til at leve et 'meningsfuldt liv' mere generelt. Der er altså nok tale om et helhedsorienteret fokus i den forstand, at borgernes samlede situation skal inddrages, men det er afgørende, at den samlede situation skal inddrages i en vurdering af arbejdsevnen, samt af, hvordan vedkommende kan bringes (tilbage) i beskæftigelse. Derudover er det væsentligt, at rehabiliteringsteamene først indføres, når der skal træffes beslutning om fleksjob, ressourceforløb eller førtidspension, altså efter et ofte længerevarende udrednings- og afprøvningsforløb i jobcentrene, hvor det rehabiliterende islet - ifølge udspil til reformer af kontanthjælp og sygedagpenge - hovedsageligt omhandler fokus på tværprofessionel indsats og udvikling af arbejdsevne.

Det rehabiliterende fokus bliver således noget indsnævret, og selv om førtidspensionsreformen og reformudspillene trækker på elementer fra rehabiliteringsperspektivet, er der måske snarere tale om en særlig beskæftigelsesrettet rehabilitering, baseret på et udviklingsorienteret og tværprofessionelt syn på udredning af og indsats for borgere på kanten af arbejdsmarkedet. Alt efter graden af borgerinddragelse kan rehabiliteringsteam og politiske udmeldinger således reduceres til et ønske om en øget tværprofessionel orientering, frem for egentlig rehabilitering - når både helhedsorientering og borgerstyring fjernes, bliver det svært at se beskæftigelsesindsatsen som udtryk for rehabilitering, en situation Andersson (2013) har argumenteret for ud fra et hverdagsrehabiliterende perspektiv. Det bliver derfor interessant at kigge nærmere på det tværprofessionelle arbejde, som det faciliteres af rehabiliteringsteamene. Artiklen vil i det følgende diskutere netop det tværprofessionelle arbejde og vil af pladmæssige hensyn ikke videre behandle borgerinddragelsen og de dilemmaer, udfordringer og muligheder, der er herfor.

TVÆRPROFESSIONELT ARBEJDE FOREGÅR PÅ PRAKSISNIVEAU

Det koordinerede og helhedsorienterede tværprofessionelle arbejde omkring udsatte borgere er centralt i både indførelsen af rehabiliteringsteam og ressourceforløb, men også i de forhandlingsoplæg, der i skrivende stund danner afsæt for de kommende reformer af kontanthjælp og sygedagpenge (Regeringen, 2013; Det Tværministerielle Sygedagpengeudvalg, 2013).

Hvad enten der er tale om rehabilitering eller ej, handler både koordinering og samarbejde grundlæggende om, at der arbejdes målrettet henimod et fælles mål for borgeren. Det er dog en væsentlig udfordring i praksis, hvilket følgende citat fra en kontanthjælpssagsbehandler interviewet i forbindelse med "Veje til førtidspension" illustrerer:

"Jeg synes også, at der er andre parallelindsatser, hvor man ser, at de har et snit af en borger. Det her er mit fokusområde, det er misbrug, det er det jeg skal koncentrere mig om og ikke så meget andet. I forhold til mit sigte vil pension være rigtig godt, for det tror jeg kan gøre vedkommende stoffri. Fordi det er mit mål'. Sådan tror jeg, at der er flere, jo

mere specialiseret det bliver, og jo mindre et stykke af kagen man har, så har de hver deres mål for, hvad som skal lykkes"

(Caswell et al., 2012, p. 105)

Rehabiliteringsteamene etablerer beskæftigelse som mål for det arbejde, der skal foregå på tværs af forvaltninger og sektorer. Teamene kan gennem denne målfastsættelse være med til at fremme det tværprofessionelle arbejde, særligt når det kommer til koordinering og prioritering af de mange og til tider modsatrettede indsatser, der kan være i gang omkring borgere med komplekse problemstillinger. Rehabiliteringsteamene består dog af repræsentanter fra de forskellige forvaltninger og sektorer, det offentlige system er indrettet i, og ikke af de konkrete praktikere, der kender borgeren og skal udføre de forskellige indsatser. Rehabiliteringsteamenes diktering af målsætning, koordinering og prioritering af indsatser rammer således ikke det, der ifølge "Veje til førtidspension" er en del af problemets kerne. At forskellige professionelle perspektiver ofte medfører forskellige problemforståelser og dermed også forskellige opfattelser af, hvad der er en relevant og presserende indsats. I forlængelse heraf kan det forekomme paradoksalt, at man forsøger at øge koordinering og samarbejde mellem professionelle praktikere ved at definere problem, mål og indsats i et centraliseret team, uden at inddrage de praktikere, der skal føre rehabiliteringsplanens indsatsdel ud i livet.

Rehabiliteringsteamenes potentiale afgøres af den praktiske implementering af teamene i kommunerne. Hvis teamene tager afsæt i borgerens 'hele situation' er der grundlag for, at man herigennem kan argumentere for en indsats, der giver mening på tværs af professionelle og organisatoriske grænser, og som dermed kan danne grundlag for en koordineret indsats og måske endda et egentlig samarbejde. Hvis der derimod fokuseres mere snævert på beskæftigelse, er der risiko for, at man ikke når videre end en tidsmæssig koordinering af indsatser, så indsatser i forskellige systemer ikke foregår på samme tid, men heller ikke arbejder mod samme mål. I værste fald kan dikteringen af målsætning udgøre en belastning for det tværprofessionelle arbejde. Det er eksempelvis svært at forestille sig, at misbrugsbehandleren

nævnt i ovennævnte citat overbevises om, at der skal arbejdes hen imod beskæftigelse, alene fordi et team forankret i beskæftigelseslovgivningen siger det. Med Henneman et al. bliver praktikerne afgørende for, hvorvidt der rent faktisk bliver tale om koordinering og samarbejde: *Selvom organisationer kan være afgørende i understøttelse af samarbejde, kan de ikke garantere dets succes. Samarbejde er en proces der finder sted mellem individer, ikke institutioner, og kun de involverede personer bestemmer i sidste ende, om samarbejde finder sted eller ej.* Henneman, Lee, & Cohen, 1995, p. 108 (min oversættelse)

Samarbejde fordrer fælles kommunikation og drøftelse af problemforståelse og indsats, og går således udover en ren koordinering af de indsatser, de forskellige professionelle hver især har vurderet og besluttet skal finde sted (Reeves, Lewin, & Espin, 2010). Samarbejde betegner kort fortalt en situation, hvor forskellige professionelle arbejder sammen, mens koordinering betegner situationer, hvor de professionelle er bevidste om hinandens eksistens og opgaver, men arbejder parallelt. Rehabiliteringsteamenes potentiale ligger således særligt på et koordinerende plan, og koordineringen kan muligvis danne afsæt for et samarbejde mellem de enkelte professionelle, men kan også komme til at have den modsatte effekt. Under alle omstændigheder må det egentlige tværprofessionelle arbejde foregå på praktiker-niveau, og selvom rehabiliteringsteamene kan facilitere dette arbejde i større eller mindre grad, er de ikke i sig selv udtryk for hverken samarbejde eller koordinering.

IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS OG PRAKTIKERE

Udmøntningen af det tværfaglige fokus, som de nye/kommende reformer understreger, kommer således i praksis til at foregå på praktiker-niveau. Det vil sige faciliteret af jobcentersagsbehandlerne, der netop har til opgave at inddrage et helhedssyn på borgeren og dennes situation - i modsætning til mange af de øvrige professionelle, der kan have et mere snævert fagligt fokusområde. Understregningen af helhedssynet på og -vurderingen af borgerens situation kan betyde, at sagsbehandlerne i jobcentrene får mulighed for at arbejde med et lidt bredere socialfagligt udgangspunkt end før reformerne, hvor jobcentrenes arbejde i stadig stigende grad er blevet politisk målrettet beskæftigelse på bekostning af netop helhedssynet (se fx Baadsgaard, Jørgensen, Nørup, & Olesen, 2012a).

På den anden side fratages sagsbehandlerne med rehabiliteringsplanernes udformning kompetencen til at foretage vurderinger om berettigelse til og behovet for ressourceforløb, fleksjob og førtidspension. Sagsbehandlerne får i udarbejdelsen af rehabiliteringsplanernes del I, en beskrivende rolle, mens vurderingerne placeres hos henholdsvist borgeren og dennes praktiserende læge. Det er bemærkelsesværdigt, at et tværprofessionelt og helhedsorienteret perspektiv med rehabiliteringsteamene søges fremmet ved at undertrykke sagsbehandlernes mulighed for at foretage og udtrykke deres socialfaglige vurderinger, og i stedet lægge vægt på lægefaglig dokumentation.

Den beskrivende rolle skal ikke negligeres. Det kræver betydelige kommunikative og faglige kompetencer at kunne afdække og beskrive en borgers samlede situation. Kompetencer, der kræver både helhedssyn og systematisk sagsarbejde, der som bekendt er kerneelementer i en socialfaglighed på både beskæftigelses- og det sociale område. Evnen til på baggrund af en sådan afdækning og beskrivelse at foretage vurdering af den samlede situation, og på denne baggrund iværksætte en meningsfuld indsats, der adresserer de problematikker, der er beskrevet, er dog en mindst lige så vigtig del af sagsbehandlernes faglighed. Men det er netop denne del, der med organiseringen af rehabiliteringsplaner og -team ser ud til at blive begrænset.

Etableringen af rehabiliteringsteam og ressourceforløb foregår overordnet på organisatorisk niveau, men får betydning for den måde jobcentersagsbehandlerne arbejder, også i den sagsbehandling der leder frem til, at en sag skal behandles i rehabiliteringsteamet. Udspillene til kontant-hjælps- og sygedagpengereformerne understreger det tværprofessionelle fokus i beskæftigelsesindsatsen, og selvom der også før reformerne har været kommunikation, koordinering og samarbejde med de forskellige professionelle, der kan være tilknyttet en borger, skærpes kravene til den helhedsorienterede indsats nu på et politisk plan. Dermed bliver det tværprofessionelle arbejde i endnu højere grad en central del af beskæftigelsesarbejdet, og jeg vil i sidste del af artiklen kigge nærmere på, hvilke kompetencer og færdigheder et sådant øget tværprofessionelt arbejde kræver af praktikerne - med særligt fokus på jobcentersagsbehandlerne, da det i praksis ofte vil være dem, der vil skulle etablere og facilitere det tværprofessionelle arbejde.

TVÆRPROFESSIONEL KOMPETENCE SOM DEL AF BESKÆFTIGELSESRÅDGIVERNES FAGLIGHED

Et helt afgørende element i en tværprofessionel kompetence handler om villighed og interesse i at indgå i en tværprofessionel kontekst. Denne interesse relaterer sig til en forståelse af, hvorfor det tværprofessionelle arbejde er vigtigt. Evaluering

”Det bliver derfor interessant at kigge nærmere på det tværprofessionelle arbejde, som det faciliteres af rehabiliteringsteamene”

af implementeringen af en metode til netop øget tværprofessionelt samarbejde på tværs af sektorer og forvaltninger har dog måtte konkludere, at netop jobcentersagsbehandlerne var en af de professionelle grupper, der var sværest at motivere til at deltage i arbejdet (Olsen & Kold, 2013). Måske kan reformernes fokus på helhedsorientering og tværprofessionelle indsatser være med til at tydeliggøre, hvordan tværprofessionelt arbejde er en del af jobcentrenes opgave, som der skal prioriteres tid og ressourcer til på både ledelses- og praktikerniveau. Som tidligere refereret i denne artikel, er der efterhånden en del forskning, der har peget på behovet for og de gode effekter af tværprofessionelt arbejde.

Når først interessen er på plads, er det vigtigt, at den tværprofessionelle praktiker er sikker på sit eget faglige område og har tillid til egne evner her indenfor (fx Henneman et al., 1995; Petrie, 1976). I jobcenterregi kan dette være en udfordring, når sagsbehandlerne har meget forskellige faglige baggrunde for at varetage beskæftigelsesarbejdet (Baadsgaard, Jørgensen, Nørup, & Olesen, 2012b). For den enkelte sagsbehandler vil sikkerhed i egen faglighed kunne handle om en følelse af at have indgående kendskab til lovgivning og tilbudsmuligheder på området, kendskab til den enkelte borger samt evnen til at foretage relevante vurderinger, baseret på en eller anden form for fagligt grundlag. Sikkerhed i egen faglighed handler også om forståelse og accept af egen rolle og ekspertise – det vil sige både en tro på, hvad man selv kan bidrage med samt en bevidsthed om, hvor grænserne for ens egen faglighed går.

Sikkerheden må altså ikke blive til selvtilstrækkelighed, og heri ligger også, at den enkelte praktiker må have en grundlæggende indsigt i og forståelse af de andre professioner/fagligheder (Henneman et al., 1995; Petrie, 1976). I ”Veje til førtidspension” nævnes det eksempelvis fra flere sagsbehandlere som udfordrende for samarbejdet, at de prak-

tiserende læger ikke har et grundlæggende kendskab til beskæftigelsessystemets ’spilleregler’, og omvendt beskriver lægerne frustration over, at der fra deres synspunkt ’rodes rundt’ i de samme ting gennem meget lang tid (Caswell et al., 2012). Denne viden og anerkendelse opnås nemmere gennem et egentligt samarbejde, hvor de professionelle netop kan tale sig frem til hvor de forskellige grænser går, men er også nødvendig for det koordinerende arbejde, hvor det er nødvendigt at vide, hvem der gør hvad, hvorfor og hvordan. At opnå kendskab til de forskellige samarbejdspartnere og deres organisationer kræver dog tid, noget der ikke altid er plads til i en jobcenterhverdag præget af rettidigheds- og dokumentationskrav.

På tværs af disse elementer indebærer en tværprofessionel kompetence, at sagsbehandlerne har gode kommunikationsevner. Kommunikationsevner – som et kerneelement i en socialfaglighed – relateres ofte til kommunikationen med borgerne, men handler i denne sammenhæng om at kunne lytte til forskellige professionelle perspektiver og tydeligt udtrykke egne vurderinger på en respektfuld og anerkendende måde. Kommunikationsevner handler også om skriftlige kompetencer og evnen til dækkende og præcist at kunne beskrive en borgers situation og progression, da megen koordinering og opfølgning på samarbejder foregår skriftligt. Weibel og Madsen har i et forsknings-

projekt illustreret, hvordan mangelfuld kommunikation mellem jobcenterssagsbehandlere og afklarende aktører er med til at mindske udbyttet af de indsatser, borgeren deltager i som led i afklaring og udvikling af arbejdsevnen (2012). Et forhold, der øger risikoen for indsatser, der hverken er koordinerede, meningsfulde eller tilpassede borgeren – elementer, der alle har betydning, når arbejdsmarkedstilknytning skal sikres (Caswell et al., 2012).

Disse elementer udgør tilsammen nogle af de grundlæggende tværprofessionelle kompetencer rettet mod arbejdet de professionelle imellem. Afgørende er det dog desuden, at det tværprofessionelle arbejde ikke kommer til at fungere uafhængigt af borgeren. Skal tværfagligheden styrkes som led i en beskæftigelsesrettet rehabilitering, er det afgørende, at borgeren under hele forløbet dels er i centrum for indsatsen, dels har en central rolle i tilrettelæggelsen og udførelsen af denne indsats. Det kræver betydelige kommunikative kompetencer at facilitere en tværprofessionel diskussion af for eksempel en borgers komplekse problemstillinger, og sikre borgeren deltagelse og ejerskab af problemdefinition og indsats – særligt når de professionelle er uenige herom. Denne udfordring er illustreret i Eskelinen et al.'s analyse af en rundbordssamtale i netop jobcenterregi (2008).

Tværprofessionelt arbejde er således ikke bare noget, man 'gør', fordi det ekspliciteres på politisk niveau, eller fordi der etableres et tværfagligt team på centralt niveau. Det tværprofessionelle arbejde skal omsættes og udformes af de praktikere, der sidder overfor den enkelte borger, og sammen med de andre professionelle i borgerens sag. Det stiller store krav til de faglige kompetencer hos de sagsbehandlere, der

skal udmønte rehabiliteringsperspektivet i praksis – kompetencer der kræver tid og rum i det daglige sagsarbejde og må udvikles hos praktikerne, men prioriteres og faciliteres på organisatorisk og ledelsesmæssigt niveau.

REHABILITERINGSTEAM SIKRER HVERKEN REHABILITERING ELLER TVÆRPROFESSIONELT ARBEJDE

Med afsæt i "Veje til førtidspension" og anden forskning på området, er de tanker og intentioner, der indgår i både førtidspensionsreformen og de kommende kontanthjælps- og sygedagpenge-reformer, yderst relevante. Helhedsorientering, borgerinddragelse og tværprofessionel koordinering og samarbejde er centrale i både et rehabiliteringsperspektiv, og i den viden vi har om de behov, der gør sig gældende hos borgergruppen på kanten af arbejdsmarkedet, og de indsatser, der ser ud til at have effekt i adresseringen af disse behov.

Den mere praktiske udmøntning heraf i rehabiliteringsteam, -planer og ressourceforløb betyder dog, at der kun i begrænset omfang kan siges at være tale om egentlig rehabilitering, men måske snarere en beskæftigelsesrettet indsats,

”Rehabiliteringsteamenes
potentiale afgøres af den
praktiske implementering af
teamene i kommunerne”

der trækker på visse elementer heraf. Spørgsmålet bliver derfor, hvilken betydning disse rehabiliteringselementer får for det sociale arbejde i beskæftigelsesindsatsen, som den udføres i praksis. Et element er det tværprofessionelle arbejde, men rehabiliteringsteamene har i sig selv ikke meget med tværprofessionelt samarbejde at gøre, omend de kan have et potentiale i forhold til koordinering af de forskellige indsats, der kan være i gang omkring borgere på kanten af arbejdsmarkedet. Der er dog væsentlige udfordringer forbundet med både koordinering og samarbejde – udfordringer, der ikke umiddelbart ser ud til at kunne løses i centraliserede team, der ikke har andel i den konkrete indsats omkring borgeren.

Tværprofessionelt arbejde foregår mellem professionelle, der har direkte kontakt til borgeren, og kræver faglighed og specifikke tværprofessionelle kompetencer hos de praktikere, der indgår i arbejdet. Det gælder ikke mindst hos de beskæftigelsesrådgivere, der i en rehabiliteringsinspireret beskæftigelsesindsats forekommer oplagte til at indtage en koordinerende og faciliterende position i samarbejdet. ●

KILDER

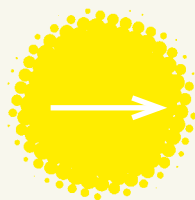
- Andersen, M.F.; K.M. Nielsen & S. Brinkmann:** Meta-synthesis of qualitative research in return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian journal of work environment health*, 38(2), 93-101, 2012
- Andersson, M.R.:** Ingen rehabilitering uden borgerinddragelse. *Social Politik*, 1, 22-26, 2013
- Bonfils, I.S.:** Rehabilitering – Ét begreb, mange meninger. *Social Politik*, 1, 6-11, 2013
- Borg, V.; M.A. Nexø, I.V. Kolte & S.P. Olesen:** Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. København, NFA, 2010
- Baadsgaard, K.; H. Jørgensen, I. Nørup & S.P. Olesen:** Fra klientorienteret arbejde til administrativt arbejde – ændringer i den faglige praksis og kvalificering på det beskæftigelsespolitiske område. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 14(4), 30-46, 2012a
- Baadsgaard, K.; H. Jørgensen, I. Nørup & S.P. Olesen:** Praksis og kvalifikationer set fra fronten i jobcentrene. Rapport 3. Aalborg, CARMA, 2012b
- Caswell, D.; H.B. Kleif, S.L. Thuesen & T. Dall:** Veje til førtidspension. En undersøgelse af fire kommuner i Region Midt. København, AKF, 2012
- Coop, A.:** Veje til beskæftigelse – En kvalitativ undersøgelse af indsatser over for ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere. København, SFI, 2010
- Det Tværministerielle Sygedagpengeudvalg: *Afrapportering fra det tværministerielle sygedagpengeudvalg*. København, 2013
- Eskelinen, L.; S.P. Olesen & D. Caswell:** Potentialer i socialt arbejde. Et konstruktivt blik på faglig praksis. København, Hans Reitzels Forlag, 2008
- Folketinget:** Forslag til Lov om ændring af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lov om ansvaret for og styringen af den aktive beskæftigelsesindsats, lov om aktiv socialpolitik, lov om social pension og flere andre love. L53, 2012
- Hansen, F.K. & M.M. Juul:** Arbejdsfasholdelse – erfaringer og perspektiver. Med udgangspunkt i Projekt Arbejdsfasholdelse i Vejen, Brørup og Holsted Kommuner. København, CASA, 2000
- Hansen, F. K. & M. Malmgren:** Metoder i aktivering af socialt udsatte borgere – erfaringer fra metodeudviklingsprojekter i Beskæftigelseskonsortiet Settlementerne. København, CASA, 2011
- Henneman, E. A; J.L. Lee & J.I. Cohen:** Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 103-109, 1995
- Høgelund, J.:** Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte – En litteraturoversigt. SFI, København, 2010
- Indenrigsministeriet & Sundhedsministeriet:** Vejledning om kommunal rehabilitering. København, 2011
- MarselisborgCentret & Rehabiliteringsforum Danmark:** Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Marselisborg Centret, 2004
- Olsen, L & N. Kold:** Implementering af processuelle netværksmøder. Erfaringer fra seks kommuners implementering af processuelle netværksmøder i perioden 2008-2012. København, AKF og DIGNITY, 2013
- Petrie, H.G.:** Do You See What I See? The Epistemology of Interdisciplinary Inquiry. *Journal of Aesthetic Education*, 10(1), 29-43, 1976
- Reeves, S.; S. Lewin & S. Espin:** Promoting Partnership for Health: Interprofessional Teamwork in Health and Social Care. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell 2010
- Regeringen:** Alle kan gøre nytte – Udspil til en kontanthjælpsreform. København, Beskæftigelsesministeriet, 2013
- Weibel, K. & M. B. Madsen:** Delt viden. Aktiveringsindsatsen for ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere. København, SFI, 2012

BRUGERINDDRAGELSE I REHABILITERING

- I KRYDSFELTET MELLEM

IDEAL OG VIRKELIGHED

AF KIRSTEN PETERSEN, FORSKER



Denne artikel handler om inddragelse af borgeren i rehabilitering. Artiklen tager afsæt i resultaterne af en kvalitativ undersøgelse af borgerens perspektiv på brugerinddragelse i socialpsykiatrien, hvor der på baggrund af et 15 måneders feltstudie i to socialpsykiatriske botilbud er indsamlet viden om borgerens perspektiv på brugerinddragelse og de udfordringer, de oplever i samspillet med de professionelle. I artiklen diskuteres borgerens perspektiv på brugerinddragelse fra socialpsykiatrien op imod intentionerne om brugerinddragelse indenfor beskæftigelsesområdet og de udfordringer, det kan medføre, når rehabiliteringen er arbejdsrettet.

R

ehabilitering er for alvor sat på dagsordenen i Danmark. Professionelle inden for både social- og sundhedssektoren taler om rehabilitering af borgere med meget forskellige funktionsvnenedsættelser forårsaget af forskellige former for sygdom og skade. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet (MarselisborgCentret, 2004) har for mange professionelle dannet baggrund for definition af, hvad rehabilitering er, og hvilke centrale elementer der skal indgå i en rehabiliteringsindsats. I denne artikel vil der primært fokuseres på intentionerne om brugerinddragelse i rehabilitering. Rehabilitering skal ifølge Hvidbogen om rehabiliteringsbegrebet og WHO's definition på rehabilitering basere sig på borgerens inddragelse og selvbestemmelse.

Et af de centrale elementer i denne rehabiliteringsforståelse er et ideal om, at borgeren via inddragelse skal opnå indflydelse på eget rehabiliteringsforløb. Det er dog uklart, hvad borgeren skal inddrages i, og hvad indflydelsen skal bestå af. Der er i Hvidbogen formuleret intentioner om, at borgeren skal opnå indflydelse på såvel mål som indholdet i sit eget rehabiliteringsforløb. Det er dermed op til de professionelle i samarbejdet med borgeren at definere, hvad borgerinddragelsen konkret skal bestå af, og hvilke områder borgeren skal inddrages i og have indflydelse på.

Brugerinddragelse har været på den socialpolitiske dagsorden i adskillige år. I Serviceloven fra 1998 indgår brugerinddragelse, og det er således lovfæstet, at borgerens skal inddrages og have indflydelse på såvel det individuelle tilbud som servicetilbuddet generelt. Men spørgsmålet er, hvordan inddragelse af borgeren i det individuelle tilbud udmøntes lokalt i de konkrete rehabiliteringstilbud, og hvordan det foregår i de professionelles praksis. Flere internationale studier viser, at der kan opstå flere og måske endda modstridende opfattelser af, hvad inddragelsen betyder set fra henholdsvis borgerens og de professionelles per-

spektiv (Petersen, 2008). Brugerinddragelse i rehabilitering kan således siges at være til forhandling i mødet mellem borger og professionel i forbindelse med et rehabiliteringsforløb. Brugerinddragelse i rehabilitering befinder sig i et krydsfelt, mellem på den ene side borgerens individuelle ønsker og behov og på den anden side de professionelle fortolkning af borgerens situation. Men dette skal også ses i lyset af de aktuelle rammer og vilkår for indsatsen, hvilket ofte er bestemt fra politisk hold.

Rehabiliteringstilbuddet vil derfor også afhænge af de organisatoriske og forvaltningsmæssige rammer og vilkår for rehabiliteringsindsatsen. Der er på flere områder udarbejdet kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer for rehabilitering, for eksempel indenfor kræft- og neurorehabilitering, og flere er på vej. Disse retningslinjer skal på den ene side være med til at sikre borgerens ret til rehabilitering, men samtidig udstikker de også de overordnede rammer for, hvad rehabiliteringen kan indeholde, og dermed hvilket indhold rehabiliteringen forventes at have. Det vil dermed sige, at de er med til at definere grænserne for indflydelse på rehabiliteringens indhold.

HVEM BESTEMMER INDDRAGELSEN?

Brugerinddragelse bliver således til en stor udfordring i mødet mellem borger og professionel, for hvem kan være imod inddragelse af borgeren? Spørgsmålet er blot, hvilket handlerum der stilles til rådighed for borgeren, og hvad der reelt er tilbage at have indflydelse på. Hvad sker der, hvis borgeren ønsker en rehabiliteringsindsats, som strider mod de professionelles faglige skøn og de afsatte økonomiske rammer for indsatsen?

I undersøgelse af brugerinddragelse i forbindelse med rehabilitering i socialpsykiatrien viste det sig i sidste ende at være de ansatte, som bestemte hvilke tiltag, der var nødvendige i forbindelse med et rehabiliteringsforløb (Petersen, 2009). Der var mange intentioner om at inddrage brugerne, men i sidste ende var det de ansatte, der besluttede, for eksempel om indlæggelse var nødvendig. Det betød, at i perioder kunne brugerindflydelsen blive sat ud af spil. Det var altså de professionelle, som havde definitionsmagten i forhold til, hvad brugerne skulle inddrages i, hvornår og hvordan. Som en

borger udtrykte det: ”Personalet er de virkelige autoriteter ... der er ingen brugerinddragelse, når du er syg og skal indlægges”.

ØGET BRUGERINDDRAGELSE PÅ BESKÆFTIGELSE SOMRÅDET
Rehabilitering har også bredt sig til beskæftigelsesområdet. Med indførelse af den nye arbejdsmarkedsreform 2013 skal der oprettes rehabiliteringsteam i landets kommuner. Disse rehabiliteringsteam skal sammen med borgeren udarbejde en beskrivelse af borgerens egne mål, egen helbredsopfattelse og borgerens sociale - og beskæftigelsesmæssige historie. Borgeren skal deltage i rehabiliteringsteamets behandling af sagen, hvilket er udtryk for, at man lovgivningsmæssigt ønsker at give borgeren ejerskab til og engagement i forløbet. Det er i sig selv udtryk for et ønske om øget brugerinddragelse i forhold til beskæftigelse, men det bliver interessant at se, hvordan borgerens indflydelse kommer til udtryk i denne kontekst. Rehabiliteringsteamet sender en indstilling til forvaltningen i kommunen, hvorefter den koordinerende sagsbehandler i samarbejde med borgeren udarbejder en plan for et ressourceforløb. Planens hensigt er, at især borgere under 40 år ikke får tilkendt førtidspension, men i stedet tilbydes en længerevarende, tværfaglig indsats med henblik på at udvikle borgerens arbejdssevne, således at deltagelse på arbejdsmarkedet muliggøres (Kibsgård et al, 2013).

Hvis vi ser nærmere på borgerinddragelsen i denne arbejdsrettede rehabiliteringsindsats, så er spørgsmålet, hvordan borgeren oplever egen arbejdssevne, og hvilke mål borgeren ønsker at opnå. Vil der kunne tilgodeses de rette rammer og vilkår for borgerens deltagelse i arbejde? Hensigten med ressourceforløbene er at arbejde for at sikre tilbagevenden til arbejde på et tidspunkt, hvor der er arbejdsløshed, og heraf øgede krav til uddannelsesmæssige kompetencer.

Der eksisterer begrænset viden om borgerens perspektiv på inddragelse i rehabilitering, og der mangler viden om, hvordan borgerne oplever inddragelsen, og hvilken betydning den har (Petersen et al., 2008). Dette til trods for, at der i Danmark og internationalt er et fælles ideal om, at brugeren skal inddrages i og have indflydelse på beslutninger, der vedrører borgerens eget individuelle rehabiliteringsforløb (MarselisborgCentret, 2004). Brugerinddragelse kom første gang på den socialpolitiske dagsorden i begyndelsen af 1980'erne, i forbindelse med en tiltagende kritik af velfærdsstatens institutioner, blandt andet rettet mod et voksende offentligt forbrug og manglende indfrielse af borgernes forventninger (Clausen og Lærum, 2000). Denne kritik førte til, at man via lovgivningen ville sikre borgernes ret til indflydelse på den offentlige service samt sikre borgerens ret til at medvirke i egen sag og opnå indflydelse på den hjælp, der gives. Nu står vi i 2013 i en situation, hvor især mange unge under 30 måske aldrig opnår en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Brugerinddragelse i socialpsykiatrien er forbundet med mange udfordringer. De ansatte former primært servicetilbuddet ud fra deres faglige kundskaber og under hensyntagen til organisationen frem for at tage



KIRSTEN PETERSEN,
ergoterapeut, cand.scient.soc. og ph.d. Har været ansat som lektor ved Ergoterapeutuddannelsen og har beskæftiget sig med brugerinddragelse og rehabilitering siden 2002. BLEV i marts måned i år ansat som forsker inden for arbejdsrettet rehabilitering ved MarselisborgCentret, Region Midt.
Kirsten.Petersen@stab.rm.dk

deres primære afsæt i beboernes ønsker. De professionelles forståelse af brugerinddragelse er betinget af deres vurdering af beboernes situation og det, de mener, de er i stand til at tage ansvar for (Petersen, 2009). I socialpsykiatrien handler brugerinddragelse om, at personen tager ansvar for eget liv, hvorimod beboerne oplever, at der er vanskeligt at komme igennem med deres ønsker (Bjerge & Selmer, 2007). De gode intentioner om at sikre borgeren ret til deltagelse, og det vil sige at ”empower” borgere, ser således ud til at blive ”overruled” af ikke blot de professionelle, men også af de organisatoriske rammer og vilkår, der eksisterer for indsatsen (Townsend, 1998).

Det er således nemt at sige, at man selvfølgelig inddrager borgeren, men spørgsmålet er, hvordan denne inddragelse foregår, og hvilken indflydelse det reelt medfører. Inddragelse kan spænde i et kontinuum fra at blive hørt - være medbestemmende - og styre og bestemme selv. Alle disse former for indflydelse er i spil, når man taler om fænomenet brugerinddragelse og brugerindflydelse i den offentlige sektor. Inddragelse og indflydelse handlede ikke kun om for beboerne at blive inddraget i beslutninger i botilbuddet, men også om at deltage i sociale praksisfællesskaber udenfor botilbuddet.

”Det er således væsentligt at se brugerinddragelse som en nødvendig forudsætning for at skabe udvikling og forandring”

Undersøgelsen af borgernes perspektiv på inddragelse i rehabilitering inden for de socialpsykiatriske botilbud viste at:

- brugerinddragelse betyder at opnå selvbestemmelse, men det opleves som en kamp om selvbestemmelse og anerkendelse. Beboerne oplever det, de betegner som: ”ikke-inddragelse” og ”brugertvang”. Især når de har det dårligt og i forbindelse med psykotiske episoder, hvor indlæggelse på psykiatrisk hospital kan forekomme, oplever de, at brugerinddragelsen bliver sat ude af spil, og det er de ansatte, der bestemmer, hvad der skal ske (Petersen et al., 2011).
- brugerinddragelse opleves også som en læringsproces, hvor beboerne via deltagelse i sociale praksisfællesskaber i botilbuddet - som for eksempel møder med deres kontaktperson og beboermøder - oplever, at de opnår viden og færdigheder, der bidrager til at fremme deres selvstændighed. Men beboerne oplever også manglende inddragelse i sociale praksisfællesskaber uden for det socialpsykiatriske botilbud som manglende mulighed for at indgå på arbejdsmarkedet og tage en uddannelse, hvilket hæmmer deltagelse i samfundet generelt (Petersen et al., 2012).

Resultaterne af undersøgelsen viser, at beboerne i de socialpsykiatriske botilbud sætter pris på, at de ansatte viser dem tillid og anerkender deres ønsker og behov, men de oplevede, at deres ønsker ikke altid bliver imødekommet. Resultaterne af denne undersøgelse af borgerens perspektiv på brugerinddragelse i socialpsykiatrien er særlig overraskende, da de to socialpsykiatriske botilbud, der indgik i undersøgelsen, netop havde arbejdet med brugerinddragelse i adskillige år og havde formuleret det som en del af deres idegrundlag. Det kunne således tyde på, at der er forskellige opfattelser af brugerinddragelse i spil, alt efter hvilket perspektiv man ser det ud fra (borger eller professionel).

- på den ene side ønsker borgerne at blive inddraget og opnå selvbestemmelse
- på den anden side har de ansatte definitionsmagten og kan afgøre, hvornår der er brugerinddragelse, og hvad den skal bestå af.

Brugerinddragelse handlede i botilbuddet om, at beboernes ønsker skulle høres på de fælles beboermøder, men beboerne oplevede, at beslutningerne blev tages andetsteds, for eksempel på personalemødet uden for beboernes indflydelse. Beboerne berettede om, at de på beboermøder gav udtryk for deres ønsker om, hvor de skulle tage hen på ferie, og flere af beboeres ønsker blev fremført. Men personalet ville så på det efterfølgende personalemøde tage stilling til, hvor ferieturen i år skulle gå hen. Brugerinddragelse kunne også handle om at lade beboerne være medbestemmende, hvad angår målet med rehabiliteringen. En af beboerne ønskede at få sig en lejlighed ude i byen, og dermed flytte væk ud af botilbuddet. Dette blev imødekommet med skepsis af personalet, og kontaktpersonen rådede beboeren til ikke at flytte. Kontaktpersonen mente ikke, at beboeren var klar til at flytte i egen bolig uden personale tilknyttet. Den efterfølgende uge havde beboeren imod ste-

dets anbefaling fundet en lejlighed og var i gang med at pakke sine ting.

Det interessante i dette eksempel er, at hvis de professionelle ikke skaber dialog med beboeren omkring dennes ønsker og mål for fremtiden, så vil man ikke kunne hævde, at der i rehabiliteringen arbejdes ud fra fælles mål. Hvis ikke der skabes en alliance mellem parterne i rehabiliteringsforløbet, kan det have konsekvenser, for eksempel i form af nederlag og frustration for borgeren. I ovennævnte tilfælde gik det godt. Imod alle odds blev det en succes for beboeren at flytte i egen lejlighed. Hun kom flere gange om ugen og besøgte botilbuddet, men hun fik også nye sociale relationer ”udenfor” botilbuddet. Efter et par måneder fik hun en kæreste, som flyttede sammen med hende i lejligheden.

HVOR STOR INDFLYDELSE FÅR BORGEREN?

Rehabilitering kan anskues som en læreproces, hvor borgeren skal udvikle sig og skabe forandring i sit liv, således at større selvstændighed opnås. Man vil ikke få noget godt ud af at forsøge at forandre folk mod deres vilje og gennemtvunge mål, som borgeren ikke ønsker at stræbe efter. Udvikling og forandring sker netop, når vi ser en mening med det, vi gør, og har motivation for at nå målet. Brugerinddragelse er således ikke kun væsentlig i forhold til at opnå indflydelse på hverdagen i botilbuddet, det har også betydning for opnåelse af læring i rehabilitering.

Ser vi nærmere på borgerinddragelse inden for beskæftigelsesområdet, så bliver det i forbindelse med den nye arbejdsmarkedsreform interessant at se, hvilken indflydelse borgeren får mulighed for at få på eget ressourceforløb, og hvorvidt det medfører ejerskab over forløbet, og dermed bidrager til øget inklusion på arbejdsmarkedet. Ifølge undersøgelsen af borgerperspektivet i rehabilitering indenfor socialpsykiatrien oplever brugerne, at deltagelse i rehabilitering i høj grad er kontrolleret af de professionelle. De beskriver det som værende en kamp om selvbestemmelse og anerkendelse (Petersen, 2009). Ifølge Axel Honneth så søger vi alle anerkendelse. Det at opnå anerkendelse spiller en essentiel rolle, når det drejer sig om realisering af egne ønsker og opnåelse af vi-

den og færdigheder. Mangel på anerkendelse kan ifølge Honneth i yderste tilfælde føre til sygdom og depression (Honneth, 2006). Den kamp om selvbestemmelse, som brugerne i socialpsykiatrien beskriver, kan således i værste fald være en hindring for udvikling af selvstændighed, hvilket netop er målet med rehabilitering. Den læring som borgerne beskriver, at de opnår ved at opnå selvbestemmelse og deltagelse i betydningsfulde sociale praksisfællesskaber, kan udeblive, hvis borgeren finder sig udenfor betydningsfulde sociale fællesskaber i længere tid. At være en del af arbejdsmarkedet er en væsentlig del af voksenlivet og bidrager til både forsørgelse og identitet som et selvstændigt menneske, som kan klare sig selv uden hjælp fra det offentlige.

Brugerinddragelse i rehabilitering drejer sig således ikke kun om at blive inddraget i beslutninger vedrørende eget rehabiliteringsforløb. Det drejer sig også om at blive inddraget i og deltage i sociale fællesskaber af betydning for den enkelte, det være sig i forhold til arbejde, bolig og uddannelse. Det er således af stor betydning at sikre borgerens inddragelse og indflydelse på eget rehabiliteringsforløb, uanset om det drejer sig om rehabilitering af mennesker med psykisk sygdom eller rehabilitering mod beskæftigelse. Realiteten er, at vi lever i en tid, hvor der er stor arbejdsløshed, flere - især unge borgere - har ingen eller sparsom tilknytning til arbejdsmarkedet. Flere har været sygemeldt over længere tid, og de er dermed i fare for helt at ryge ud af arbejdsmarkedet.

Internationale studier viser, at en arbejdsrettet rehabilitering foregår bedst, hvis borgeren placeres på det ordinære arbejdsmarked og i denne kontekst får hjælp og støtte til at fastholde et arbejde frem for at øve sig i for eksempel særligt beskyttede arbejdspladser og værksteder. Denne model for rehabilitering kaldes Individual Placement and Support (IPS), og det er en ny tilgang i Danmark. Det vil således i forbindelse med planlægning og udførelse af individuelle ressourceforløb blive en udfordring at tilvejebringe arbejdspladser til de borgere, som skal tilbage til arbejde. Med mindre man vil tilrettelægge særlige jobtilbud i beskyttede omgivelser, som blandt andet er tilfældet for de virksomheder, som kun består af borgere, hvilket kan betyde, at man fastholder borgerne i en klientrolle.

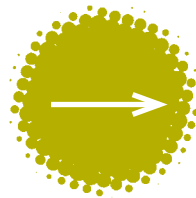
Rehabilitering kan anskues som et individfokuseret forandringsarbejde, hvor det primært er individet og hans/hendes personlighed, indstilling og ressourcer, der skal forandres (Järvinen & Mik-Meyer, 2003). Det kan således skabe en konflikt mellem borgeren og systemets målsætninger. Borgeren ønsker måske blot hjælp til at finde et arbejde, mens de professionelle mener, at borgeren skal have hjælp til at skabe personlig udvikling. Det er således væsentligt at se brugerinddragelse som en nødvendig forudsætning for at skabe udvikling og forandring på såvel et individuelt og et samfundsmæssigt plan. Som beboerne i botilbuddet udtrykte det, så handler brugerinddragelse ikke kun om at opnå indflydelse på mad og ferier, men også om at blive inddraget i og deltage i arbejde og uddannelse og derved indgå i sociale fællesskaber i samfundet. ●

KILDER

- Bjerge B., Selmer B.** (2007) Det sociale arbejdes praksis: perspektiver på brugerinddragelse og retssikkerhed. Århus Universitetsforlag.
- Clausen C og Lærum H** ed. (2000) Velfærdsstaten i krise. En ontologi. Tiderne skifter.
- Eplov FE, Korsbek L, Petersen L, Olander M** (2013) Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering – en recovery-orienteret tilgang. Munksgaard Danmark.
- Järvinen M, Mik-Meyer N** (2003) At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde. Hans Reitzels Forlag.
- Honneth A** (2006) Kamp om anerkendelse. Sociale konflikters moralske grammatik. Oversat til dansk af Arne Jørgensen. Hans Reitzels Forlag.
- Kibsgård K, Larsen A, Nielsen CV** (2013) Pensionsreform 2013. Månedsskriftet for almen praksis. Nr 3, Marts 2013, Årgang 91, 189 – 197.
- MarselisborgCentret** (2004) Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. MarselisborgCentret og Rehabiliteringsforum Danmark.
- Petersen K; Hounsgaard L; Nielsen CV** (2008) User participation and involvement in mental health rehabilitation: A literature review. International Journal of Therapy and Rehabilitation Vol. 15, 7.
- Petersen K.** (2009) Brugerinddragelse i rehabilitering. En kvalitativ undersøgelse af borgerens perspektiv. Ph.d.-afhandling fra Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet. Aarhus Universitet.
- Petersen, K, Hounsgaard L, Borg T, Nielsen CV** (2011) "User participation in mental health rehabilitation, - a struggle for self-determination and recognition", Scandinavian Journal of Occupational Therapy. Jan;19(1):59-67.
- Petersen K, Borg T, Hounsgaard L, Nielsen CV**(2012) Learning via participation, - a user perspective on user involvement in mental health rehabilitation, Scandinavian Journal of Disability Research. June; 14, (2):97-112.
- Townsend E.** (1998) Good intentions overruled. A critique of empowerment in the routine organization of mental health services. University of Toronto Press Incorporated.

REHABILITERING – FLERTYDIGHED OG GRÆNSEFLADER

AF INGE STORGAARD BONFILS, UDVIKLINGSKONSULENT
OG INGER SCHRØDER, INSTITUTCHEF



Artiklen tager afsæt i en forståelse af rehabilitering som et flertydigt begreb, der er til konstant forhandling og diskussion. Indledningsvis diskuterer vi forskellige perspektiver på rehabilitering, hvorefter vi igennem fire cases belyser udvalgte vinkler på, hvordan rehabilitering kan forstås. I den forbindelse peger vi på grænseflader og udfordringer, som knytter sig til rehabilitering set i forhold til et handicappolitisk mål om at skabe lige muligheder og inklusion af mennesker med handicap i samfundet, jævnfør FN's handicapkonvention (Det Centrale Handicapråd, 2008)

R

ehabilitering griber om sig! Hverdagsrehabilitering, erhvervsrettet rehabilitering, psykiatrisk og psykosocial rehabilitering, KOL rehabilitering, hjerneskaderehabilitering, stof- og alkoholrehabilitering

Rehabiliteringsbegrebet anvendes i mange forskellige betydninger og sammenhænge i dag. I Danmark har vi ikke en officiel, politisk vedtaget definition af rehabilitering, og i faglige kredse refereres til forskellige definitioner med afsæt i blandt andet WHO's forståelse (2010), FN's handicapkonvention (Det Centrale Handicapråd, 2008), Hvidbogen om rehabilitering (Rehabiliteringsforum Danmark, 2004) eller definitioner hentet fra international forskning (Epløv L m.fl., 2010).

Den britiske handicapforsker Michael Oliver omtaler i sin bog *Understanding Disability - From theory to Practice* fra 1996, rehabilitering som en form for diskrimination og magtudøvelse:

...for me, rehabilitation is the exercise of power by one group over another and further, that exercise of power is shaped by ideology. The exercise of power involves the identification and pursuit of goals chosen by the powerful and these goals are shaped by an ideology of normality which, like most ideologies, goes unrecognized by professionals and their victims alike. (Oliver 1996:104).

Rehabilitering er i Oliver's forståelse en samfundsmæssig ideologi, hvor professionelle udøver en form for magt over deres klienter med det formål, at få de afvigende - læs mennesker med handicap - til at tilpasse sig normaliteten. Rehabilitering bliver i denne optik ensbetydende med en samfundsmæssig undertrykkelse og disciplinering af mennesker med handicap.

Det er nok de færreste, som i dag vil tilslutte sig Oliver's forståelse af rehabilitering som en undertrykkende magtform. Rehabilitering indgår i FN's handicapkonvention om rettigheder for mennesker med handicap, artikel 26, hvoraf det fremgår, at deltagerstaterne skal "arrangere, styrke og udbygge omfattende habiliterings- og rehabiliteringstilbud og -ordninger, i særdeleshed inden for sundhed, beskæftigelse, uddannelse og det sociale område".

Videre hedder det, at disse tilbud skal "støtte deltagelse og inkludering i samfundet og på alle samfundsområder, er frivillige og stilles til rådighed for personer med handicap så tæt som muligt på deres lokalsamfund". Rehabilitering anses således som en menneskeret, der har til formål at sikre mennesker med handicap fuld og effektiv deltagelse i samfundslivet på lige fod med andre (jævnfør FN's Handicapkonvention Artikel 1).

I Hvidbogens (Rehabiliteringsforum Danmark 2004) definition af rehabilitering lægges der vægt på, at rehabilitering er en samarbejdsproces mellem borgeren og de professionelle. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger. Hvidbogens definition er i dag bredt anerkendt blandt fagprofessionelle og handicaporganisationer i Danmark. Men dermed være ikke sagt, at rehabilitering, når det udøves i praksis, altid lever op til definitionens forståelse.

HVIDBOGENS DEFINITION AF REHABILITERING:

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats (ibid: s 16).

Oliver´s forståelse kan dog minde os om en iboende risiko for, at rehabilitering udøves som en paternalistisk proces, hvor det er de professionelle eller de politisk-administrative normer, som er styrende for målet med rehabiliteringen. Mennesker med handicap har igennem tiden været udsat for forskellige former for undertrykkende og disciplinerende interventioner. I en historisk sammenhæng har rehabilitering været forbundet med ”reparation af defekter ” og en stræben efter integration til en normal position i samfundet, hvor det er mennesker med handicap, der tilpasser sig samfundet og ikke omvendt (Stiker 1999). Rehabilitering er blevet udøvet med det formål at få mennesker med handicap til at blive *ligesom* ikke-handicappede, - og ikke *ligeværdige* med ikke-handicappede.

I dag indgår begrebet rehabilitering i en mere almen samfundsdiskurs, der kredser om anerkendelse af forskellighed som norm og en værdsættelse af, at samfundet består af forskellige måder at være menneske på. En samfundsdiskurs, der værdsætter det, som er anderledes, og som respekterer borgerens ønsker og mål med rehabilitering - og hvad der for borgeren er et meningsfuldt liv (Solvang og Slettebø 2012).

Når et begreb som rehabilitering bliver brugt i nye sammenhænge, får det indflydelse på forståelsen af handicap, funktionsevne og de indsatser, som samfundet tilbyder en given person eller gruppe. Der er faggrupper og politiske aktører, som italesætter konkrete indsatser som rehabilitering. Indsatser som andre vil betegne som socialt arbejde eller specialpædagogisk støtte. De forskellige aktører anser ”problemet” fra forskellige vinkler med baggrund i forskellige vidensparadigmer og traditioner. Traditionelt har rehabilitering været knyttet til et sundhedsfagligt paradigme, hvor især professioner som ergoterapeuter og fysioterapeuter uddannes i rehabilitering, jævnfør også en række danske lærebøger (Vinter Nielsen 2008, Jensen m.fl. 2009, Epløv m.fl. 2010, Hjortbak m.fl. 2011, Schrøder og Petersen, 2012). Disse professioner er sundhedsfaglige professioner, hvis faglige identitet historisk set er koblet til det medicinske og sundhedsvidenskabelige vidensparadigme. Samtidig ses en bevægelse mod, at disse professioner orienterer sig mod samfunds- og humanvidenskabelig viden i lyset af blandt andet ICF (International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsnedsættelse og Helbredstilstand) (Sundhedsstyrelsen 2003), og en bio-psyko-social forståelsesramme af sygdom og funktionsnedsættelse (Borg og Jensen 2005).

Rehabilitering kan således ikke afgrænses entydigt til bestemte indsatser, faggrupper eller vidensparadigmer. Rehabiliteringsfeltet er kendetegnet ved flertydighed og grænseflader, som er i konstant bevægelse. For at nærme sig en mere praksisorienteret forståelse af rehabilitering i forhold til mennesker med handicap, vælger vi at anskue rehabilitering som en proces, hvori der kan indgå forskellige indsatser. Hvilke indsatser og hvilke professioner, der involveres, kan ikke afgrænses på forhånd, men må defineres individuelt og situationsbestemt (Sandvin 2012, Epløv m.fl. 2010). I det følgende tager vi afsæt i fire fortællinger



INGE STORGAARD BONFILS

er forsknings- og udviklingskonsulent ved Institut for Rehabilitering og Ernæring, Professionshøjskolen Metropol. Hun er uddannet Ph.d. cand.scient.pol. og forsker inden for handicap-, psykiatri- og rehabiliteringsområdet med fokus på blandt andet politiske, styringsmæssige og organisatoriske forhold. Hun har tidligere været ansat som forsker ved Anvendt Kommunal Forskning AKF og som akademisk medarbejder og projektleder ved Center for Ligebehandling af Handicappede.

inbo@phmetropol.dk



INGER SCHRØDER

er Institutchef på Institut for Rehabilitering og Ernæring, Professionshøjskolen Metropol. Hun er uddannet ergoterapeut og cand.scient.soc. Har tidligere arbejdet indenfor handicap- og rehabiliteringsområdet dels på Fysiurgisk Hospital, Hornbæk og dels i Rehabiliteringscenter for Muskelsvind.

inssc@phmetropol.dk

om mennesker, som har nedsat funktionsevne af enten fysisk, psykosocial eller kognitiv karakter eller kombinationer heraf, og drøfter rehabilitering i lyset af tilgrænsende begreber som genoptræning, habilitering, recovery og socialpædagogik.

REHABILITERING SOM GENOPTRÆNING

Peter er en familiefar på 32 år, der har været udsat for en trafikulykke og fået brud på rygsøjlen. Peter er nu lam i benene. Ved trafikulykken indlægges Peter på akut-hospital og overflyttes herefter til et specialiseret genoptræningscenter for rygmarvsskadede. På genoptræningscentret møder Peter et tværfagligt team af medarbejdere. Genoptræningen omfatter individuel behandling, hvor Peter genoptrænes til at udføre daglige aktiviteter som at vaske sig, klæde sig på, gå på toilettet og spise. Peter trænes i at klare sig selv i kørestol og gennemføre øvelser, der styrker de berørte muskler. Peter modtager hjælp til at søge kommunen om nødvendige hjælpemidler i hjemmet og på hans arbejdsplads. Peter er ansat i et kontorjob og forventer at kunne vende tilbage til arbejdet efter nogen tid, eventuelt på nedsat tid eller i fleksjob.

Rehabilitering ansues i denne case i et lineært forløbsperspektiv, hvor borgeren efter akut-behandling på hospitalet tilbydes rehabilitering i betydningen genoptræning. Målet er at vende tilbage til et selvstændigt liv. Genoptræning tilbydes i en intensiv og tidsafgrænset periode med målet, at borgeren erhverver funktionsevne, lærer nye mestringsstrategier med videre. Rehabilitering er i denne forståelse forskellig fra den indledende behandlingsfase og til den efterfølgende fase, hvor borgerne vender tilbage til hverdagslivet i hjemmet og på arbejdspladsen.

Rehabilitering forstået som genoptræning sættes ofte lig med fysisk genoptræning efter skader eller sygdom. Fortællingen om Peter viser, at genoptræningen indeholder langt flere aspekter. Der er tale om en proces, hvor der gives støtte til såvel psykologiske som sociale spørgsmål i forhold til det at skulle leve med et bevægelseshandicap. I casen slutter genoptræningen, da Peter udskrives fra genoptræningscentret. Men Peter vil, når han kommer tilbage til sit hjem og arbejdsplads, sandsynligvis stå over for mange udfordringer i hverdagen. Det kan være problemer med at håndtere praktiske gøremål i hjemmet, men også sociale og identitetsmæssige problemer, som at skulle mestre en ny livssituation og finde en ny rolle i familien, blandt venner og arbejdskolleger. Peters deltagelse som borger i samfundet vil også være påvirket. Mange offentlige bygninger er utilgængelige for kørestolsbrugere, og Peter kan blive ekskluderet fra at deltage i sociale og samfundsmæssige aktiviteter. At ændre på fysisk tilgængelighed må betragtes som liggende i grænsefladen eller helt udenfor de rehabiliterende interventioner. Rehabilitering retter sig typisk mod individets funktionsevne og kompensationsbehov og ikke mod en ændring af de samfundsskabte barrierer for inklusion og deltagelse. Men fysisk og social tilgængelighed vil have stor betydning for Peters muligheder for at leve et selvstændigt liv og være

inkluderet i samfundet. Følger vi FN's handicapkonvention, vil rehabilitering ideelt set også skulle rette sig mod at nedbryde samfundsmæssige barrierer i form af for eksempel utilgængelige bygninger, men det er ikke den forståelse, der ligger i den daglige brug af rehabiliterings-begrebet i dag.

REHABILITERING SOM HABILITERING

Line er 14 år og går i 8 klasse. Hun er født med cerebral parese (spastiker) og epilepsi. Hun har intet verbalt sprog og kommunikerer via tegn og talemaskine. Line er kørestolsbruger, og i skolen har hun støttelærer og får individuel undervisning i nogle fag. Hun har en personlig hjælper, som hjælper hende med praktiske ting i skolen. Hun bor med sine forældre og lillebror. Lines mor arbejder på nedsat tid for at kunne støtte Line med lektierne og andre aktiviteter. I sin fritid går Line til spejder, svømning og petracykling. Line går til psykolog, som hun taler med om det at være handicappet og teenager. Efter 9.klasse vil hun gerne på efterskole¹.

I Danmark vil vi traditionelt ikke omtale de indsatser som Line og hendes familie modtager som (re)habilitering. De faglige termer vil typisk referere til enkeltelementer i indsatserne så som specialpædagogisk støtte, compensation, træning. I Sverige og Norge anvendes habiliteringsbegrebet i overensstemmelse med at FN's handicapkonvention artikel 26, som omtaler både rehabilitering og habilitering. Habilitering anvendes som et begreb, der betegner samspillet mellem barnet, familien og de tiltag, som sættes i værk (Østensjø og Øien 2012). Habilitering handler om en proces, hvor barnet udvikler nye evner. Processen er ofte ikke tidsafgrænset, da barnet har behov for støtte til at udvikle sig under hele opvæksten og i alle sfærer af livet; i hjemmet, skolen, fritiden med videre, som det fremgår af fortællingen om Line.

Habilitering omfatter også familien. De hjælpeforanstaltninger, det funktionshæmmede barn modtager, griber ind i familiens liv og skal spille sammen med familiens ressourcer og behov. For eksempel arbejder Lines mor på nedsat tid og får compensation for tabt arbejdsfortjeneste for at kunne ledsage Line til forskellige aktiviteter og støtte hende med lektielæsning.

Habilitering omfatter ifølge de to norske forskere Østensjø og Øien (2012) tiltag, som kan grupperes i tre hovedkategorier:

1) tiltag, som understøtter barnets helbred og udvikling (medicinske og psykologiske tiltag, fysio- og ergoterapi, specialpædagogik, støttepersonale med videre)

2) tiltag, som støtter familien i at varetage barnets udvikling og omsorgen for barnet (økonomisk støtte, aflastning, hjælpemidler, personlig assistance med videre)

3) tiltag, som medvirker til koordinering af indsatser og samarbejde mellem professionelle og familien (personlig koordinator, individuel plan)

Østensjø og Øien fremhæver, at god habilitering er kendetegnet ved en helhedsorienteret og koordineret indsats, som er forankret i en familiecentreret model, hvor forældrene er aktive og deltagende i barnets habiliteringsproces. Indsatserne bygger på en anerkendelse af familiens betydning for barnet udvikling, partnerskabet mellem forældre og de professionelle og læring i hverdagslivet som bærende fundament (ibid). Fra fortællingen om Line (Bonfils m.fl 2009) og forskning om familier til børn med handicap i Danmark ved vi, at forældrene ofte oplever selv at skulle koordinere og samordne de forskellige indsatser, som barnet/den unge har behov for (Bengtsson2003)². Habiliteringsbegrebet kan være et bud på en fællesfaglig forståelsesramme for de faggrupper, som bidrager med indsatser til familier til børn med handicap (Solvang, 2012). En sådan forståelsesramme kan skabe bro mellem de faglige perspektiver og bidrage til en bedre faglig koordination af indsatserne. Men det løser ikke nødvendigvis den organisatoriske udfordring i koordinering af indsatsen, som familierne oplever. Spørgsmålet bliver her, om rehabiliteringens grænseflade går der, hvor der er behov for at ændre de administrative og organisatoriske rammer. Traditionelt opfattes (re)habilitering som et fagligt begreb, men spørgsmålet er, om (re)habilitering også skal forstås som et organisatorisk begreb, hvortil der er knyttet bestemte procedurer og organisationsformer. Følger vi Østensjø og Øien vil habilitering indeholde tiltag, som skaber samordning og koordination. De nævner, at familien får en personlig koordinator, og at der udarbejdes en individuel plan. Disse eksempler kan ses som organisatoriske tiltag, der skal koordinere de faglige indsatser i habiliteringsprocessen.

REHABILITERING OG RECOVERY

Ida er 47 år og bor i en lejlighed med sin voksne søn. Hun har tidligere været indlagt på psykiatrisk hospital og har boet otte år i et botilbud for sindslidende. Ida kommer i et dagtilbud, hvor hun hjælper til i køkkenet, går til fitness og tager på ture med de andre. Hun er med i en selvhjælpsgruppe og en "stemmegruppe", hvor hun blandt andet holder foredrag for kommuner, socialpsykiatriske tilbud og SIND-afdelinger om sit liv med en sindslidelse, og hvordan hun arbejder med at kontrollere "sin stemme". En stemme, hun hører, og som tidligere påvirkede hendes liv i en meget negativ retning. Ida vil gerne i skånejob og har kontakt med

"Rehabilitering anses således som en menneskeret"

en socialrådgiver, som kommer på dagtilbuddet et par gange om ugen.³

Begrebet rehabilitering er i de senere år blevet introduceret som politisk og fagligt mål for indsatsen for mennesker med psykisk sygdom (Eplow m.fl. 2010). Rehabilitering forstås som et fagligt begreb, der forventes at kunne fremme en fælles tilgang på tværs af behandlings- og socialpsykiatriske tiltag. Rehabilitering beskriver de medicinske, psykologiske, sociale, pædagogiske, uddannelses- og beskæftigelsesmæssige tiltag og indsatser, som professionelle stiller til rådighed for mennesker med psykisk sygdom (ibid:36). Rehabiliteringsbegrebets indtog skal ses i forlængelse af, at recovery-tankegangen vinder frem. Recovery betegner det at komme sig og beskriver processen set fra brugerens perspektiv. Recovery er en unik individuel proces, som tager afsæt i det levede liv, i det enkelte menneske og dets sociale og kulturelle sammenhænge. Begrebet er vokset ud af de erfaringer, mennesker med psykisk

”Rehabilitering kan således ikke afgrænses entydigt til bestemte indsatser, faggrupper eller vidensparadigmer”

sygdom har gjort sig i deres bestræbelser på at komme sig og skabe mening i det, de har været gennem (Jensen, 2008:88).

Brugen af rehabiliteringsbegrebet kan ses i sammenhæng med en mere generel drejning mod at forstå psykisk sygdom i en bio-psykosocial forståelsesramme. Det betyder, at psykisk sygdom anerkendes som et ”handicap” i betydningen, at den psykosociale funktionsnedsættelse i samspil med forskellige barrierer kan hindre personen i fuldt og effektivt at deltage i samfundslivet på lige fod med andre (jævnfør FN’s handicapkonvention artikel 1).

Rehabilitering består af indsatser, som er individuelt tilpasset, fleksible og skal afspejle det enkelte individs recoveryproces. Forløbet er ikke en lineær proces, men ofte en kompleks proces, som forløber over mange år. Fortællingen om Ida afspejler et langt livsforløb, hvor den psykiske sygdom har påvirket Idas funktionsevne. Der har været perioder, hvor hun har haft behov for stabilisering af sygdommen, hvilket er sket ved indlæggelse på et psykiatrisk hospital. Herefter har hun haft behov for at leve i trygge rammer med støtte fra professionelle, for at kunne reorientere sig i livet. Det er sket ved, at hun har boet i botilbud for sindslidende. Ida finder sig nu i en situation, hvor hun søger at genopbygge sit liv som en person med ressourcer og kompetencer. Det sker ved, at hun deltager i sociale aktiviteter og ved, at hun nu ønsker reintegration på arbejdsmarkedet via et skånejob. Rehabilitering betegner i denne proces de tiltag og foranstaltninger, som kan understøtte Ida i at komme sig og genvinde et liv som selvstændig borger. De professionelle skal primært støtte og hjælpe borgeren med at gennemføre de forandringer, som han eller hun selv ønsker i sit liv, og dermed skal de professionelle fungere som konsulenter og samarbejdspartnere (Eplov m.fl. 2010: 26). Det forhold, at det er borgerens motivation til forandring, som skal være styrende i processen, kan udfordre de professionelles ekspertposition. Som den britiske handicapforsker Michael Oliver skriver, er der risiko for, at rehabilitering udøves som en form for magt baseret på de professionelles ideologi og syn på normalitet. Jensen (2008) fremhæver, at de professionelle derfor må bevæge sig fra at tage afsæt

i behandlings- og sociale institutioners logik og tilbud - til at tage afsæt i borgerens hverdagsliv, som omdrejningspunkt for indsatserne. Herved kommer også de almene livsvilkår som indkomst, job, arbejdsløshed, social interaktion i centrum for recoveryprocessen.

REHABILITERINGENS GRÆNSEFLADER TIL DET SOCIALPÆDAGOGISKE FELT

Jens er 52, er født med down syndrom og har OCD. Han bor i et botilbud for udviklingshæmmede. Personalet støtter Jens i at få ro og struktur på hverdagen. Det sker blandt andet via en dagstavle med billeder for de aktiviteter, Jens vælger at deltage i. Personalet har udarbejdet en detaljeret funktionsevnebeskrivelse af Jens, med afsæt i en tjekliste på baggrund af ICF. Funktionsevnebeskrivelsen danner baggrund for Jens’s pædagogiske plan og for det pædagogiske arbejde. På det årlige handleplansmøde formulerer Jens personlige mål, og personalet formulerer pædagogiske mål for fremtiden. Jens vil gerne have nye billeder og en reol til værelset. Personalets mål handler om at videreudvikle dagstavlen med det formål, at Jens får overblik og struktur på sin dag og øger sin selvbestemmelse over dagens aktiviteter.⁴

Indsatser for mennesker med udviklingshæmning bliver primært forstået med henvisning til faglige termer knyttet til social- og specialpædagogisk arbejde. Det pædagogiske arbejde fokuserer blandt andet på at tilrettelægge kompenserende og udviklingsorienterede tiltag, som bidrager til en normalisering af hverdagslivet, hvor mennesker med udviklingshæmning opnår den størst mulige med- og selvbestemmelse (Kirkebæk 2010).

I fortællingen om Jens anvender det pædagogiske personale metoder, som ofte forbindes med rehabilitering. ICF spiller som klassifikationssystem en nøglerolle i rehabiliteringsparadigmet (Solvang, 2012). I casen anvendes ICF som afsæt for en udredning af Jens funktionsevne og er grundlag for valget af de pædagogiske strategier, personalet tager i brug for at fremme Jens’ selvbestemmelse. Som led i arbejdet med de pædagogiske planer, jævnfør SEL 140 og 141[5], formuleres individuelle mål for indsatsen, som iværksættes inden for en afgrænset tidsramme og evalueres på

det årlige handleplansmøde med kommunen. At arbejde med mål i en tidsafgrænset proces er også metoder som genfindes i en rehabiliterende indsats, jævnfør også Hvidbogens definition.

Spørgsmålet er, om der aktuelt sker en bevægelse, hvor rehabiliteringslogikken gør sit indtog på områder, vi traditionelt opfatter som social- og specialpædagogiske felter? I casen kan brugen af en ICF-baseret funktionsevneudredning betyde, at det pædagogiske personale får en anden faglig indsigt i Jens's funktionsevne, end de tidligere fik via for eksempel diagnoser og psykologiske test. I ICF klassifikationssystemet forstås funktionsevne kontekstuelt i forhold til de aktiviteter og de sociale deltagelsesarenaer, personen indgår i, og dermed også i forhold til de omgivelsesmæssige faktorerens betydning. Diagnoser, psykologiske test og andre udredninger indgår i den samlede vurdering af funktionsevnen som forhold, der fremmer eller hæmmer personens aktivitets- og deltagelsesmuligheder. ICF er som sådan ikke rettet mod en bestemt professionsgruppe eller indsatsform, men er hidtil primært anvendt i rehabiliteringssammenhæng. Eksemplet viser dog, at den pædagogiske faggruppe kobler metoder, der er kendt i rehabiliteringssammenhæng blandt faggrupper som ergo - og fysioterapeuter, til et socialpædagogisk udviklingsarbejde for mennesker med udviklingshæmning.

REHABILITERING OG HANDICAP SOM KRYDSFELTER

At beskæftige sig med rehabilitering indbefatter en refleksion over begreber som handicap og funktionsevne. Vi har i denne artikel nærmet os en forståelse af rehabilitering i forhold til personer med handicap ud fra en casebaseret tilgang. Igennem de fire cases har vi søgt at sætte biler på begrebet rehabilitering i lyset af relaterede begreber som genoptræning, habilitering, recovery og socialpædagogik. Med afsæt i en forståelse af rehabilitering som et flertydigt begreb peger vi på grænseflader og udfordringer i forhold til begrebets rækkevidde og betydninger. I den første case peger vi på, hvordan rehabilitering i betydningen genoptræning typisk retter sig mod træning af individets funktionsevne. Udfordringen er, at de rehabiliterende interventioner ikke retter sig mod de omgivelsesmæssige forhold, herunder den fysiske og sociale tilgængelighed. Skal mennesker med bevægelseshandicap kunne *"opnå og opretholde den størst mulige uafhængighed, fuld fysisk, psykisk, social og erhvervmæssig formåen samt fuld inkludering og deltagelse i alle livets forhold"* (jævnfør FN's handicapkonvention artikel 26), fordrer det en anderledes strategi rettet mod det omgivende samfunds rammer.

I den anden case fremhæver vi habilitering som en mulig fællesfaglig tilgang og tværvidenskabeligt kundskabsfelt for faggrupper, der bidrager med indsatser for familier til børn med handicap. Udfordringen består her i, at habilitering, når det anskues som et snævert fagligt begreb, ikke udfordrer de organisatoriske rammer, som interventionerne udøves inden for. (Re)habilitering fordrer et fokus på koordination af processen for at skabe sammenhæng mellem adskilte indsatser. (Re)habilitering

”Forældrene oplever ofte selv at skulle koordinere og samordne de forskellige indsatser, som barnet/den unge har behov for”

må derfor også rette sig mod organisatoriske virkemidler, administrative procedurer og funktioner, som kan skabe koordination og sammenhæng i indsatserne.

Samarbejdet mellem borger og professionelle er et centralt omdrejningspunkt i forståelsen af rehabilitering som et praksisfelt. I den tredje case peger vi på den indbyggende risiko, der er for, at det bliver de professionelle ekspertposition og normer, som definerer målet med rehabiliteringen for borgere med psykisk sygdom. Vi har indledningsvis antydnet, at rehabilitering indgår i en mere almen samfundsdiskurs, hvor anerkendelse af forskellighed værdsættes som norm. De professionelle position kan blive udfordret af, at det er borgerens motivation for forandring og normer for det meningsfulde liv, som skal være styrende i samarbejdsprocessen.

Afslutningsvis peger vi på grænsefladen mellem socialpædagogik og rehabilitering i lyset af ICF og individuelle mål som metoder i indsatsen for mennesker med udviklingshæmning. Eksemplet er fra et udviklingsprojekt i Region Hovedstaden, og viser, hvordan faglige metoder, som traditionelt er forbundet med rehabilitering, udvikles og afprøves i institutionelle sammenhænge, hvor et pædagogisk personale inkorporere disse i deres faglighed og arbejdsformer.

De udfordringer og grænseflader, som her er vist, kan sandsynligvis genfindes i cases som vedrører andre mennesker med nedsat funktionsevne. Vores pointe er her at fremhæve rehabilitering og handicapbegrebets flertydighed, og dermed at begreberne snarere kan betegnes som *"et krydsfelt"*, *"en sammenfletning af skiftende betydninger, klassifikationer, meninger, organiseringer og identifikationer"* (Videnscenter for Bevægelseshandicap, 2009:bagsidetekst). Rehabilitering er ikke et fasttømret felt, og der er derfor grund til at fastholde et refleksivt og kritisk blik på begrebets anvendelse i forskellige sammenhænge set i lyset af de handicappolitiske målsætninger om lige muligheder og inklusion i samfundet. ●

NOTER

1. Fortællingen er baseret på Bonfils, Berger, Ingwersen og Bihl-Nielsen 2009: Hverdagslivet og kommunalreformen. Erfaringer fra specialiserede tilbud på handicapområdet 2008. Working paper. AKF - Anvendt Kommunal Forskning.

2. Socialstyrelsen iværksatte i 2005 et omfattende udviklingsarbejde om Kvalificering af indsatsen over for familier med børn med handicap, kaldet KIFA.

3. Fortællingen er baseret på Bonfils, Berger, Ingwersen og Bihl-Nielsen 2009: Hverdagslivet og kommunalreformen. Erfaringer fra specialiserede tilbud på handicapområdet 2008. Working paper. AKF - Anvendt Kommunal Forskning

4. Fortællingen er udarbejdet med inspiration indhentet som led i en igangværende evaluering af "Brugen af ICF i det socialpædagogiske arbejde", Den Sociale Virksomhed i Region H.

5. Lov om Social Service (Social- og integrationsministeriet 2012)

”Vores pointe er her at fremhæve rehabilitering og handicapbegrebets flertydighed”

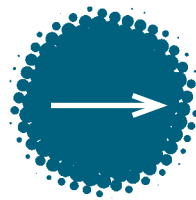
KILDER:

- Bengtsson, Steen** (2003): Kortlægning af en problematik: forældre til børn med handicap. I Bengtsson, Bonfils og Olsen: *Handicap, kvalitetsudvikling og brugerinddragelse*. AKF Forlaget: 116-141
- Bonfils, Berger, Ingwersen og Bihl-Nielsen** (2009): *Hverdagslivet og kommunal-reformen. Erfaringer fra specialiserede tilbud på handicapområdet 2008*. Working paper. AKF – Anvendt Kommunal Forskning.
- Borg, Tove og Uffe Juul Jensen** (2005): *Paradigmer og praksisformer i rehabilitering – en analytisk tilgang*. Arbejdsrapport fremstillet i forbindelse med diskussion af begrebet neurorehabilitering på Hammel Neurocenter. Oktober 2004 – Februar 2005. Ikke publiceret.
- Det Centrale Handicapråd** (2008): *De Forenede Nationer, Konvention om rettigheder for personer med handicap*.
- Eplov L., Korsbek L., Petersen L. & Olander M.** (2010): *Psykiatrisk og Psykosocial Rehabilitering – en recoveryorienteret tilgang*. Munksgaard Danmark.
- Hjortbak, Bjarne Rose, Jette Bangshaab, Jan Sau Johansen og Hans Lund** (2011): *Udfordringer til rehabilitering i Danmark*. Rehabiliteringsforum Danmark
- Jensen L, Petersen L, Stokholm G.** (2009): *Rehabilitering: teori & praksis*. 1. udg., 2. rev. oplag. København: Munksgaard Danmark.
- Jensen, Pernille** (2008): Recovery – perspektiv og udfordring i socialpsykiatrien. I **B. Lihme** (red.) *Invitation til socialpsykiatri*. Akademisk Forlag. København: 88-115
- Kirkebæk, Birgit** (2010): *Almagt og afmagt. Specialpædagogikkens holdninger, handlinger og dilemmaer*. Akademisk Forlag.
- Oliver, Michael** (1996): *Understanding Disability - From theory to Practice*. New York: Palgrave.
- Rehabiliteringsforum Danmark** (2004): *Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. MarselisborgCentret.
- Sandvin, Johan** (2012): Rehabilitering som koordinering og samhandling. I **Solvang, Per Koren og Åshild Slettebø** (red.) (2012): *Rehabilitering*. Gyldendal Akademisk, Oslo: 52-65.
- Schröder, Inger og Kirsten Schultz Petersen** (2012): *Sociologi og rehabilitering*. Munksgaard Danmark.
- Socialstyrelsen** (2012). *KIFA. Kvalificering af indsatsen over for familier med børn med handicap*.
- Social- og Integrationsministeriet** (2012): *LBK nr 810 af 19/07/2012 (Serviceloven)*. www.Retsinfo.dk
- Solvang, Per Koren og Åshild Slettebø** (red.) (2012): *Rehabilitering*. Gyldendal Akademisk, Oslo
- Solvang, Per Koren** (2012): Et faglig kryssfelt. I Solvang, Per Koren og Åshild Slettebø (red.): *Rehabilitering*. Gyldendal Akademisk, Oslo: 66- 83
- Sundhedsstyrelsen** (2003): *ICF – International klassifikation af funktionsevne, funktionsevneudsættelse og helbredstilstand*. København, Munksgaard.
- Stiker, Henri-Jacques** (1999): *A History of Disability*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Videnscenter for Bevægelseshandicap** (2009): *Handicap som kryssfelt*. MarselisborgCentret, Århus.
- Vinter Nielsen, Claus** (red.) 2008: *Rehabilitering for sundhedsprofessionelle*. Gads Forlag
- Østensjø, Sigrid og Ingvil Øien** (2012): *Habilitering av barn. Deltagelse og hverdagsliv*. I Solvang, Per Koren og **Åshild Slettebø** (red.) (2012): *Rehabilitering*. Gyldendal Akademisk, Oslo: 197-210.

FRA KLINIK TIL BORGERENS LIVSVERDEN

- paradigmeskifte,
recovery og
rehabilitering

AF FINN BLICKFELDT JULIUSSEN, KONSULENT



Artiklen omhandler rehabilitering i en historisk kontekst, som et begreb underlagt skiftende tiders strømninger. For tiden udfordres rehabiliteringsbegrebet af et paradigmeskifte, som blandt andet følger af handicapkonventionen og af de bevægelser, vi upræcist betegner som ”recovery”. Artiklen vil komme ind på paradigmeskiftet og på det recoverybegreb, som dukker op i Danmark omkring årtusindskiftet. Artiklen skitserer afslutningsvis rehabiliteringsbegrebets historiske udvikling med fokus på, hvordan inklusionsperspektivet har spejlet sig i rehabilitering set over tid.

R

ehabilitering kendetegnes ved, at indsatsen "skræddersys" til den enkelte borger. I modsætning til traditionel praksis inden for rehabilitering, understreger hvidbogen fra 2004 betydningen af, at indsatsen samtidig kan rettes i forhold til borgerens kontekst. Med kontekst menes borgerens netværk og lokalmiljø, herunder det lokale arbejdsmarked og lokale uddannelsesmuligheder. Da rehabilitering ifølge hvidbogen defineres ved fem generelle overordnede principper (se boks), skal rehabilitering altid "oversættes" lokalt. Denne lokale oversættelse af de fem principper kan ske, fordi rehabiliteringsbegrebet er smidigt nok til at kunne tilpasses næsten alle rammer, uanset om det er storby, landkommune, hospital eller eget hjem og lokalsamfund. Handicapkonventionens inklusionsperspektiv står centralt i moderne rehabiliteringspraksis. Perspektivet sigter efter at aktivere ressourcerne i netværk og lokalsamfund og fjerne barrierer for deltagelse.

Hvidbogens rehabiliteringsforståelse afspejler det paradigmeskifte, som aktuelt finder sted, og som ændrer vores forståelse af rehabilitering. I paradigmeskiftet bevæger vi os fra en traditionel biomedicinsk og klinisk tolkning af borgeren med fokus på diagnose og rask kontra syg, i retning af øget social tolkning af borgeren med fokus på deltagelse, netværk. I denne sociale tolkning tillægger vi borgerens *selvoplevede tilværelse* stor betydning.

Denne mere helhedsorienterede forståelse af rehabilitering, bæres teoretisk af den bio-psyko-sociale forståelse. I den bio-psyko-sociale forståelse er mennesket et handlende individ, der selv har indflydelse på sit liv, og som påvirkes af de omgivelser og den kultur, den enkelte er en del af. Værktøjet er derfor at udvirke ændringer hos såvel personen, som i omgivelserne og kulturen.⁴ Den bio-psyko-sociale forståelse byg-

ger på den måde bro mellem på den ene side en øget social tolkning af borgeren og på den anden side den biomedicinske forståelse.

Traditionelt er den biomedicinske rehabiliteringsforståelse fokuseret på funktionsnedsættelsen som noget personligt ved den enkelte og er optaget af spørgsmålet: rask eller syg? Normal eller unormal? Forståelsen er derfor en klinisk tilgang, som har et udefra-perspektiv på borgeren, hvor en eller flere eksperter udefra vurderer borgeren. Traditionelt står den biomedicinske forståelse som modpol til en mere social og helhedsorienteret tolkning af borgeren, herunder den sociale handicapforståelse. Den sociale handicapforståelse anlægger et fokus på borgeren som individ-i-kontekst.

I den sociale handicapforståelse skelnes mellem funktionsnedsættelse og handicap. Her er funktionsnedsættelsen godt nok bundet til den enkelte borger, eksempelvis ved at have nedsat gangfunktion eller ved at være udelukket fra arbejdsmarkedet og leve socialt isoleret på grund af stærk angst. Men den sociale handicapforståelse ser ikke *handicappet* som bundet til den enkelte borger. Handicappet er i stedet noget som påføres borgeren udefra, som synlige eller usynlige barrierer i relationen mellem en borger med funktionsnedsættelse og omgivelserne. Disse barrierer kan eksempelvis være manglende ramper ind til byens bibliotek, diskotek eller rådhus, således at adgangen besværliggøres for borgere i kørestol. Men det kan også være usynlige barrierer, som eksempelvis manglende "sociale og mentale ramper" ind til lokalsamfundets fællesskaber, foreninger, uddannelsesinstitutioner og arbejdspladser. Barrierer, der forhindrer borgere med funktionsnedsættelse i deltagelse i det lokale samfundsliv.

PARADIGMESKIFTE FOR REHABILITERING

Gennem ratificeringen af Handicapkonventionen og en mere socialt inspireret handicapforståelse udbreder et paradigmeskifte sig aktuelt indenfor de rehabiliterende indsatser. Paradigmeskiftet udfordrer traditionel praksis og forforståelse. Professionelle, som arbejder med borgere med funktionsnedsættelse, sættes derfor under krydspres fra mindst fire sider:

- fra gældende lovgivning, forvaltningsmæssig praksis og faglig tradition.
- fra en ny rolleforståelse i samarbejdet med borgeren, hvor handicap ses som et relativt begreb, som opstår i mødet med utilgængelige fysiske og sociale omgivelser.
- fra udfordringen i at omsætte rehabilitering, netværksinddragelse og inklusion i konkret tværfaglig og tværsektoriel praksis.
- fra ønsket om implementering, effektivitet og målbare effekter. (5).

Baggrunden for paradigmeskiftet er blandt andet dokumentationen af sammenhæng mellem inklusion og borgerens personlige oplevelse af trivsel i tilværelsen.^{6 7 8 9 10}. En trivsel, som også har vist sig at have positiv betydning for sundhedstilstand og kapacitet i forhold til at mestre. Der foreligger altså dokumentation for, at borgere som oplever personlig trivsel, generelt og over tid vil få reduceret træk på social- og sundhedsydelser.^{11 12 13 14 15}

REHABILITERING OG RECOVERY

Begreberne recovery og rehabilitering spiller i stigende grad sammen i de professionelle indsatser. Recoveryperspektivet og den sociale handicapforståelse får stadig mere resonans i forhold til den professionelle rehabiliteringsforståelse. Blandt andet fordi recoverybegrebet viser veje til, *hvordan* borgerens personlige oplevelse af trivsel - og dermed ønsker og forståelse af et godt liv - kan blive indsatsens centrale omdrejningspunkt. Derved tales direkte ind i den nye dagsorden, de ovenfor beskrevne krydspres som Handicapkonventionen afstedkommer, og rehabiliteringsbegrebets intention om at skabe en samarbejdsproces med borgeren. Recovery bygger på borgeren som ekspert i egne erfaringer og oplevede behov. Recoverybegrebet har derfor en forståelse af mødet mellem borger og professionel, som et møde mellem to typer af eksperter. En ny ligeværdighed, hvor den professionelle ekspert for sin del stiller en målrettet, koordineret og vidensbaseret indsats til rådighed for borgerens egen ekspertise og bestræbelse på finde det "gode liv". Det gode liv i borgerens egen optik.

RECOVERY HAR TRE BETYDNINGER

I Danmark har vi hidtil mest kendt det *kliniske recoverybegreb*. Det kliniske recoverybegreb omfatter borgere med psykiatriske diagnoser og er et recoverybegreb, som fokuserer på symptomer og skelner mellem rask i forhold til syg. Men med paradigmeskiftet til en mere social forståelse og et øget fokus på personlig oplevet trivsel, bliver det tydeligt, at recoverybegrebet har to betydninger:

- det *personlige recoverybegreb* er et eksistentielt begreb, som sætter borgerens egen forståelse af trivsel, ønsker og værdifulde mål ind som det centrale, også i forhold til rehabiliteringsindsatsen. Dette personlige recoverybegreb flugter med *det sociale handicapbegreb*, som handler om at skabe lige muligheder for alle. Det sociale handicapbegreb lægger vægt på borgerens møde med det omgivende miljø



FINN BLICKFELDT JULIUSSEN

uddannet ergo-og psykoterapeut. Var i 10 år konsulent i Videnscenter for Socialpsykiatri, har 12 års ledelseserfaring fra regionale/kommunale behandlingscentre og specialklinik. Siden 2011 konsulent i Socialstyrelsens videnscenter. Skribent (fagbøger, rapporter og artikler). Artiklens indhold repræsenterer alene skribenten.

fju@socialstyrelsen.dk

HVAD ER REHABILITERING?

Marselisborgcenteret udgav hvidbog om rehabilitering i 2004 (1). Denne hvidbog har fem centrale omdrejningspunkter definerende for en rehabiliteringsproces:

- Målrettet,
- tidsbestemt,
- samarbejdsproces,
- koordineret og
- vidensbaseret.

Tidsbestemt betyder, at målene for indsatsen løbende evalueres og tilrettes. Vidensbaseret betyder at indsatsen til enhver tid baseres på aktuelt bedste dokumenterede viden. Koordineret henviser til kvalitet og udviklingsgrad af den tværfaglige og tværsektorielle dialog omkring indsatsen. Samarbejdsproces definerer dialogbaseret i forhold til den involverede borger. Omkring begrebet "samarbejdsproces med borgeren", introduceres en helt ny og central rolle for borgeren i forhold til traditionel praksis.

Hvidbog om rehabilitering angiver, at formålet med rehabilitering er, at borgeren opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Det vil i de fleste borgeres tilfælde sige et liv som inkluderet og deltagende i forhold til netværk, lokalsamfund, uddannelse og arbejdsmarked.²

”Recovery bygger på borgeren som ekspert i egne erfaringer og oplevede behov”

og fokuserer på, at samfundet skal være så rummeligt, at mennesker kan trives og inkluderes.¹⁶

2. det *kliniske recoverybegreb* definerer recovery som at komme sig helt eller delvist fra svær psykiatrisk sygdom. For at blive betragtet som en patient, der er kommet sig helt, kræves det, at bedringen er af en vis varighed og ikke er knyttet til nogen form for vedvarende psykiatrisk behandling. 60 procent af de patienter, som får en svær psykiatrisk diagnose (skizofreni og lignende) kommer sig helt (cirka 25 procent) eller delvist (cirka 35 procent).

At komme sig delvist betyder, at patienten stadigvæk kan fremvise kliniske tegn på psykiatriske symptomer, som for eksempel at høre stemmer eller have paranoide vrangforestillinger. Men disse symptomer forhindrer ikke patienten i at deltage i det sociale liv (arbejde, socialt netværk og deltagelse i sociale aktiviteter) – og der er ikke foregået nogen indlæggelse på psykiatriske afdelinger.^{17, a, b og c}

Recovery *i klinisk forstand* er på den måde et målgruppespecifikt begreb, idet begrebet omhandler patienter, som har fået en psykiatrisk diagnose. Omvendt er recovery *i personlig forstand* ikke et målgruppespecifikt begreb. Begrebet omhandler alle borgere med alle typer af funktionsnedsættelse. At komme sig i personlig forstand betyder at overvinde svær krise eller funktionsnedsættelse og finde sig til rette i et liv med personlig oplevet trivsel, meningsfuldhed og deltagelse. Recovery i personlig forstand er således et eksistentielt begreb, som omfatter alle mennesker. Vi skal alle gennemleve og overvinde personlige kriser, nogle vanskeligere end andre.

RECOVERYBEGREBET KVALIFICERER REHABILITERING

Recovery i personlig forstand er forskelligt fra rehabilitering ved, at dette begreb *ikke* tager sit afsæt i den professionelle systemverden, men tværtimod tager sit afsæt i borgerens livsverden, i det eksistentielle. Det betyder, at personlig recovery altid ser fra borgerens eget perspektiv (indefra-perspektivet) og bygger på fire værdier:

1. selvbestemmelse i forhold til eget liv
2. personorientering i forhold til det unikke individ
3. personinvolvering i forhold til at være medinddraget
4. håb i forhold til at ethvert menneske har et potentiale for forandring

og udvikling. At komme sig, helt eller delvist er muligt og forventet¹⁸

Det virker kvalificerende på indsatsen, at borgerens ønsker og mål bliver omdrejningspunktet. Ikke fordi Handicapkonventionen siger det sådan, men fordi ”borgeren i centrum” betyder større sandsynlighed for succes i forhold til bedring. Succesen fremmes af, at borgeren oplever deltagelse og medejerskab i forhold til de definerede mål, og derfor samarbejder og ”trækker med”. Det samarbejde er afgørende i forhold til de succesmål om bedring, som på forhånd er sat som det professionelle afsæt. Recoverybegrebet modvirker således, at rehabilitering mestendels bliver noget kommunens og regionens professionelle eksperter gør med den mere eller mindre passive borger (patient).

Begrebet empowerment er på den måde tæt knyttet til recovery. Empowerment kan overordnet forstås som det at opnå kontrol over eget liv. Magtbegrebet er essentielt for empowerment, og tanken er, at de professionelle må opgive deres ene-ekspert rolle og lader deres magtposition udfordre for derved at give borgerne mulighed for at udvikle deres egen magt. (4). Empowerment er derfor det modsatte af ”tillært hjælpeløshed”. Tillært hjælpeløshed optræder som skyggesiden, hvor professionelle agerer som ene-eksperter.

REHABILITERING OG INKLUSION - I EN HISTORISK KONTEKST

Jeg vil herunder gøre nogle nedslag i rehabiliteringsbegrebets historiske udvikling, med fokus på hvordan inklusionsperspektivet gennem årene har spejlet sig i forhold til rehabilitering.

I den røde danske ordbog oversættes rehabili-

tering som ”genindsættelse i værdighed”. Dette værdighedsbegreb har rødder langt tilbage i historien. Før i tiden mistede modtagere af offentlig fattighjælp - de uværdigt trængende - deres politiske rettigheder, det vil sige retten til at stemme og retten til at gifte sig. Med tiden udviklede der sig imidlertid en forståelse for, at mennesker ikke altid selv var skyld i deres fattigdom, og at der godt kunne være tale om mennesker, der var værdigt trængende. Denne kategori kom blandt andet syge- og handicappede til at høre til ¹⁹.

Rehabiliteringsbegrebet dukkede op indenfor ortopædisk behandling og helbredelsesanstalter for de sindssyge omkring år 1900 (4). Men idéen om rehabilitering trådte først for alvor frem i forbindelse med 1. verdenskrig og igen omkring 2. verdenskrig. En væsentlig årsag var, at de mange invalide soldater, der vendte hjem fra Europas skyttegrave, repræsenterede en særlig udfordring for samfundet socialt set. Derfor blev verdenskrigene indgangen til nye måder at forstå og håndtere invaliditet og handicaps på. Invalide soldater var ikke kun amputerede i fysisk forstand, men også i forhold til personlig og individuel integritet og i forhold til deres muligheder for social integration. Krigene betød udvikling af medicinske og omsorgsmæssige indsatser samt hjælpemidler. ^{1, 5} Efter 1. verdenskrig vedtog man i 1920 blindeloven med mulighed for fattighjælp uden fattighjælpvirkninger for ”abnorme personer: blinde, døvstumme, idioter, sindssyge, epileptikere, vanføre, lemlæstede, tuberkuløse, skrofuløse, lupuspatienter, stammende, andre talelidende samt ganespaltepatienter”. Hjælpen bestod i anbringelse på anstalt, dog kunne blinde modtage hjælpen uden anstaltsanbringelse ²⁰.

Med socialreformen fra 1933 fik almindelige mennesker med kronisk sygdom retten til blandt andet at opnå pension. Ved revisionen af lovene om offentlig forsørgelse i 1933 (Steinckes socialreform) indførtes begrebet særforplejning, og det blev fastsat, at staten skulle have ansvaret for og bære udgifterne til hjælp til personer med særligt alvorlige og oftest varige handicap. For næsten alle disse grupper var der på privat initiativ tidligere blevet iværksat hjælpeforanstaltninger, der i vid udstrækning havde opnået statsstøtte. Danske Handicaporganisationer blev etableret i 1934, foreningens medlemmer havde allerede i 1930'erne udøvet indflydelse på Steinckes socialreform. I Forsørgsloven blev det for første gang fastslået, at staten har pligt til at drage omsorg for opdragelse, underhold, forsørgelse, kur og pleje af personer med særligt alvorlige og oftest varige handicap. Disse personer blev betragtet som værdigt trængende, hjælpen skulle ikke tilbagebetales, og den førte ikke til tab af rettigheder af nogen art ²¹.

EFTERKRIGSTID OG INKLUSION

I 1948, efter 2. verdenskrig, blev menneskerettighedserklæringen underskrevet. Menneskerettighedserklæringen siger, at enhver har ret til arbejde og ret til at deltage i samfundets almindelige liv. ”Normalisering” og dermed inklusion spiller en stor rolle i teorierne om handicap og går tilbage til starten af 1940'erne, hvor innovative kræfter i datiden gjorde

”Derfor blev verdenskrigene indgangen til nye måder at forstå og håndtere invaliditet og handicaps på”

sig tanker om, at funktionsnedsatte, som havde været dømt til at leve et liv i fattigdom, godt kunne benytte sig af den service, som allerede fandtes for den ikke-funktionsnedsatte del af befolkningen.²²

Lige siden har deltagelsesaspektet været et centralt anliggende i rehabilitering, en udvikling som tog fart i 1960'erne og 70'erne.

I slut tresserne opstod bevægelser, som mente, at det ikke alene var den sociale nød, der skulle bekæmpes, men sideløbende de forhold i samfundet, der skabte social nød. Forskere med afsæt i brugerorganisationerne i England udviklede i 1970'erne "det sociale handicapbegreb", som defineres ved, at et handicap ikke er en egenskab ved personen selv, men derimod en samfundsskabt barriere.²³ Efter Bistandslovens ikrafttræden i 1976 blev særforsorgen decentraliseret. Særforsorgens udlægning betød en udflytning af ansvaret fra staten til amterne. Det ændrede markant forholdene for borgere med funktionsnedsættelse, hvor målet for rehabilitering blev at få mulighed for at leve et så normalt liv som muligt, hvilket indbefattede inklusion. Standarden for handicapboliger blev forbedret, og de store centralinstitutioner blev erstattet af mange mindre boenheder. Det betød, at de sundhedsfaglige og sociale fag, som var involveret i rehabilitering, i højere grad blev udviklet og specialiseret. Dermed var særforsorgen væk, og princippet om sektoransvar synliggjort. Særforsorg indebar, at borgere med funktionsnedsættelse blev grupperet i en slags "sociale reservater", hvilket betød, at der dengang blev opbygget hele verdener omkring hver handicapgruppe.²⁴ Sektoransvar er det modsatte af særforsorg. Sektoransvar betyder, at hver sektor varetager inklusionsperspektivet og sikrer, at borgere med funktionsnedsættelse ubesværet kan deltage på lige fod med andre i de typer af aktiviteter, som sektoren servicere med.

LIGEBERETTINGELSE OG INKLUSION

Fra 1980'erne og frem har rehabiliteringsområdet været præget af WHO's lange træk i forhold til ligeberettigelse og inklusion. I samme periode har begrebet psykiatrisk rehabilitering fundet fodfæste over tre forskellige spor:

1. mestringstankegangen på de psykosociale rehabiliteringscentre
2. færdighedstræning
3. viden om betydningen af job på rigtige arbejdspladser⁴

Socialpsykiatrien blev etableret i Danmark i starten af 1990'erne. Socialpsykiatrien opstod som følge af beslutningen om at af-institutionalisere hospitalspsykiatrien. Formålet var at skabe forudsætningerne for øget inklusion og dermed rehabilitering²⁵. I 2000 bragte Videnscenter for Socialpsykiatri recoverybegrebet til det officielle Danmark. Recovery havde imidlertid i et stykke tid inden da været italesat og levedejgjort blandt brugerorganisationer, både i udlandet og i Danmark.

Op mod år 2000 blev den sundhedsfremmende tænkning revitaliseret. Flere begyndte at stille spørgsmålet: Hvordan kan vi som samfund

bedst støtte op om, at personer forbliver sunde og raske, altså forebygge eksklusion?

Meningsfuldhed og begribelighed er to faktorer, som står stærkt i denne udvidede form for sundhedsfremme. Professor i psykiatri Kristian Wahlbeck: "Når vi taler om mental sundhed, handler det om mere end fravær af psykisk sygdom. Det handler heller ikke så meget om, at individet skal lære at tænke positivt. Det drejer sig i højere grad om at skabe et miljø og et samfund, som mennesker trives i."⁹

År 2001 udkom Verdenssundhedsorganisationen (WHO) med The World Health Report og fokuserede her på begrebet "mental sundhed", og begrebets sammenhæng med bio-psyko-sociale processer og rehabilitering.

Samme år udgav WHO "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF). ICF bygger på den bio-psyko-sociale rehabiliteringsforståelse og beskriver, hvordan individet fungerer i sit miljø. ICF søger at integrere både den sociale, den psykologiske og den medicinske forståelse af funktionsevne. Med ICF blev det muligt at skelne mellem funktionsevne og diagnose. ICF betød en officiel erkendelse af at borgere med samme diagnose kan have meget forskellig funktionsniveau, og at borgere med forskellige diagnoser kan have samme grad af funktionsniveau. Diagnoser er således ikke velegnede i forhold til udmåling af eksempelvis ydelser.

ICF blev således et element i paradigmeskiftet. Bevægelsen fra en traditionel diagnostisk og biomedicinsk tolkning af borgeren med fokus på rask kontra syg, i retning af øget social tolkning af borgeren med fokus på deltagelse, netværk og borgers selvoplevede trivsel.

I denne bevægelse glider betegnelsen "handicap" væk fra alene at betyde den biologiske krop som væsentligste årsag til handicap til i højere grad at betyde tab eller begrænsning af mulighederne for at deltage i samfundslivet på lige fod med andre.³ I 2010 proklamerede Sundhedsstyrelsen, at "sundhed ikke længere blot er et spørgsmål om grøntsager, gode motionsvaner, nul røg og moderat indtag af alkohol". Sundhedsstyrelsens direktør siger: "det tyder på, at mental sundhed ikke bare er en beskyttende faktor over for vis-

se psykiske lidelser, men også har betydning for et bredere spektrum af sygdomme. Det betyder faktisk noget, hvordan vi går og har det”.²⁶

I 2009 blev Handicapkonventionen ratificeret i Danmark. Handicapkonventionens artikel 26 forpligter de deltagende stater til at yde fuld rehabilitering af funktionsnedsatte, herunder at sikre at statens rehabiliteringstilbud er tilstrækkelige. I 2011 udgav WHO “World report on disability”. Et af rapportens hovedbudskaber betonedede at social og sundhedsfaglig professionelt har en påtrængende opgave i at arbejde målrettet for at fjerne barrierer for borgerens samfundsdeltagelse.

ET KIG I KRYSTALKUGLEN

Jeg har i ovenstående beskrevet hovedtendenserne, set fra hvor jeg står. Hvis jeg yderligere forsøger at fremskrive hovedtendenserne ind i den nærmeste fremtid, er det tydeligt, at inklusionsperspektivet vil blive et fælles hovedsigte fra vugge til grav. I forhold til rehabilitering i en handicap- og socialpolitisk sammenhæng ser jeg (mindst) fem elementer, hvor inklusionsbegrebet sætter en fremadrettet dagsorden for de professionelle:

1. øget fokus på netværk og lokalsamfund som ressource
2. øget fokus på generelle såvel som konkret rettede initiativer i forhold til anti-stigma
3. øget jobskabelse for borgere med funktionsnedsættelse på det ordinære arbejdsmarked
4. efteruddannelse af professionelle vil i øget omfang blive forestået af fagprofessionelle med egne erfaringer i forhold til funktionsnedsættelse. Herunder markant øget ansættelse af medarbejdere med brugererfaring til det rehabiliterende arbejde.

5. ibrugtagningen af en vifte af metoder og tilgange med videnskabelig dokumenteret effekt.

I forhold til det sidste, ibrugtagningen af en vifte af metoder og tilgange med dokumenteret effekt, vil jeg afslutningsvis pege på tre metoder/tilgange, som hver for sig vil styrke professionelle i kommune og region, til at varetage deres nye rolle i lyset af handicapkonventionen:

1. CDOI (Client Directed Outcome Informed Treatment): Videnskabelig dokumenteret effekt. Metoden er effektiv i forhold til successiv evaluering af en indsats, så den kan skræddersyes til den unikke borger. Metoden sikrer, at støtten er præcist afmålt og tilstrækkelig til at kunne gøre en forskel. Evalueringsskedet er dialogbaseret og sikrer et præcist match mellem borger og indsats. Evalueringsskedet er enkelt at administrere og anvende og effektivt i forhold til næsten alle borgere med alle typer af funktionsnedsættelse.^{27, 28}
2. Individual Placement and Support (IPS): Videnskabelig dokumenteret effekt. IPS er en håndholdt individuel jobskabelsesmetode. Her integreres borgere med funktionsnedsættelse på det

”I denne bevægelse glider betegnelsen ”handicap” væk fra alene at betyde den biologisk krop som væsentligste årsag til handicap”

”Inklusionsdagsordenen udfordrer de professionelle i forhold til traditionelt at have fulgt en mere omsorgsorienteret praksis”

ordinære arbejdsmarked frem for i beskyttet beskæftigelse. Anvendes allerede i flere danske kommuner. For tiden udføres RCT forsøg med IPS i en dansk kontekst.^{29, 30}

3. Åben dialog er netværksbaseret tværsektoriel tilgang baseret på syv principper for hurtig og samtidig indsats i forhold til borgeren og dennes netværk. Omdrejningspunktet er, at borgerens sociale netværk udgør en ressource, der kan bruges som element i indsatsen. Anvendes i flere danske kommuner, blandt andet i Herning, Silkeborg og Odsherred kommuner. Tre danske regioner har i særlig grad tilgangen under implementering, det drejer sig om region Syddanmark, region Sjælland og region Midtjylland. Der overvejes aktuelt iværksættelse af videnskabelige forsøg af effekten i en dansk sammenhæng.^{31, 32}

Professionelle, som arbejder med borgere med funktionsnedsættelse, sættes som tidligere beskrevet aktuelt under krydspres fra flere sider. Handicapkonvention, rehabiliterings- og recoveryperspektiv taler hver med sit afsæt om betydningen af inklusion. En inklusionsdagsorden, som det er svært at være uenig i. Men inklusionsdagsordenen udfordrer de professionelle i forhold til traditionelt at have fulgt en mere omsorgsorienteret praksis. I det paradigmeskifte som følger, kan recoverybegrebet virke kvalificerende ind i forhold til rehabilitering. Det personlige recoverybegreb er et eksistentielt begreb, det tilhører borgernes livsverden. Begrebet viser veje til, hvordan rehabiliteringsindsatsen kan virkeliggøre intentionen om borgeren som ligeværdig samarbejdspartner. ●

KILDER

"Rehabilitering i Danmark" Hvidbog 1 om rehabiliteringsbegrebet. Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborgcenteret. 2004. (1)

Jul, L. "Jeg vil ha' det alle andre har". Tale 2009 <http://antv.dk/?tag=lise-jul> (2)

Borg, T. Jensen, UJ: Paradigmer og praksisformer i rehabilitering, en analytisk tilgang. Artikel. 2005 (3)

Falgaard Eplov, L. Korsbek, L.Petersen, L.Olander, M: Psykiatrisk og psykosocial rehabilitering - en recoveryorienteret tilgang. Munksgaard 1.udgave, 2.oplag 2013 (4)

Hjortbak, BR. Bangshaab, J. Johansen, JS. Lund, H: Udfordringer til rehabilitering i Danmark s 214. Rehabiliteringsforum Danmark. 2011. ISBN: 978-87-994537-6-4. (5)

Rosenberg, D. Psychiatric disability in the community. Surveying the post-deinstitutional era. Umeå University 2009. ISBN: 978-91-7264-851-7. (6)

Degn, DM. "X for viden og livskvalitet" 2011. Bladet Socialpsykiatri nr 2. (7)

"Dansk Kvalitetsmodel på det sociale områder" Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. <http://www.socialkvalitetsmodel.dk> (åbnet april 2013). (8)

"Ingen sundhed uden mental sundhed" Sundhedsstyrelsen. Artikel 2010. (9)

"Beboerne og de pårørende har ordet" Center for Kvalitetsudvikling 2010 ISBN: 978-87-92176-96-7. (10)

Nielsen, L. Meilstrup, C: Fremme af psykisk trivsel blandt skoleelever. Videnskabelig baggrund for Projekt Optur. Københavns Universitet, Syddansk Universitet, Psykiatrifonden 2009. (11)

Reiermann, J. Andersen, T.K. Velfærdssamfundets næste fase. Ugebrevet Mandag Morgen. Februar 2013 (12)

Ingen sundhed uden mental sundhed 2010. Notat fra seminar. 2010. Sundhedsstyrelsen www.sst.dk (13)

Hansen, H. Rasmussen, N. Hansen, FK: Investeringer i tidlige sociale indsatser - samfundsøkonomiske beregninger i forhold til udsatte børn og unge. Center for Alternativ Samfundsanalyse, CASA. 2010. ISBN: 978-87-92384-68-3 (14)

Jacobsen, RH: Beskrivende analyse og cost-benefit-analyse af en ekstra indsats overfor unge mødre. Centre For Economic and Business Research, CEBR. Copenhagen Business School. 2010. (15)

Kampmann, E: Om handicapforståelser og rehabilitering. September 2011. www.elisabethkampmann.dk (16)

Topor, A: At komme sig. Et litteraturstudie om at komme sig efter alvorlig sindslidelse. Videnscenter for Socialpsykiatri, 2002. (17)

Hopper, K et al: Recovery from schizophrenia, an international perspective. A report from The WHO Collaborative Project, The International Study of Schizophrenia. 2007. (17 a)

Harrison, G et al: Recovery from psychotic illness, a 15 and 25 year follow-up study. British Journal of Psychiatry 2001 (17b)

Davidson, L et al: Recovery from severe mental illnesses. Research evidence and implications for practice. Volume 1. Centre for Psychiatric Rehabilitation. Boston University 2005. (17 c)

Topor, A: Managing the contradictions - recovery from severe mental disorders. PhD afhandling, Stockholms universitet 2001.(18)

Greve, B: Skøn og ret - i historie og nutid i dansk socialpolitik. Uden For Nummer 4, 3 årgang 2002 (19)

Handicapforsorg. Den store danske Gyldendals åbne encyklopædi (20)

Bengtsson, S. Storgaard, I. Olsen, L: Handicap, kvalitetsudvikling og brugerinddragelse. AKF-forlaget 2003. (21)

Bengtsson, S: Princip og virkelighed - om sektoransvar i handicappolitikken. Socialforskningsinstituttet 2005. ISBN 87-7487-786-0 (22)

Sørensen, N: Det levede liv med sindslidelse. Forskningscenter for Socialt Arbejde, Professionshøjskolen Metropol. Rockwool Fondens Forskningsenhed. 2012. ISBN: 978-87-7008-019-4 (23)

Bengtsson, S. Kristensen, LK. Særforsorgens udlægning - et litteraturstudie. SFI 2006. ISBN: 87-7487-810-7. (24)

Bratbo, J: Socialpsykiatrien - historisk set - og hvordan definerer vi den i dag. www.socialpsykiatri.dk (25)

Mental sundhed blandt voksne danskere 2010 Sundhedsstyrelsen (26) [www.si-folkesundhed.dk/upload/601963_mental_sundhed_blandt_voksne\[1\].pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/601963_mental_sundhed_blandt_voksne[1].pdf)

Duncan, B. "The partners for change outcome management system (PCOMS): The heart and soul of change project". Canadian Psychology, 53(2), 93-104 2012. (27)

NREPP: SAMSHA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices. www.nrepp.samhsa.gov/SearchResultsNew.aspx?s=b&q=PCOMS (28)

Christensen, T. et.al (2011): Review om effekter af beskæftigelsesindsatser til personer med svær psykisk sygdom, Specialfunktionen Job & Handicap. (29)

Socialstyrelsen, Sverige (2011): Nationella riktlinjer för psykosociale insatser vid schizofreni eller schizofrenliknande tillstånd. www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforpsykosocialainsatservidschizofreni/sokiriktlinjerna/personermedschizofreniellersch18 (30)

Jaakko, Seikkula (2007): Åpne samtaler. Universitetsforlaget. ISBN: 9788215021249 (31)

Jaakko, Seikkula (2008): Åben dialog og netværksarbejde. Gyldendal og Hans Reitzel. ISBN: 9788741252148 (32)

