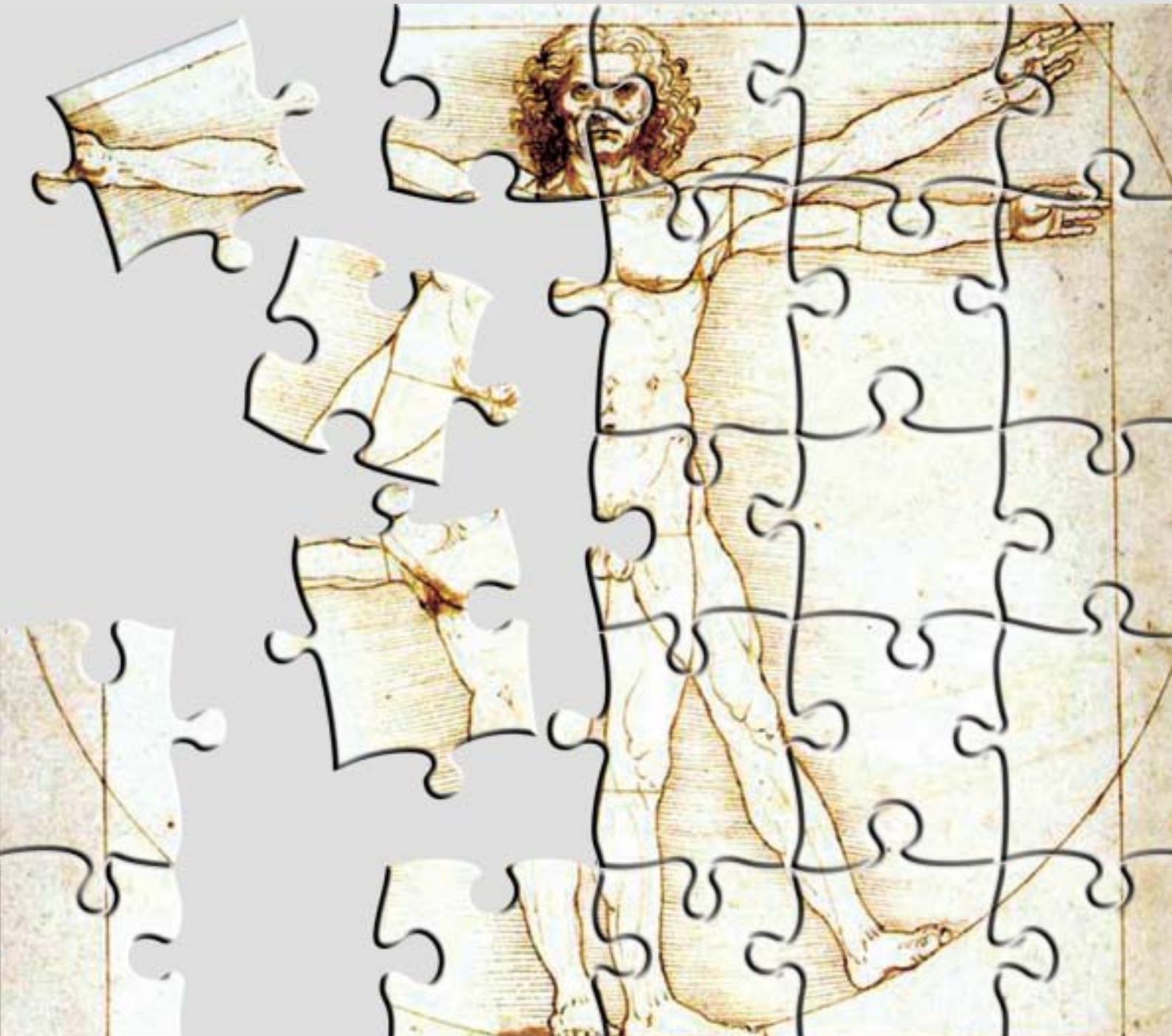


Genoptræning

- fra problem til princip



**Genoptræning
- fra problem til princip**

**Udgivet af Mandag Morgen
Copyright Huset Mandag Morgen A/S, 2004
Tryk: Ekspresen Tryk- og Kopicenter Aps
Layout: Qvist & CO**

ISBN 87-90275-63-2

Forord

Genoptræning og rehabilitering er den største oversete velfærdsdagsorden i dagens Danmark.

Som analysen i dette debatoplæg viser, er der ingen anden indsats, der er så centralt placeret i det danske velfærdssamfund. Uanset om man er ældre med diverse skavanker, sygemeldt med ondt i ryggen, handicappet med førtidspension, psykisk syg eller lige har været igennem en livstruende sygdom, så afhænger ens videre chancer af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen.

Udgifterne til de velfærdsområder, der påvirkes direkte af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen udgør et beløb på langt over 100 mia. kr. Læg dertil, at behovet for genoptræning og rehabilitering vil stige dramatisk i de kommende år. Der vil komme flere brugere, og fremtidens brugere vil stille langt større krav til deres behandlinger og til deres livsmuligheder, end det er tilfældet i dag.

Samtidig viser analyserne, at fagets potentialer langt fra er indfriet endnu. Alt for mange ressourcer spildes i dag ved, at patienter og brugere ikke får tilstrækkelig genoptræning og rehabilitering, eller ved at der slet ikke genoptrænes. Dette på trods af, at vi i dag ved, at genoptræning og rehabilitering i mange tilfælde virker.

Potentialerne i genoptræning og rehabilitering indfries ikke ved at flytte på kommunegrænser eller tale pænt om behovet for samarbejde på tværs af sektorer. Der er brug for principiel nytænkning. Det er dette debatoplæg et første bud på.

Der er behov for at inddrage langt flere parter i fremtidens genoptræning. Derfor er debatoplæggets hensigt ikke blot at rykke ved opfattelsen af genoptræning og rehabilitering både hos de sundheds- og socialpolitiske beslutningstagere, men også at rykke opfattelsen hos fagets udøvere og blandt brugerne.

En så stor debat er uvant og svær at få hold på. I debatoplægget præsenteres en række principper for fremtidens genoptræning og rehabilitering, der kan gå på tværs af sektorer. Det at se muligheder - fremfor at skændes - på tværs af sektorgrænser er svært. Men det er vores påstand, at vi ikke har råd til at lade være med at tage den store diskussion.

Debatoplægget er blevet til i et netværkssamarbejde mellem en række nøglepersoner fra genoptrænings- og rehabiliteringsverdenen og Huset Mandag Morgen.

Diskussionen i netværket har sigtet imod at indkredse og formulere de mest relevante spørgsmål i en form, der lægger op til diskussion. Derimod har det aldrig været meningen at harmonisere deltageres svar på alle spørgsmål. Huset Mandag Morgen bærer det fulde ansvar for den foreliggende tekst.

Netværket har haft følgende medlemmer:

| | |
|-------------------------------|--|
| Kirsten Andersen | Overlæge, Gigtforeningen |
| Nana Bjerg | Sundhedspolitisk medarbejder, Gigtforeningen |
| Merete Røn Christensen | Pensions- og Omsorgschef, Pension og Omsorg Bispebjerg, Københavns Sundhedsforvaltning (udpeget af Danske Fysioterapeuter) |
| Gunner Gamborg | Formand, Ergoterapeutforeningen |
| Anne Hansen | Faglig konsulent, Helbredsafdelingen, PKA A/S |
| Johnny Kuhr | Formand, Danske Fysioterapeuter |
| Katrine Egaa Molin | Afdelingsleder, Ergoterapeutforeningen |
| Maybritt Mørch | Rådgivningschef, PKA A/S |
| Lene Mandrup Thomsen | Fysioterapeut, Gigtforeningen |
| Anders Hede | Projektleder, Huset Mandag Morgen |
| Anette Højgaard Jønson | Projektleder, Huset Mandag Morgen |

Netværket blev dannet i maj 2003 og opløses med udgivelsen af oplægget. Dets diskussioner er foregået på i alt seks møder. Huset Mandag Morgen har organiseret netværkets aktiviteter. Udgifterne er afholdt af deltagerne i fællesskab.

Debatoplægget er forfattet af Anders Hede og Anette Højgaard Jønson, Huset Mandag Morgen.

København, marts 2004



Erik Rasmussen
Chefredaktør

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Sammenfatning | 7 |
| Genoptræning og rehabilitering - klar til fremtiden | 9 |
| Dagens problemer med genoptræning og rehabilitering | 10 |
| Forslag til en samlet strategi for genoptræning og rehabilitering i Danmark | 13 |
| Definition af genoptræning og rehabilitering | 15 |
| Kapitel 1: Fra genoptræning som problem... | 17 |
| Mulighederne i genoptræning og rehabilitering | 17 |
| Debatten om problemerne dominerer | 19 |
| De lette problemforklaringer | 20 |
| Hvorfor falder patienten mellem to stole: Kulturen og kassekampen? | 21 |
| Lær af erhvervslivet for at reducere koordinationsproblemerne | 24 |
| Hvor - og hvordan - bør ansvaret for genoptræning og rehabilitering placeres? | 26 |
| Kapitel 2: ...til bærende princip | 29 |
| En opfattelse af sygdom fra fortiden | 29 |
| Rehabilitering kan blive et bærende princip for fremtidens social- og sundhedsvæsen | 31 |
| Kapitel 3: Genoptræning og velfærd | 35 |
| Velfærdsudfordringen | 35 |
| At skabe mindre behov for overførselsindkomster | 36 |
| At dæmpe velfærdsserviceudgifterne | 40 |
| Genoptræning og rehabilitering kan være særligt attraktiv i Danmark | 41 |
| For alternativerne bruges allerede meget | 42 |
| Genoptræning og danskernes velfærdsværdier | 43 |
| Genoptræning og velfærdsreformer | 44 |
| Kapitel 4: Vidensbaseret genoptræning og rehabilitering | 48 |
| Forskningen vokser voldsomt | 48 |
| Hvad ved vi, og hvad ved vi ikke? | 48 |
| Vejen til et vidensfag | 51 |
| Tendenser udefra, der er med til at skabe fremtiden | 54 |
| Tre barrierer på vej mod et vidensfag | 56 |
| Genoptræning og rehabiliterings identitet som fag | 58 |
| Kapitel 5: Fremtidens værdier og kropskultur | 60 |
| Genoptræning for solidariske individualister | 60 |
| Uautoritære værdier | 62 |
| Polariseret kropskultur | 63 |
| Kapitel 6 : Virkemidler for fremtidens genoptræning og rehabilitering | 66 |
| 1. Ret til genoptræning og rehabilitering | 68 |
| 2. Resultatorientering af social og sundhedsvæsenet | 70 |
| 3. Bred genoptræning- og rehabiliteringskultur | 71 |
| 4. Vidensbaseret genoptræning og rehabilitering | 75 |
| Referencer: | 79 |

Sammenfatning

Formålet med dette oplæg er at invitere til at tænke og lave sundhedspolitik på en ny måde.

Hidtil har sundhedsdebatten fokuseret stærkt på ventelister. Men behandling af patienter på ventelisterne udgør højst en tiendedel af sygehusvæsnets samlede opgaver. Og hovedparten af de patienter, der står længe på ventelister, er knapt nok syge i traditionel forstand. Syv ud af ti langtidsventende patienter har f.eks. ingen sygedage, og halvdelen af patienterne er ikke generet af smerter eller andre ulemper.

I stedet for fokus på ventelister er der brug for at fokusere sundhedsdebatten på de mennesker, der virkelig har problemer med helbredet. Langt hovedparten af dem er kronisk syge, i mange tilfælde livsvarigt. Selv om mange klarer sig godt, er der også en del, der har smerter, sociale problemer mv. Disse medborgere trækker ikke kun på sygehuse og de praktiserende læger. De trækker også på invalidepension, sygedagpenge, hjælpemidler, ældreboliger, hjemmehjælp osv. Hvor meget offentlig service ældre har brug for, er først og fremmest bestemt af, hvor mange ting de selv kan klare i dagligdagen. De kronisk syge og ældre med dårlig funktion står bag langt størstedelen af de 145 mia. kroner, som det offentlige årligt bruger på at hjælpe mennesker med helbredsproblemer. Oven i dette beløb kommer udgifterne for den enkelte, tabt arbejdsindkomst og udgifter for forsikrings- og pensionselskaber. Til sammenligning koster den planlagte kirurgiske behandling på sygehuse ca. 6 mia. kroner om året.

Udfordringen for fremtidens sundhedsdebat er at ændre på dette store billede frem for at fokusere på - i sammenligning - overskuelige detaljer.

De 145 mia. kroner kan meget let blive et betydeligt større beløb i fremtiden. Der kommer flere ældre. Samtidig lever flere og flere mennesker længere med kroniske lidelser. Der er en stærkt bekymrende tendens til, at flere unge opfatter sig som kronisk syge og i øvrigt lever usundt. Det er desværre realistisk, at den tendens i løbet af et til to årtier for alvor vil præge udviklingen, så fremtidens ældre vil være - og især føle sig - mere syge end nutidens ældre.

Kravene fra både samfund og patienter til kvaliteten af behandlingerne og deres resultater vokser også. Der er således mange indikationer på et større behov for offentlig service i fremtiden. Men samtidig er de faktiske muligheder for vækst i de offentlige udgifter til sygdomsbehandling begrænsede. Det er hverken realistisk at hæve skatterne markant eller skaffe den nødvendige arbejdskraft.

Derfor er der brug for at gøre noget ved *behovet* for velfærdsydelser. Det kan ske på flere måder, bl.a. ved bedre forebyggelse, men også ved en bedre genoptræning og rehabilitering. Ingen af delene kan afskaffe hele udgiftsposter, men med så store tal betyder enhver forandring meget.

Dette debatoplæg handler om *mulighederne* i genoptræning og rehabilitering. Genoptræning og rehabilitering er ikke kun de aktiviteter, som terapeuter gennemfører sammen med deres patienter eller brugere. Det er også et *idegrundlag*, nemlig at al behandling

Store tal

| | |
|---|-----------------|
| Sygehuse - ca. 80% går til patienter med kroniske lidelser | 47 mia. |
| Praksis og medicin - hovedparten går til patienter med kroniske lidelser | 16 mia. |
| Førtidspension - går næsten kun til kronisk syge | 21 mia. |
| Handicappede og revalidering - hvor afhængige modtagerne er, påvirkes bl.a. af rehabilitering | 26 mia. |
| Sygedagpenge (incl arbejdsgivernes bidrag) - hvoraf halvdelen er langtids-sygemeldinger | 12 mia. |
| Institutioner og hjemmehjælp for ældre - trækkes på offentlige serviceudgifter er hovedsageligt bestemt af den ældres funktionsniveau | 23 mia. |
| I alt | 145 mia. |

Tabel 1: Samlet oversigt over de offentlige udgifter (incl. arbejdsgiverbidrag), som direkte eller indirekte påvirkes af genoptræning og rehabilitering.

Kilde: Statistisk årbog 2003, tabel 171

uanset hvem, der gennemfører den og uanset hvor den finder sted, skal have som udtrykkelig målsætning *at genskabe mest muligt af livet for den enkelte*. Hjemmehjælperne skal ikke blot lave mad og gøre rent, men søge at inddrage borgeren mest muligt for på den måde at reducere eller forebygge yderligere afhængighed. Plejen og behandlingen på sygehusene bør også have et rehabiliteringsperspektiv. Det er f.eks. dokumenteret, at sygehuse, der hele tiden aktiverer og samarbejder med patienten med henblik på livet efter sygehuset, opnår betydeligt bedre resultater end sygehuse, der passiviserer patienterne.

Genoptræning og rehabilitering ser ikke kun på snævre kliniske succeskriterier, men på brugerens samlede liv.

Når genoptræning og rehabilitering er en del af svaret på udfordringerne, skyldes det, at der nu i modsætning til for få år siden er stærk dokumentation for, at behandlingerne virker på en række sygdomme og problemer. F.eks. viser talrige og meget velgennemførte undersøgelser, at en samlet rehabiliteringsindsats for mennesker med rygproblemer reducerer sygefraværet ganske betydeligt. Tilsvarende positive resultater findes inden for behandlingen af hjertesygdomme, slagtilfælde (apopleksi) og gigt. Der er stort set tilsvarende viden om værdien af fysisk træning som forebyggelse.

Der er hastigt voksende forskningsaktivitet inden for genoptræning og rehabilitering. Stort set hver dag udkommer en ny klinisk undersøgelse baseret på lodtrækning. På trods af dette er der stadig mangfoldige muligheder inden for faget, der kun er tyndt udforskede. Det er bemærkelsesværdigt, at der kun er få undersøgelser, der viser, at genoptræning og rehabilitering er virkningsløs. Den hastigt voksende dokumentation på området gennemgås i kapitel 3 i dette debatoplæg.

Genoptræning og rehabilitering - klar til fremtiden

Men genoptræning og rehabilitering er ikke kun i stigende grad veldokumenteret. Genoptræning og rehabilitering rummer, som det fremgår af kapitel 2, også et idegrundlag, der på en række områder er mere i trit med fremtidens udfordringer end den hidtidige måde at tænke sygdom og behandling på.

Vores opfattelse af sygdom er stadig meget tokantet: Enten er man syg, eller også er man rask. Og *tiden* opfatter vi stadig som en ven, der læger sår. Men i fremtiden vil flere og flere befinde sig i et grænseland mellem syg og rask, og de bliver ikke mere raske af, at tiden går. Tværtimod kan langstrakte patientforløb og uklarhed virke svækkende eller endog sygeliggørende. Det trækker både øgede offentlige udgifter og personlige tragedier med sig. Udfordringen er at blive bedre og bedre til at håndtere disse "grænsetilfælde", for der bliver flere og flere, og de bliver mere og mere komplicerede. Det vil blive stadig sværere at holde overblik og sikre resultater.

For mange af fremtidens patienter er det urealistisk at blive helbredt i traditionel forstand. I stedet vil de skulle lære at leve bedst muligt med deres skavanker og problemer, fremfor at problemerne får lov til at dominere deres liv. Fremtidens patienter vil samtidigt blive mere og mere forskellige i deres ønsker til behandling. Disse værdiændringer behandles i debatoplæggets kapitel 4.

Genoptræning og rehabilitering er den behandlingsform, der har arbejdet længst i denne komplicerede verden af nuancer og gråzoner. Det har givet mange erfaringer, både med hvad der virker, og med hvad der ikke virker:

Genoptræning og rehabilitering er baseret på et tæt samarbejde med patienterne. Patienterne kan hverken være ligeglade kunder eller passive patienter, når de genoptrænes. De skal selv være aktive, og de er nødt til at påtage sig en betydelig del af ansvaret. Erfaringerne og en række forskningsresultater viser i langt de fleste tilfælde, at jo tættere patienten og patientens pårørende involveres, desto bedre lykkes og fastholdes helbredsgevinster. Fremover bliver det nødvendigt, at borgerne i så høj grad som muligt selv påtager sig ansvaret for deres eget helbred og for betydelige dele af behandlingerne. Der er brug for at udvikle langt mere selv-velfærd i fremtiden. Det kan i praksis lade sig gøre, og det matcher værdiændringer i den brede befolkning i retning af f.eks. motion og andre former for selvansvar.

Patientorientering er også en nødvendighed for at kunne identificere ønskerne og mulighederne hos den enkelte. Optimal rehabilitering er netop kombinationen af systematisk viden og individuelt tilpasset behandling.

Dernæst er genoptræning og rehabilitering resultatorienteret. Hvor man ved de fleste andre behandlinger højst måler, om patienterne er tilfredse eller om en klinisk parameter har ændret sig, så kan man inden for genoptræning og rehabilitering systematisk - og enkelt og billigt - måle, om behandlingerne faktisk har virket og virket i patientens *daglige liv*.

Både social- og sundhedsvæsnet har brug for en systematisk resultatmåling, så det ikke er den gode vilje men den gode evne, der tæller. Har brugeren opnået en bedre funktion eller

en højere livskvalitet? Stort set ingen ved i dag, hverken i kommuner eller amter, om de gør det godt nok.

Målinger kan gøre det muligt at opdage konsekvenserne, når delelementer i et langt behandlingsforløb mangler, kommer for sent eller i for lille dosis. Bedre måling er også - fordi behandlingerne bliver stadigt mere komplicerede og langvarige - en forudsætning for, at der kan arbejdes ud fra en fælles målsætning både for patienten og for alle involverede behandlere. Uden resultatorientering kan det meget vel ende med, at stadigt flere patientforløb ender som ukoordinerede enkeltbegivenheder, hvor ingen tager et samlet ansvar.

Endelig er genoptræning og rehabilitering ikke et snævert fag, der kun kan udføres af faguddannede. En bred genoptrænings- og rehabiliteringskultur er både mulig og ønskelig. Der er solid dokumentation for, at det virker og for at det kan være ganske billigt, systematisk at uddelegere genoptræningsopgaver og -ansvar til andre. Det kan være patienten selv, pårørende eller andre offentligt ansatte som f.eks. hjemmehjælpere. Ofte er det kun små ændringer i rutiner og tankegang, der skal til, før plejearbejde også bliver til genoptræning og rehabilitering. Genoptræning og rehabilitering kan og bør i mange flere tilfælde begynde langt tidligere i patientforløbet. Rehabilitering ude i virksomhederne med det formål at undgå sygemeldinger er et andet muligt område. For en voksende gruppe af sygdomme er selve det at forblive i aktivitet og i arbejde god rehabilitering. Selv for svært psykisk syge, der ellers var henvist til livsvarig afhængighed, kan et job i en privat virksomhed være det, der gør dem selvforsørgende. Der bør også være langt bedre muligheder i lokalsamfundet for at fastholde og vedligeholde de opnåede resultater. Bedre lokale motions- og bevægelsesmuligheder er et oplagt eksempel.

Dagens problemer med genoptræning og rehabilitering

Desværre drejer dagens debat om genoptræning sig langt fra om disse muligheder. Der er akutte problemer på dagsordenen. Genoptræning har i den offentlige debat erhvervet sig et ry for at være et irriterende problem. Patienter udskrives fra sygehuse uden genoptræningsplaner. Ældre medborgere ender i afhængighed, hvor de med en tidligere indsats kunne have klaret sig selv. I kapitel 1 i debatoplægget gennemgås debatten om problemerne i genoptræning.

Kritikken af den dårlige planlægning og koordination er ofte velbegrundet. Men mange af de velmente ideer og forslag, der bringes på bane for at løse problemet, er i bedste fald utilstrækkelige. I andre tilfælde er forslagene værre end ingenting eller præget af snæver interessetankegang. Det, der er brug for, er fundamentalt at nytænke, hvordan det på én gang nødvendige og samtidigt besværlige samarbejde omkring genoptræning og rehabilitering sikres.

Der er ingen tvivl om, at en *kommunalreform* med større kommunale enheder vil åbne muligheder. En reform vil gøre det muligt at opbygge stærke faglige miljøer i alle kommuner, noget som visse kommuner i dag helt mangler. Det vil dermed være muligt at tilbyde mere specialiseret og tværfaglig genoptræning og rehabilitering til en lang række patienter. På den måde bliver det muligt at trække flere rehabiliteringsopgaver ud fra sygehuse og over til lokalområder, f.eks. i form af lokale sundhedscentre.

Men en kommunalreform vil - uanset hvordan den indrettes - *ikke* kunne skabe én ren organisation med entydigt ansvar for *al* genoptræning og rehabilitering. Ideen om det rene snit er i bedste fald urealistisk. Uanset hvordan man vender og drejer det, vil en pæn del af brugerne af rehabilitering og genoptræning befinde sig i forskellige grænselände undervejs i et behandlingsforløb. Det gælder især, hvis man fremover allerede fra første færd indtænker rehabilitering og træning i patientforløb.

Kultur og arbejdsgange *skal* være forskellige på et sygehus, i hjemmeplejen, hos en praktiserende læge og i en revalideringsafdeling. Og samtidigt skal alle disse institutioner og flere til arbejde med genoptræning og rehabilitering - ofte af de samme brugere. Problemet med koordination af genoptræning og rehabilitering vil derfor *altid* være der. Spørgsmålet er alene, hvor *stort* problemet skal være.

Det er naivt at forestille sig, at det løser problemerne at samle alle disse forskellige velfærdsinstitutioner og beslutninger under én administrativ hat. Det er f.eks. ikke muligt at placere ansvaret for genoptræning og rehabilitering entydigt hos kommunerne. Der vil altid være behov for, at der foregår genoptræning på sygehuse. Det er - med al respekt for kommunerne - også på sygehusene, at størstedelen af den faglige udvikling vil foregå de næste mange år. Endelig vil der være mange brugere med specialiserede behov, som kommunerne ikke kan håndtere. Det problem løser man ikke ved f.eks. at lægge sygehuse ind under kommuner. Koordinationsproblemet flytter sig så bare til et problem mellem to afdelinger i den samme kommune. Der er talrige erfaringer med, at det ikke løser ret mange problemer. Regulær kommunalisering af den i øvrigt på mange måder velfungerende praksissektor er der heller ikke mange seriøse fortalere for. Så også her vil der altid være en grænseflade.

I stedet har mange svoret til *et bedre samarbejde*, f.eks. i form af samarbejdsaftaler mellem sygehuse og kommuner. Et bedre samarbejde er under alle omstændigheder helt nødvendigt, og der er meget, der taler for at overlade det præcise indhold og ansvarsfordelingen til lokale løsninger. Der er mange perspektivrige ideer, som f.eks. at lade terapeuter være ansat både på sygehus og i kommunen, og lade dem og brugerne sammen aftale, hvor den konkrete genoptræning finder sted. Det er næppe nogen god ide at lave centrale forskrifter for, hvordan et sådant samarbejde skal foregå. Men der skal være en langt stærkere gennemsigthed på området.

Lokal god vilje til samarbejde er ikke nok til at sikre et samarbejde. Det skyldes, at lokale samarbejdsaftaler afhænger af engagement og velvilje fra de involverede parter. Kommer den ene part under økonomisk pres eller forlader særligt engagerede mennesker samarbejdet, så går det ofte i stå, og organisationerne vender sig igen indad. Brugere bliver da ladt i stikken. Erfaringer både fra Danmark og fra udlandet viser, at netop genoptræning og rehabilitering ofte befinder sig i en udsat situation, hvis velfærdssystemerne kommer i økonomiske vanskeligheder.

Der er derfor brug for at udvikle metoder *til systematisk at presse de offentlige parter til at levere en velplanlagt indsats*. Især to ting er der brug for:

Brugerne skal have *rettigheder*, så de har mulighed for at presse de forskellige offentlige parter på en konstruktiv måde. Først og fremmest skal brugerne have rettigheder til *hurtig afklaring af deres helbredsproblem*. Det er formentlig i de situationer, hvor patienter-

ne svæver i uvished, at ventetidsproblemet er værst. Desuden er der en række genoptræningskrævende sygdomme, hvor problemerne simpelthen bliver større ved at blive udsat.

Dernæst bør de brugere, der har et lægevurderet behov, have ret til at få *en plan* for den videre genoptræning og rehabilitering, som de dernæst kan kræve indfriet.

I praksis er vi i Danmark allerede gået ganske langt ad denne vej med reglerne om genoptræningsplaner.

Problemet er nu at udfylde dem i praksis. Som det dokumenteres i kapitel 1, er arbejdet med genoptræningsplaner stadig præget af tilfældigheder.

Rettigheder som f.eks. genoptræningsplaner forudsætter, at man ved, hvem man skal henvende sig til, når rettigheden skal indfries. Her er problemet, at ansvaret mange steder endnu ikke er placeret. Det skyldes ikke kun ond vilje, men også at det er svært at finde brugbare løsninger. Der findes som nævnt ikke nogen enkel løsning på placeringen af ansvaret for genoptræning og rehabilitering. Men omfanget af gråzoner kan reduceres betydeligt.

Det er dog bemærkelsesværdigt, at takket være genoptræningsplanerne *ved* vi nu *noget* om indsatsen eller manglen på samme. Selv med de nuværende meget utilstrækkelige optællinger af genoptræningsplaner *ved* vi betydeligt mere end *før*. De offentlige systemer er under et meget større pres for at levere, end de *før*hen har været.

Men der er formentlig brug for et yderligere pres for at få lavet de fagligt relevante genoptræningsplaner. Det kan skabes ved:

- at udstyre brugeren med ret til at kræve en "second opinion", altså at kunne få vurderet sit behov for genoptræningsplan af en anden fagperson.
- konsekvent offentliggørelse af, hvor stor en andel af brugerne, der vurderes til at komme i betragtning til at få en genoptræningsplan, hvor mange planer der dernæst skrives, og hvor mange der opfyldes.
- indførelse af timeklippekort til brugere, der har fået skrevet en genoptræningsplan, men som oplever, at den ikke bliver indfriet. De kan derefter selv opsøge praktiserende terapeut. Sådanne timeklippekort kan også komme på tale direkte som en på forhånd aftalt del af en genoptræningsplan.

Udover dette skal *resultaterne* af genoptræning og anden behandling systematisk *måles*. Der er udviklet enkle spørgeskemaer, der på få minutter kan kortlægge i forbløffende præcist omfang, hvor meget en behandling har udrettet i patientens daglige liv. Kobles sådanne resultatmålinger sammen med systematiske registreringer af aktiviteterne i både social- og sundhedsvæsnets net, så bliver hele området pludselig langt mere gennemsigtigt, end det nogensinde har været *før*. Det er muligt at lave alle disse registreringer med et minimum af besvær. Langt de fleste systemer er allerede udviklet og kan uden videre tages i anvendelse. Behandlingsresultaterne skal naturligvis offentliggøres.

Det er både brugere, borgere og fagfolk, der kan drage fordel af en langt større gennemsigtighed. For fagfolk er det afgørende at finde ud af, hvilke behandlinger der tegner til at virke, og hvilke der ikke virker. Det gør det muligt systematisk at finde den mest effektive

praksis og overføre den til andre områder. Det vil dermed også blive muligt at skære i de dele af genoptræningen, der ikke virker.

Erfaringerne fra andre komplicerede arbejdsprocesser, der involverer mange parter (det vil sige stort set al moderne produktion) viser entydigt, at der ikke findes lette løsninger. Det eneste, der virkelig løfter og holder kvaliteten, er en langvarig systematisk indsats, hvor man løbende følger op med målinger.

Forslag til en samlet strategi for genoptræning og rehabilitering i Danmark

Kapitel 6 sammenfatter en række konkrete forslag til debat, der på én gang skal sikre en bedre koordination af den eksisterende genoptræning og rehabilitering og sætte en udvikling i gang, der indfrier flere af potentialerne på området. Samlet set udgør disse forslag en sammenhængende strategi for fremtidens genoptræning og rehabilitering i Danmark.

Sådan udvikles genoptræning og rehabilitering

| Principper | Konkrete virkemidler |
|--|--|
| Rettighed til genoptræning og rehabilitering | <ul style="list-style-type: none"> Ret til hurtig afklaring Ret til genoptrænings-/rehabiliteringsplan Ret til "second opinion" og timeklippekort |
| Systematisk resultatorientering | <ul style="list-style-type: none"> Brug af SF-36 til alle patientforløb Brug af specialiserede målesystemer Systematisk ydelsesregistrering |
| Bred genoptrænings- og rehabiliteringskultur | <ul style="list-style-type: none"> Involvering af flere faggrupper Holdarbejde Tidligere start på genoptræning og rehabilitering Genoptræning og rehabilitering i eget hjem, på arbejdspladser mv Genoptræning og rehabilitering som lægeligt fagområde (krav om kompetence ved overlægeansættelse) |
| Vidensbaseret genoptræning og rehabilitering | <ul style="list-style-type: none"> Opbygning af forskningskapacitet, professorater og efteruddannelse National forskningsplan Elektronisk forskningsformidling |

Figur 1: Oversigt over debatoplæggets principielle og konkrete forslag til udvikling af genoptræning og rehabilitering

Strategien tager **udgangspunkt i fire principper** med en række konkrete underliggende forslag.

1. Genoptræning bør være en rettighed for dem, der har behov. Fordi genoptræning og rehabilitering er - og især burde være - spredt ud på mange forskellige parter og sektorer, og fordi den desværre fortsat ligger i slutningen af forløbet, er der hele tiden en risiko for, at ingen rigtigt tager ansvaret. I stedet risikerer patienten at falde mellem to - eller endnu

flere - stole. Det gør det rimeligt og nødvendigt at sikre rettigheder for den enkelte netop dette område. De konkrete virkemidler er som nævnt:

- Ret til en hurtigere afklaring af behovet for behandling, genoptræning og rehabilitering.
- Faktisk gennemførelse af de eksisterende regler om genoptræningsplaner
- Ret til "second opinion" og til om fornødent frit at vælge en anden behandler end kommunen via et timeklippekort.

2. Systematisk resultatorientering af det enkelte patientforløb. For at sikre en samlet god behandling, hvor det ikke er fagfolkernes succeskriterier, der tæller, er der brug for en systematisk resultatmåling af alt, hvad social- og sundhedsvæsnet foretager sig. Måler man resultater og ydelser, er det langt mere sandsynligt, at dårlig koordination, manglende eller overflødig indsats bliver opdaget. Inden for sundhedsvæsnet område er der udviklet systematiske, følsomme og yderst billige måleredskaber. De konkrete virkemidler er derfor:

- Systematisk måling af resultater, f.eks. gennem brug af SF-36-skemaet for alle patienter, gerne bakket op af mere specialiserede målinger.
- Måling af indsats og ydelser i det enkelte patientforløb. At videreudvikle et systematisk og fælles registreringsprog er også forudsætningen for bedre tværfaglig koordination.
- Konsekvent offentliggørelse af målinger. Formålet er først og fremmest at sikre, at fagfolkene tager målingerne alvorligt.

3. Bred genoptrænings- og rehabiliteringskultur. Det er hverken realistisk eller ønskeligt, at den kommende vækst i genoptræning og rehabilitering alene skal klares af professionelle. Tværtimod er der brug for at skabe en langt bredere genoptrænings- og rehabiliteringskultur. Det kræver først og fremmest en ændring i tankegange:

- Der er brug for at begynde genoptræning og rehabilitering langt tidligere i de enkelte patientforløb fremfor at lade det være en separat aktivitet til sidst. Faktisk burde især fysisk træning rykkes endnu tidligere frem og bruges som regulær forebyggelse (et emne, der ikke er dækket i dette debatoplæg).
- Der er ikke noget til hinder for, at andre faggrupper i social- og sundhedsvæsnet i højere grad anlægger et rehabiliteringsperspektiv på deres indsats. Ofte kræver det kun mindre justeringer af praksis og målsætninger. Der kan dog også være god grund til at gennemtænke indretningen af sygehuse og andre institutioner i retning af at være mest muligt aktiverende.
- Genoptræning og rehabilitering bør også foregå på langt flere arenaer end i dag. Der er gode resultater med genoptræning i brugerens eget hjem og inddragelse af pårørende. Og der er et stort uudnyttet potentiale for rehabilitering på arbejdspladser. I nogle tilfælde er selve det at komme i arbejde bedre for brugeren end nok så meget professionel rehabilitering.
- Omvendt er det næppe en god ide at opbygge et lægeligt speciale i genoptræning og rehabilitering. Opgaven er ikke at sætte hegn omkring et territorium for et fag, men at brede genoptræning og rehabilitering ud som et fælles perspektiv. Derfor bør der kræves kompetence i genoptræning og rehabilitering hos læger inden for mange specialer. Det forudsætter, at kendskab til genoptræning og rehabilitering gøres til et formelt krav ved besættelse af overlægestillinger inden for en række områder.

Det skal understreges, at disse forslag ikke medfører ret mange ekstraudgifter. Langt de fleste er ændrede arbejdsprincipper og tankegange. Enkelte af dem er regulære omprioriteringer.

4. Vidensbaseret genoptræning og rehabilitering. Genoptræning og rehabilitering skal udvikles i Danmark. Men sammenlignet med forholdene i udlandet er der forbløffende få udviklingsressourcer og -muligheder på området. Det var måske en acceptabel situation den gang, da genoptræning var et erfaringsfag, hvor der gik måneder mellem nye forskningsresultater. Men i dag accelererer udviklingen globalt inden for området. Behandlingssystemet i Danmark er ganske enkelt slet ikke klædt på til bare at følge med i denne udvikling, endsi­ge bidrage i det omfang vi burde. Det danske sundheds- og især socialvæsen er ganske veludbygget sammenlignet med udlandet, og der er gode forudsætninger for at gøre genoptræning til et foregangsfelt, men det er nærmest den modsatte situation vi er på vej ind i.

Det er heldigvis ikke nogen vanskelig situation at ændre. De metoder, der skal til for at løfte et område videnskabeligt, er velkendte. De omfatter blandt andet:

- Stærkere uddannelser med professorater, muligheder for specialisering og mere løbende efteruddannelse på højt niveau (masteruddannelser mv.). Det skal sikre en modtagestruktur for viden fra udlandet og etablere en stærk forskningstradition i Danmark.
- Udvikling af bedre registreringssprog og kobling af dette med en mere resultatorienteret indsats (se ovenfor)
- Etablering af genoptræning og rehabilitering som et fagområde inden for en række relevante lægelige specialer, så flere overlægestillinger kræver rehabiliteringskompetence.
- Strategiske forskningsprogrammer, der retter sig mod udforskning af de største genoptræningskrævende problemer og mod en vurdering af, om udbredte praksisformer virker. Det bør være muligt "at plukke nogle lavthængende frugter"; det vil sige afklare spørgsmål med stor faglig og økonomisk betydning inden for en overskuelig tid. Der er desuden et stort og udækket behov for forskning og kvalitetssikring af primærsektorens aktiviteter. En sådan forskning bør selvsagt sammentænkes med forskning i almen praksis, hjemmesygepleje mv.

Definition af genoptræning og rehabilitering

I dette debatoplæg defineres genoptræning og rehabilitering som de målrettede og så vidt muligt videnskabeligt dokumenterede aktiviteter, der med udgangspunkt i brugerens deltagelse, ønsker og ressourcer sigter mod at genskabe mest muligt af livet for den enkelte bruger, uanset om de udføres af fagfolk, brugeren selv eller pårørende, uanset hvor i brugerens forløb de forekommer, og uanset hvorhenne de foregår.

Det er en bred definition. Formålet er imidlertid ikke at udvide territoriet for én faggruppe på bekostning af andre, men at ændre behandlingsfilosofien overalt i sundheds- og socialvæsenet. Fremfor at fokusere på snævre kliniske målsætninger eller blot følge rutiner, så bør alle aktiviteter være bundet sammen af en målsætning om rehabilitering: At brugeren vender så meget tilbage til livet som muligt. Der er netop ingen binding til, at aktiviteter-

ne absolut skal udføres af bestemte grupper, foregå under bestemte rammer eller på bestemte tidspunkter.

Definitionen tager udgangspunkt i *aktiviteter*. Det er de konkrete handlinger, som brugeren gennemfører, eller som gennemføres sammen med brugeren. De skal kunne defineres og tælles. Det er forudsætningen for, at alle involverede faggrupper kan forstå hinanden. Det er også forudsætningen, for at andre kan kopiere gode resultater. Og det er forudsætningen for, at man overhovedet kan tale om rettigheder til genoptræning og rehabilitering.

Definitionen tager også udgangspunkt i *brugeren*. Genoptræning og rehabilitering er ikke noget, man modtager, men noget man deltager i. I hvert fald hvis den skal have effekt.

I dette debatoplæg omtales genoptræning og rehabilitering, som om begreberne dækker det samme. Blandt fagfolk bruges rehabilitering som et noget bredere begreb, der omfatter arbejdsstræning, mental træning og rådgivning, mens genoptræning ofte opfattes hovedsageligt som fysisk genoptræning. I den offentlige debat benyttes hovedsageligt ordet genoptræning, selv om det der ofte er tale om rehabilitering.

Kapitel 1

Fra genoptræning som problem...

Mulighederne i genoptræning og rehabilitering

Genoptræning og rehabilitering kan *påvirke* offentlige udgifter på intet mindre end 145 mia. kroner (se tabel 1.1). Langt hovedparten af de sociale serviceudgifter går til personer, der har et eller andet helbredsproblem. Genoptræning og rehabilitering kan i mange af disse tilfælde påvirke belastningen ved disse helbredsproblemer - både for den enkelte og for de offentlige kasser.

Store tal

| | |
|---|-----------------|
| Sygehuse - ca. 80% går til patienter med kroniske lidelser | 47 mia. |
| Praksis og medicin - hovedparten går til patienter med kroniske lidelser | 16 mia. |
| Førtidspension - går næsten kun til kronisk syge | 21 mia. |
| Handicappede og revalidering - hvor afhængige modtagerne er, påvirkes bl.a. af rehabilitering | 26 mia. |
| Sygedagpenge (incl arbejdsgivernes bidrag) - hvoraf halvdelen er langtidssygemeldinger | 12 mia. |
| Institutioner og hjemmehjælp for ældre - trækker på offentlige serviceudgifter er hovedsageligt bestemt af den ældres funktionsniveau | 23 mia. |
| I alt | 145 mia. |

Tabel 1.1: Samlet oversigt over de offentlige udgifter (incl. arbejdsgiverbidrag), som direkte eller indirekte påvirkes af genoptræning og rehabilitering.

Kilde: Statistisk årbog 2003, tabel 171

Mere konkret er der tale om følgende sammenhænge mellem udgifter og genoptræning/rehabilitering:

- Inden for sundhedsvæsenet er det formentlig omkring fire ud af fem kroner, der anvendes til mennesker, som er kronisk syge. Deres grundlæggende diagnose er allerede kendt, når de indlægges eller går til deres praktiserende læge, også selv om indlæggelsen i mange tilfælde er akut. Hvor meget kronisk syge trækker på sundhedsvæsenet, f.eks. i form af genindlæggelser og løbende medicinforbrug, kan i mange tilfælde påvirkes meget af, hvor vellykket en rehabilitering de tilbydes.
- Udgifterne til invaliditet og hjælpemidler er i hovedparten af tilfældene også påvirkelige.
- Udgifterne til førtidspension og sygedagpenge, hvor omkring halvdelen går til langtidssyge, er i høj grad påvirkelige af, hvilket genoptrænings-/rehabiliterings-tilbud, der er til rådighed. Der er solid dokumentation for, at samlede genop-

trænings-/rehabiliteringsprogrammer over for rygproblemer kan nedsætte antallet af sygedage markant.

- Udgifter til pleje og anden praktisk hjælp er først og fremmest bestemt af, hvor god en funktion de ældre har (Arendt, 2002). Der er solid dokumentation for, at rettidig træning kan forhindre, at ældre mister funktionsevne, og at rehabilitering i mange tilfælde - om end det kan være svært - kan genskabe funktionsniveauet hos ældre.

Så selv ganske beskedne ændringer i disse meget store udgiftsposter kan have enorm økonomisk betydning.

Hertil skal lægges mindst fem andre effekter:

For det første påvirker genoptræning og rehabilitering også den enkelte: Færre smerter, større muligheder for at leve et liv som andre borgere og tjene penge.

For det andet påvirker genoptræning og rehabilitering ikke kun udgifterne men også kvaliteten af de offentlige serviceydelser. Der er eksempler på, at manglende genoptræning medfører, at kostbare behandlinger i sygehusvæsnet reelt er spildt.

For det tredje understøtter genoptræning og rehabilitering den ganske stramme linje i social- og arbejdsmarkedspolitikken, der har præget området i de senere år. Det gør denne politik mere politisk acceptabel både for den enkelte og for borgerne i almindelighed, at der ikke kun føres kontrol, følges op og stilles krav, men at der også er muligheder og tilbud for den enkelte.

For det fjerde påvirker genoptræning og rehabilitering også opfattelsen af hvem, der har ansvaret for at sikre de mange forskellige ydelser, som velfærdssamfundet stiller til rådighed. Genoptræning og rehabilitering er baseret på, at brugeren selv er aktiv og selv påtager sig et medansvar, også selv om det til tider indebærer hårdt arbejde med beskedne fremskridt. Der er tilmed ganske mange eksempler på, at genoptræning og rehabilitering i endnu højere grad kan flyttes til brugeren eller pårørende, og samtidig opnå gode resultater. For at kunne håndtere forventningspresset mod den offentlige sektor bliver det fremover afgørende at fastholde, at borgerne ikke bare er kunder, der passivt modtager ydelser, men at de selv har et betydeligt medansvar.

For det femte spares private pensionsordninger også for udgifter, der i stedet kan benyttes til at øge alderspensionerne og dermed indirekte lette presset på de offentlige pensionsordninger.

For at sætte disse beløb og effekter i perspektiv, så er udgifterne til patienter med planlagte operationer ca. 6 mia. kroner om året. (Indenrigs- og Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg, 2003). Det er denne udgiftspost, der har været i fokus for den sundhedspolitiske debat i de senere år. Blandt dem, der står længe på venteliste til operation, er der for et flertal ikke tale om alvorlige helbredsproblemer. En undersøgelse af langtidsventende i Århus Amt viser, at 70% ikke har haft en sygedag i forbindelse med, at de har stået på venteliste. For 27% har sygdommen slet ikke haft nogen indflydelse på deres dagligdag. Yderligere 20% oplyser, at den har været et mindre problem. Der er dog også et mindretal, hvor situationen er alvorlig: 10% har været konstant sygemeldt i ventetiden, og 28% har tilkende-

givet, at sygdommen i høj grad påvirker hverdagen (Rønnev, 1997). Undersøgelser af årsagerne til den betydelige efterspørgsel efter private sygeforsikringer viser tilsvarende, at efterspørgslen i langt højere grad skyldtes frygt for, at der i *fremtiden* vil komme meget lange ventelister, end konkret utilfredshed med den nuværende service (Goul Andersen, 2000).

Debatten om problemerne dominerer

Men det er ikke de store perspektiver i genoptræning og rehabilitering, der præger den offentlige debat.

I stedet har genoptræning og rehabilitering har fået ry for at være et af den offentlige sektors problembørn. Som noget der mangler, som noget, der kommer for sent eller som noget, det offentlige ikke rigtig kan finde ud af at styre.

Og der er naturligvis noget om kritikken. I modsætning til tidligere ved man nu *lidt* om omfanget af problemerne.

Begynder man på sygehusene, viser en undersøgelse af en lang række medicinske sengeafsnit, at ca. 82% af patienterne får beskrevet deres funktionsniveau. Idealet er, at 100% får det. Samtidig fremgår det af undersøgelsen, at beskrivelserne af funktionsniveauet ikke nødvendigvis fremgår af den samme journal. Det vil sige, at der hersker uklarhed om rutinerne. Samtidig er det ikke alle de, som ifølge beskrivelsen af deres funktionsniveau har et genoptræningsbehov, der også får et tilbud. Og kun i 8% af patientjournalerne er der dokumentation for, at patienten har fået udarbejdet en genoptræningsplan (Den gode medicinske afdeling, 2003). Det skal her tilføjes, at de sengeafsnit, der frivilligt deltager i denne undersøgelse, meget vel kan vise sig at tilhøre den bedre ende af de medicinske afdelinger. Samlet viser denne undersøgelse, at der med sikkerhed er en del patienter, der falder igennem afdelingernes rutiner og ikke bliver vurderet, eller hvor vurderinger ikke bliver fulgt op.

En anden undersøgelse af 3.388 patientforløb med patienter med apopleksi (slagtilfælde) viser, at lidt over 90% fik tilsyn af såvel fysioterapeut som ergoterapeut (sundhed.dk, 2004). Det høje tal skal ses på baggrund af, at det her drejer sig om et af de områder af sundhedsvæsenet, hvor der er forsket aller mest i genoptræning og rehabilitering. Dokumentationen for effekten af genoptræning og rehabilitering hos apopleksipatienter er blandt den bedste overhovedet. Men selv om vi er i "eliten", når det gælder viden, afslører undersøgelsen alligevel organiseringsproblemer. Selv om standarden er, at 90% bør have tilsyn inden for to døgn fra indlæggelsen, så skete det kun i knapt 40% af tilfældene. Der foreligger dog tilsagn fra en stor del af de deltagende afdelinger, at de vil gennemgå deres procedurer igen.

En undersøgelse af amternes og kommunernes indsats for at genoptræne ældre viser et endnu mere broget billede. Selv om der er gået mere end et halvt år fra stramningerne i den lovgivning, der pålagde amterne at udarbejde genoptræningsplaner, er der en enorm uforklaret variation (se tabel 1.2). Det samlede antal genoptræningsplaner, i alt ca. 5.000 på tre måneder, der indgår i undersøgelsen, er endog meget langt fra det skøn, som Amtsrådsforeningen fremlagde før lovens vedtagelse. Her skønnede man, at der ville være

behov for hen ved 60.000 genoptræningsplaner om året - eller 15.000 på kvartalsplan.

Til denne noget tilfældige amtslige indsats skal lægges, at ca. hver tiende mindre kommune slet ikke tilbyder genoptræning, og at hver femte af de mellemstore kommuner (10-30.000 indbyggere) heller ikke gør det. Endelig viser undersøgelsen, at de fleste amter ikke tilbyder patienter uden for amtet genoptræning. Konsekvensen af dette har i en række tilfælde været, at patienterne selv har betalt for deres genoptræning hos en privatpraktiserende fysioterapeut.

Der er ingen grund til at tro, at problemerne er blevet værre i de senere år. Tværtimod har situationen tidligere været langt værre, men den var også uundersøgt og på næsten alle måder usynlig.

Der er tilført flere ressourcer til genoptræning og rehabilitering i de senere år. Beskæftigelsen blandt terapeuter på sygehusene er steget fra i alt 2.845 terapeuter i 2000 til 3.004 terapeuter i år 2002 eller en stigning på i alt 5,5% (Sundhedsstyrelsen, 2003). I kommunerne har væksten været betydeligt større. Tallene er usikre, men det skønnes, at der i 1996 var 3,5 årsværk per 10.000 ældre, mens der i 2002 er 6,7 årsværk per 10.000 ældre (Tang & Engberg, 2003). Denne ressourcevækst skal bl.a. ses på baggrund af den stærkt øgede dokumentation af effekterne af genoptræning og rehabilitering (se også kapitel 3).

De lette problemforklaringer

Den traditionelle forklaring på problemerne fokuserer på den dårlige koordination mellem de forskellige offentlige myndigheder. Kommunerne samler ikke op, når amterne er færdige, og amterne tænker ikke på, hvad kommunerne kan og ikke kan. Pointen er, at hvis bare der var bedre koordination, ville mange problemer løse sig. Det er imidlertid kun delvist rigtigt. For der er mindst to andre problemer:

For det første er der mange, der falder igennem systemet hos den enkelte myndighed. Tal fra sygehusene viser, at der internt er mange patienter, der falder igennem, også selv om de burde være synlige for de relevante fagfolk. I betragtning af, dels at kommunerne har langt sværere ved at "se" deres brugere end et sygehus, og dels den store variation, der er i kommunernes bemanning, må der være langt flere brugere i kommunerne, der falder igennem.

Langt igen

| Antal planer per 10.000 ældre i befolkningen | |
|--|------------------|
| H:S | 67 |
| Københavns Amt | 105 |
| Roskilde Amt | Kan ikke skønnes |
| Storstrøms Amt | 49 |
| Bornholms Amt | 38 |
| Fyns Amt | Kan ikke skønnes |
| Sønderjyllands Amt | 241 |
| Ribe Amt | 41 |
| Ringkjøbing Amt | 51 |
| Viborg Amt | 91 |
| Nordjyllands Amt | 70 |

Tabel 1.2: Genoptræningsplanerne var langt fra på plads i 2002. Skøn over antallet af genoptræningsplaner i første kvartal af 2002.

Bemærk: Frederiksborg Amt, Vestsjællands Amt, Vejle Amt og Århus Amt har ikke svaret på spørgsmålet. For de fleste af amterne er der tale om skønnede størrelser, da der ikke foreligger en systematisk registrering.

Kilde: Tang og Engberg, 2003 #89

For det andet er der mange, der nærmest er uden for systemet. Selv for de allerdyreste brugere af de offentlige systemer, f.eks. unge handicappede eller psykisk syge, er der meget lidt viden om, hvor meget rehabilitering de tilbydes, om den virker osv.

Problemerne med fejl inden for systemerne og med de brugere, der falder uden for systemerne er tilsammen formentlig langt større end problemerne med koordination mellem to myndigheder.

Erfaringerne fra de virkelige gennembrud i behandlingseffektivitet som f.eks. apopleksi-behandling, hjertekirurgi eller accelererede patientforløb er da også, at man ikke kun skal se på overgangene mellem to myndigheder, men samtidigt skal se på alle elementer i et patientforløb.

Men de meget synlige problemer opstår i brudfladen mellem myndigheder. Det er her ventetid, misforståelser og manglende ansvarlighed bliver synlig for alle. Det er også her, debatten om kassetænkning, kulturforskelle, placering af ansvaret mv. raser. Det er en debat, hvor meget stærke og velorganiserede interesseorganisationer har meget på spil. Og selv om debatten isoleret set handler om f.eks. genoptræningsplaner, kan synspunkterne sagtens være præget af andre politiske hensyn, f.eks. at stille andre parter i et uheldigt lys eller at argumentere for en bestemt kommunalreform.

Der er derfor god grund til både at være kritisk over for de argumenter, der findes i debatten om den dårlige koordination og til at lede efter andre mulige løsninger end dem, parterne selv foreslår.

Hvorfor falder patienten mellem to stole: Kulturen og kassekampen?

Den traditionelle analyse af problemerne med genoptræning og rehabilitering lægger stort set kun vægt på, at koordinationen svigter. Kort sagt at patienterne falder mellem to stole. De konventionelle forklaringer på den dårlige koordination lægger vægt på to forhold:

At kulturen er forskellig på sygehuse og i primærsektoren. Underforstået, at hvis bare parterne tænkte sig mere om og satte sig ud over deres kultur og dens rutiner, så ville det hele gå meget bedre. Det er utvivlsomt rigtigt, at nogle af problemerne skyldes, at man ubevidst følger egne rutiner. Men der er faktisk særdeles gode grunde til, at de forskellige systemer arbejder på forskellig vis. Det vil dermed også sige, at de har meget svært ved at ændre deres kultur, så den passer til deres samarbejdspartnere.

- Kommuner arbejder langsigtet. De enkelte ansatte følger som hovedregel arbejdsplaner, hvor den enkelte bruger optræder, fordi en stor del af arbejdet sker i forbindelse med besøg hos brugeren. Det gælder uanset, om det er hjemmehjælp eller genoptræning. Brugere kender selvfølgelig disse arbejdsplaner og forventer, at de følges nøje. Det er som regel ikke de ansatte selv, der bestemmer hvor meget de skal arbejde med den enkelte bruger. Tværtimod er denne myndighedsrolle ofte udskilt fra den konkrete udførelse af arbejdet. Kommunerne skal også tage højde for, at brugere løbende kan klage over afgørelser. Det kan f.eks. let ske, hvis kommunen gør forskel på to brugere, og de tilfældigvis opdager det. Taber kommunen en klage-

Så forskelligt arbejder sygehuse, kommunal hjemmepleje og praksis

| | Kommuners hjemme-hjælp (pleje og genoptræning) | Sygehuses behandling (akut indlagte) | Privatpraktiserende terapeuter |
|---|---|---|--|
| Planlægning - for den enkelte bruger/patient | Måneder frem | Minutter til dage frem | Uger frem |
| Åbenhed - kender brugeren de detaljerede planer? | Ofte - derfor skal man passe på med at skabe forventninger og præcedens | Sjældent - og hvis brugeren alligevel gør det, kan man forklare sig ud af sagen | De udvikles i et samarbejde |
| Fleksibilitet - hvor hurtigt kan der flyttes eller skaffes ressourcer? | Varierer men ofte tager det dage | På minutter | Tager mindst dage |
| Hvem bestemmer omfanget af indsatsen? | Visitorator, der ikke selv udfører arbejdet | Den enkelte fagperson, eventuelt efter henvisning fra læge | Især patienten |
| Hvis brugeren vinder en klagesag | Så skal brugeren behandles anderledes | Får det ingen effekt for den klagende patient | Som sygehuse |
| Lovregulering | Tæt | Meget overordnet | Hovedsagligt overenskomstregulering |
| Kultur | Langsom, forsigtig og formel | Hurtig, omskiftelig og uformel | Personlig, uformel, professionel, tid er penge |

Tabel 1.3: Kulturen er og skal være vidt forskellig i en kommunal hjemmepleje, på et sygehus og hos den privatpraktiserende terapeut.

Kilde: Mandag Morgen

sag, er den nødt til at ændre sine planer og typisk tildele brugeren flere ressourcer. Alt dette gør, at kommuner - selv med den bedste vilje - er ganske stive, tunge og langsommelige i deres arbejdsgange.

- Sygehuse er på næsten alle disse punkter anderledes. De skal, især ved akutte indlæggelser, være fleksible og i nogen tilfælde meget hurtige til at flytte store ressourcer. Det kan sprede en fornemmelse af, at planlægning er nytteløs, og at det bare gælder om at være klar. De erfaringer, der i dag findes med veldrevne akutte sygehusafdelinger understreger dog behovet for planlægning. Men det er planlægning, hvor det er vigtigere hurtigt at få *en klar retning* end en præcis tidsplan for arbejdet med patienten (se f.eks. projektet Den Gode Medicinske Afdeling www.dgma.dk). For sygehuse aflyser eller ændrer - mere eller mindre åbent - planer og beslutninger med de enkelte patienter, så snart andre og vigtigere ting kommer i vejen. I de fleste tilfælde opdager patienterne ikke noget. Der er også afgørende forskelle mellem sygehuse og kommuner, når det gælder klager. Når patienterne klager over et sygehus, sker det næsten altid efter, at sygehuset er færdig med at behandle patienten. Afgørelsen på klagesagen får som regel ingen som helst konsekvenser for, hvordan arbejdet planlægges eller foregår. Bortset fra speciallæge-

erklæringer er det yderst sjældent, at sygehuse skal kontrollere patienterne og tildele eller fratage dem rettigheder. Sygehuse er heller ikke underlagt noget, der ligner det detaljerede regelsæt kommuner arbejder ud fra. Tilsammen gør dette sygehuse - sammenlignet med kommuner - til hurtige og fleksible organisationer, der kan have svært ved at forstå, at andre ikke arbejder på samme måde.

- Praksissektoren, her de privatpraktiserende fysioterapeuter og et mindre antal private ergoterapeuter, har en helt tredje kultur. På nogle punkter minder den om de andre sektorer. I praksis reagerer man i samme tempo som den kommunale sektor, da der typisk er ventetid på behandling. Overenskomsten udgør en stærk regulering af hvad og især hvor meget, der må ydes af fysioterapi, mens ergoterapi fungerer på rene markedsvilkår. Der er mindst to forskelle fra de store offentlige systemer. For det første er forbindelsen mellem behandler og bruger i højere grad et aktivt valg fra brugerens side. For det andet er behandleren selvstændig erhvervsdrivende. Det betyder på godt og ondt, at tid er penge. På den ene side er behandleren stærkt motiveret til at yde megen og god behandling og service, men på den anden side yder behandleren kun det, vedkommende får betaling for. Hvis behandleren ikke bliver betalt for opsøgende eller koordinerende indsats - og det gør de ikke i dag, så overlades opgaven til brugeren selv, som i mange tilfælde påtager sig opgaven. I praksis er der da også mange patienter, der reagerer på utilfredsstillende forhold i den offentlige sektor, ved selv at betale for genoptræningen.

Kulturforskellene er langtfra det eneste, der skaber uklarhed mellem kommunale systemer og sygehuse. Der er mindst et par andre uklarhedsskabere eller gråzoner:

- Kriterierne for, hvornår man indlægges og udskrives eller overføres fra ambulans til praksis behandling eller til det kommunale system er ikke særligt klare og kan ændre sig som følge af lokale forhold og særlige spidsbelastninger. Det vil sige, at de grundlæggende spørgsmål om, hvor brugeren skal være, hele tiden kan blive besvaret på en ny måde.
- Patientens fremtid er ofte usikker. Skal vedkommende være sygemeldt, gå på arbejde eller måske overveje pension? Kan man klare sig selv, eller skal man til at være afhængig af offentlig hjælp? Skal man flytte eller ej? I flere af disse spørgsmål spiller mulighederne hos de forskellige myndigheder ind.

Så det er ikke kun én men adskillige gråzoner, der så at sige spiller sammen og skaber misforståelser og dårlig koordination.

Kassetænkning. Den anden hovedforklaring på den dårlige koordinering tager ikke udgangspunkt, i at organisationerne lidt ubetænksomt følger deres kultur, men at de omvendt snarere er durkdrevne strateger, der smører deres arbejdsopgaver og besparelser af på hinanden. Forklaringen kaldes ”kassetænkning” eller endog ”kassekamp”.

Eksempler på kassetænkning har været færdigbehandlede patienter, der er blevet liggende på sygehuset, fordi deres hjemkommune ikke har haft kapacitet til at tage imod dem med hjemmehjælp eller lignende. Dette problem er relativt enkelt at løse, nemlig ved at der pålægges kommunerne en takst for ikke-hjemtagede patienter. Denne takst har halveret omfanget af færdigbehandlede patienter indlagt på sygehuse og formentlig fjernet størstedelen af kassetænkningen (Finansministeriet, 2001).

Men billedet er som nævnt ikke nær så klart for genoptræning. Det er ikke oplagt, at den generelt kortere liggetid på sygehusene f.eks. øger eller mindsker genoptræningsomfanget i kommunerne. I nogle tilfælde øger kortere liggetid selvsagt genoptræningsbehovet og -omfanget. I andre skyldes den kortere liggetid, at sygehusene behandler mindre indgribende og stressende og dermed gør det lettere for patienten at komme sig af sig selv. Lang liggetid i en seng gør desuden i sig selv patienterne dårligere, så de får et stærkt øget behov for genoptræning. Ingen har i dag et samlet overblik over, hvordan disse forskellige faktorer virker i forhold til hinanden.

Men debatten fortsætter. Især når der som p.t. eksisterer en betydelig uklarhed over, hvem der skal påtage sig ansvaret for udgifterne til genoptræningsplanerne. Når der ses bort fra den aktuelle debat om ansvaret for genoptræningsplanerne, der har skabt en masse forhåbentlig kortsigtet uro, så er der god grund til at tro, at kassetænkningen er overdrevet som problem inden for genoptræning.

Ledere af offentlige myndigheder har særdeles gode grunde til at overdrive de problemer, der opstår ved, at andre påfører dem udgifter. Offentlige ledere kan ofte have brug for argumenter, der kan benyttes i en budgetforhandling eller forsvare dem mod kritik af deres arbejde. Medarbejderne derimod skændes netop ikke om betalingen for den enkelte bruger eller patient. De følger rutiner. Det er derfor ikke nødvendigvis konkrete betalingsdiskussioner over den enkelte bruger, der medfører dårlig koordination.

Lær af erhvervslivet for at reducere koordinationsproblemerne

Det måske største problem ved kassetækningsargumentet er, at det er så populært. For faktisk er det vigtigste at indse, at koordinationsproblemerne ikke kan løses. Der findes ikke en formel for én klar ansvarsfordeling. Men problemerne kan gøres mindre, meget mindre.

Nøjagtigt lige så lidt, som man kan forhindre bilulykker eller flystyrt kan man forhindre, at der en gang imellem sker dårlig koordination mellem de forskellige parter i et patientforløb. Der er så mange muligheder for misforståelser og fejl så mange steder, at fejl er uundgåelige. Derved ligner genoptræning og rehabilitering moderne produktion af komplicerede varer. Disse varer består af tusindvis af komponenter, linjer af software osv. I praksis har industrien klaret omstillingen fra simple til komplicerede varer, ikke ved at diskutere forskellige kulturer, men ved at gribe problemet an på en ganske anden måde, hvor klare definitioner, måling og systematisk læring og udvikling af procedurer er i fokus (Young, 2004). Det har reduceret antallet af fejl - især fejlraten på den enkelte komponent - meget voldsomt.

For at reducere omfanget af dårlig koordination, kræves det, at man:

- **Definerer langt mere klart end hidtil, hvad god koordination egentlig er.** Det er karakteristisk, at de fleste rapporter, der behandler god og dårlig koordination, faktisk ikke definerer problemet eller succeskriteriet, men refererer en række anekdoter og indtryk af problemet (Sundhedsministeriet, 1994 og Socialministeriet, Institut for Pensions- og ældrepolitik, 2003). I praksis kræver en klar definition, at man opstiller

begrundede standarder for forløb¹, som det f.eks. sker i Projektet Den Gode Medicinske afdeling.

- **Registrerer omfanget af god og dårlig koordination.** Der findes kun ganske få eksempler på en sådan systematisk registrering. Projektet Den Gode Medicinske Afdeling er et eksempel på, hvordan systematiske registreringssystemer kan opstilles og langsomt men sikkert give resultater.
- **Opbygger incitament, der holder de ansvarlige til ilden.** Private virksomheder har et stærkt incitament til at holde kvaliteten højt, mens offentlige myndigheder bedre kan slippe af sted med dårlig kvalitet. Der er to hovedtyper af incitament, der er relevante i den offentlige sektor. Det ene er at offentliggøre registreringerne, så både brugere og borgere kan forholde sig til dem. Alene offentliggørelsen lægger erfaringsmæssigt pres på offentlige enheder til at højne kvaliteten. Det andet er at udstyre borgerne med forskellige rettigheder til at vælge til og fra, til at skaffe sig "second opinion" osv. Sådanne rettigheder vil blive gennemgået nærmere i kapitel 6.

Ud fra dette grundlag kan man så gå i gang med systematisk at identificere årsagerne til, at standarderne ikke holder. Derefter må man lave langtidsholdbare praktiske rutiner eller systemer, der sikrer, at standarderne bliver overholdt. Det behøver ikke nødvendigvis kun at være bureaukratiske systemer med blanketter og lignende. Det kan også være, at bestemte personer får et ansvar for den enkelte brugers forløb, eller som man ser det inden for apopleksibehandling, at dedikerede teams styrer den samlede behandling.

Over årene har andre brancher haft enorm succes med denne tilgang. Erfaringerne viser dog også, at det er en stor udfordring at sikre både gode registreringer og en systematisk efterfølgende brug af de mange data.

Genoptræningsplanerne, der blev pålagt amterne af Folketinget som et resultat af en

række spredte bemærkninger fra enkelte borgere², er i praksis et ganske heldigt skridt i den rigtige retning. Tilstedeværelsen af et styk *opfyldt* genoptræningsplan kunne i praksis udgøre en - ganske vist meget primitiv - definition på god koordination. Andelen af patienter med genoptræningsplaner kan således let registreres (om end det langt fra sker alle steder), og dermed er der for første gang søsat et system, der faktisk arbejder systematisk i retning af bedre koordination.

Det er et ekstra incitament til parterne, at de nu ved, at deres handlinger eller mangel på samme er synlige og vil blive ved med at være det. Et sådant pres har hidtil manglet på de lokale koordinationsaftaler, der er indgået mellem enkelte amter og kommuner.

Med standarder, registreringer og incitament er fundamentet på plads til at arbejde systematisk med at få andre elementer i en bedre koordination på plads. Der er grund til at være skeptisk over for dyre tiltag som koordinationsmøder og løbende forhandlinger.

1 Det er også vigtigt ikke at blande for mange ting sammen her. Der må defineres en relevant operationel standard for god koordination. Derefter skal den holdes. Det vil ikke løse alle problemer. Uanset hvor god koordinationen så bliver, vil der være utilfredse patienter. Men andelen af utilfredse patienter skulle gerne kunne sænkes en del.

2 Ideen er oprindeligt formuleret af Ældresagen - (Felbo, 1996), men ikke fremført med nogen stor vægt.

Sådanne tiltag er reelt umulige bagefter at vurdere og forbedre. Tiltagene bør være baseret på enkle rutiner, der til gengæld faktisk bliver indført, fastholdt og evalueret seriøst.

Nogle ideer, der kan prøves af for at sikre en bedre koordination kunne derfor være:

- **Klar ansvarsdeling mellem amter og kommuner.** Kravet om en klar ansvarsfordeling vil eksistere uanset hvilken kommunal struktur, der vil blive resultatet af en strukturreform, for der vil reform eller ej stadig være forskellige enheder, nemlig sygehuse og kommuner, der skal koordinere og ansvarsfordele deres indsats.
- **Et øget kendskab til kapaciteten i kommunerne fra sygehusenes side og opbygning af kapacitet i de svagest kørende kommuner**
- **Mere klart og fælles sprog i genoptræningsplanerne.** Dette kræver en omfattende udvikling af ydelsesbeskrivelser og registreringer inden for genoptræning og rehabilitering (gennemgås yderligere i kapitel 3 og 6).
- **Bedre kvalifikationer blandt de læger,** der ordinerer planerne og også blandt de visitatorer, der bestemmer i kommunerne. Da ressourcerne til genoptræning og rehabilitering er begrænsede, er det afgørende, at de, der prioriterer, hvem der skal have ydelserne, er mest muligt kvalificerede hertil. Det hører med til god koordination, at der ikke laves flere planer, end der er ressourcer til (ideer hertil er nævnt i kapitel 6).
- **Samlet måling af effekten af behandlinger.** På den måde kan man se, om behandlingerne virker, og måske danne sig et vist indtryk af, *hvilke* behandlinger der virker (i kapitel 6 opstilles der konkrete forslag hertil). Her er der brug både for specifikke funktionsmålesystemer, der er tilpasset særlige patientkategorier, og et helt generelt system, der kan bruges på alle patienter i stil med SF-36.

Dermed være også sagt, at man skal væk fra de små enkeltprojekter som strategi. Projekt-mageri har ellers være en populær strategi i både sundheds- og socialvæsen. Projekter kan være gode til at prøve helt nye ideer af i praksis i lille skala, før man prøver dem i stor skala. Men i det lange løb er projekter for afhængige af ildsjæle og lokale forhold til at kunne at gøre en varig forskel. Langtidsholdbare ændringer kræver systemer, der til gengæld skal være så enkle og billige som muligt.

Hvor - og hvordan - bør ansvaret for genoptræning og rehabilitering placeres?

Den nuværende ansvarsfordeling mellem amter og kommuner er ikke særlig klar. F.eks. er grænsen mellem genoptræning, som er amternes ansvar, og vedligeholdelsestræning, som er kommunernes ansvar, meget svær at trække i dagligdagen.

Man kan ikke løse dette problem ved at flytte ansvaret for al genoptræning og rehabilitering til den ene eller den anden part. Der vil altid være behov for genoptræning og rehabilitering begge steder - ud over hvad der er brug for f.eks. i døgninstitutioner. Det er urealistisk at tro, at den ene part - hvis den fik overdraget ansvaret for al genoptræning - vil servicere den anden tilfredsstillende. Sygehuse har en stærk tendens til at behandle mest på de patienter, der bor tættest på sygehuset. De vil formentlig også nedprioritere alle ikke-indlagte patienter.

Hvis kommunerne fik hele ansvaret, ville de omvendt have svært ved at honorere sygehusenes krav om hurtig handling, uden at udskille de relevante terapeuter i en særlig

afdeling. På den måde genopstår ansvarsproblemet i en ny form. Kommuner vil mildt sagt også have svært ved at følge med i den ofte specialiserede genoptræning og rehabilitering, der følger efter indlæggelser. Der er ingen vej udenom. Sygehuse og kommuner skal samarbejde om genoptræning og rehabilitering.

En mulighed, der i praksis afprøves flere steder i landet, er at overveje nærmere, om det nødvendigvis skal være amternes og kommunernes *egne* organisationer, der skal samarbejde. En mulighed er at lave en fælles genoptrænings- og rehabiliteringsenhed, der så betjener alle, incl. udskrevne, patienter. En sådan enhed kan godt være en del af lokale sundhedscentre. Der kunne tilmed for visse særlige diagnoser også være medarbejdere placeret på sygehusene.

Der er flere forhold, der taler for, at genoptræning og rehabilitering måske i højere grad bør foregå i en lidt større driftsmæssig afstand til det politiske system, men naturligvis stadig inden for en budgetramme:

- Det er ikke let at opsætte industrielt inspirerede kvalitetssystemer i den offentlige sektor. Instinkterne i politisk styrede organisationer er imod den slags permanente uroskabere, der hele tiden løbende oplyser om, hvor der er problemer. Ledere - især politisk valgte ledere - er ofte tilbøjelige til at foretrække ro.
- En sådan struktur gør det muligt for private eller non-profit foretagender at byde på genoptrænings- og rehabiliteringsaktiviteten
- De konkrete prioriteringer kan flyttes over i faglige rammer, fremfor i de mere politiserede former, der kendes fra kommunerne.
- Det samler ansvaret for genoptræning og rehabilitering på ét område.

En anden mulighed er at lave mere klare grænser mellem amternes og kommunernes ansvar. Det vil ikke løse alle problemer, bl.a. vil patienter og brugere ofte passere denne grænse og dermed opleve at ansvaret skifter. Men en mulighed kunne være, at amterne havde ansvaret for alle udskrevne patienter i en bestemt periode, hvorefter patienterne overgår til at være et kommunalt ansvar. Dermed erstattes de uklare begreber om genoptræning og vedligeholdelsestræning med en langt klarere tidsfrist³. En sådan model kan i øvrigt understøttes ved at lægge et vist pres på kommunerne for, at de skal betale en slags grundtakst for at have borgere liggende på sygehuset (f.eks. halvdelen af udgifterne til en sengedag). Det vil give kommunerne et incitament til at modarbejde indlæggelser gennem god genoptræning. Det er helt afgørende, at de enkelte sygehuse ikke får disse takstpenge, da det vil give dem incitament til lange liggetider, hvilket vil være yderst uheldigt. Pengene fra kommunerne kunne derimod gå ned i det samlede bloktilskud til amter eller regioner i fremtiden.

En helt tredje mulighed er at flytte genoptræning og rehabilitering helt væk fra begge parter og lade den blive et liberalt erhverv, som praktiserende læger og sygehuslæger kan henvise til. Den økonomiske styring skulle så ske gennem en overenskomst med sygeforsikringen. Dermed pålægges koordinationsansvaret de praktiserende læger og brugerne selv. Selv om modellen derved har visse politiske fordele, og den meget vel kan skabe stor tilfredshed hos brugerne, har den også nogle problemer indbygget. For det

³ Tidsfrister er ikke helt klare. Hvad skal der f.eks. ske ved genindlæggelser? Får amtet så forlænget sin ansvarsperiode? Hvad nu hvis genindlæggelsen slet ikke vedrører den sygdom, der genoptrænes på osv.

første vil den været meget dårlig til at identificere de brugere, der ikke går til deres praktiserende læge eller er blevet indlagt. For det andet skaber den et nyt koordinationsproblem i forhold til koordination med kommunernes hjemmepleje, ændringer i indretning af brugerens hjem osv. For det tredje bliver det let en ganske stiv model, med håndfaste regler for omfanget af genoptræning og rehabilitering af den enkelte og muligvis med en tendens til, at udøverne kun vil arbejde fra deres praksis, for ikke at tabe indkomst på rejsetid. Derfor er det oplagt, især af hensyn til de svagere brugere, at langt fra al genoptræning og rehabilitering kan flyttes til praksissektoren. Men for den meget store gruppe af brugere med et veldefineret og afgrænset genoptræningsbehov er den særdeles velegnet. Et system med timeklippekort efter endt sygehusbehandling kunne lette kommunerne - både praktisk og politisk - for denne gruppe af brugere.

Kapitel 2

...til bærende princip

Mange forløb i dagens Velfærdsdanmark er helt simple. Et barn brækker armen på fodboldbanen, undersøges og behandles på skadestuen, heler op, får fjernet forbindingen og kontrolleres efterfølgende hos sin praktiserende læge. Efter lidt brug i dagligdagen er armen så god som før. En stor del af sundhedsdebatten foregår med denne type patientforløb i tankerne. Sundhedsvæsnet behandler simpelthen syge, så de bliver raske. Men denne enkle opfattelse bliver mere og mere problematisk.

For en stadig større del af forløbene gælder det nemlig, at:

- Patienterne bliver ved med at være syge, eller måske snarere ikke helt raske, i lange perioder. Mange er livsvarigt syge.
- Der mangler en plan og en sikker målestok for, hvordan behandlingen går. Ofte aner man ikke, om behandlingerne faktisk virker, eller om patienten bliver rask af sig selv.
- Der er mange og ikke altid særligt godt koordinerede parter involveret i behandlingen og i håndteringen af tilkendelse af sygedagpenge og førtidspensionssager.
- Patientens egen indsats, eller mangel på samme, spiller en stor rolle for, hvor godt behandlingen går.
- Det kan variere meget, hvor godt den enkelte patient efterfølgende lever med sit helbredsproblem, og hvor store udgifter, der udløses i det sociale system.

Der bliver flere og flere af disse komplicerede og langvarige patientforløb i fremtidens social- og sundhedsvæsen. Den generelle udvikling med specialisering gør desuden forløbene endnu mere opsplittede på utallige faggrupper og procedurer.

Den øgede anvendelse af økonomiske belønninger i sundhedsvæsnet som f.eks. DRG gør det ekstra vigtigt, at sundhedsvæsnet i fremtiden ikke kun fokuserer på at levere netop de ydelser, der giver økonomisk gevinst, men fortsat tænker i at gøre en samlet og varig forskel for patienterne.

Der er derfor god grund til at nytænke de grundlæggende opfattelser bag social- og sundhedsvæsnet, uanset om det er sygehuse, praksis eller kommunernes indsats. Tankegangen bag genoptræning og rehabilitering udgør et bud på et sådant nytænkt og samlede koncept for fremtidens social- og sundhedsvæsen.

En opfattelse af sygdom fra fortiden

Det måske største problem er *den fundamentalt forældede opfattelse af sygdom og behandling*, som de fleste både patienter, behandlere og beslutningstagere går rundt med. Sygdom fremstilles som noget, man får midlertidigt, og som hvis man holder sig i ro og passer sin behandling sandsynligvis går over igen. Ens egen aktive indsats gør ikke nogen nævneværdig forskel.

Denne opfattelse af sygdom er korrekt, hvis man lider af en infektion, eller er ung og lige har brækket benet. Og det er også en opfattelse, der har været korrekt for langt de fleste

sygdomstilfælde i de 99,95% af menneskets forhistorie, der ligger før den moderne velfærdsstat. Så den sidder dybt i os alle.

Denne enkle opfattelse af sygdom afspejler sig stadig i vores daglige sprogbrug, i indretningen af sygehuse, hvor senge fortsat dominerer, og indtil for nylig i sygemeldinger på arbejdsmarkedet, hvor man enten var syg eller rask. Deltidssygemeldinger har stadig meget svært ved at slå igennem. Selv i den alternative medicin finder man denne konventionelle opfattelse af sygdom. Det er tankevækkende, at der ikke findes et eneste alternativt behandlingssystem, hvis hovedanbefaling er fysisk aktivitet. I den alternative verden dominerer fysisk passiv behandling.

Men i dag er situationen fundamentalt forandret:

- I de sidste 50 - og især de sidste 30 år - er en stadig større andel af sundhedsvæsnets og i øvrigt også socialvæsnets ressourcer gået til personer med langvarige eller kroniske lidelser: Hjertesygdomme, kræft, sygdomme i muskler og led, sukkersyge, astma, psykiske sygdomme osv. (se også kapitel 1). Amerikanske undersøgelser (Hoffman, 1997) når frem til, at ca. hver anden kontakt til sundhedsvæsnets er fra en kronisk patient, og at hen ved fire ud af fem kroner bruges til behandling af kroniske patienter. Der er naturligvis ikke tale om, at alle disse sygdomme er nye. Men de er vokset i hyppighed, mens der er blevet færre alvorlige infektioner og ulykker. Samtidig er vi for alvor begyndt at *behandle* disse kroniske sygdomme i sundhedsvæsnets og udbetale førtidspension og lignende til dem, der ikke rigtigt kan gøres raske. Dette fundamentale skift i sygdomsbilledet væk fra infektionssygdomme og ulykker til kroniske lidelser øger efterspørgslen efter genoptræning og rehabilitering.
- For det andet er den automatiske genoptræning, som tidligere samfund indeholdt, væk. Tidligere var de fleste tvunget i gang fysisk efter sygdom og ulykker, fordi der ikke var nogen økonomiske alternativer. I dag har vi det bekvemme stillesiddende samfund. Den sociale sikring med sygedagpenge og pensionsmuligheder gør, at man, frem for at sulte, nu kan være inaktiv og dermed i mange tilfælde undgå at blive genoptrænet.
- For det tredje er vi for alvor begyndt at blive gamle. Tidligere var det kun et lille - heldigt eller meget stærkt - mindretal, der blev rigtigt gamle. I dag er der mange, der på trods af skavanker og problemer når en høj alder. De flere ældre er med til at skabe en større samlet mængde af helbredsproblemer, som kan bedres ved hjælp af genoptræning.
- Den fjerde ændring er, at der stilles større krav fra alle sider. Der er færre og færre lette jobs, eller jobs, hvor man selv kan bestemme tempoet. Især i bunden af arbejdsmarkedet er tempoet højt. Den enkelte stiller også større krav om at leve med færre smerter og bedre førlighed end tidligere. Der er heldigvis meget mindre tabu ved sygdom end tidligere, så patienter og pårørende tør stille sig op og forlange gode resultater. Og endelig stilles der heldigvis også større krav om at flere - helst alle - skal være med i samfundet på lige fod og have de samme chancer som andre. Vi har fået et medborgersamfund, hvor der også skal være plads til f.eks. handicappede, ældre og kronisk syge.

Rehabilitering kan blive et bærende princip for fremtidens social- og sundhedsvæsen

Alle disse krav medfører en langt større efterspørgsel efter genoptræning og rehabilitering. Da vækstmulighederne for velfærdsstaten er begrænsede, er der behov for at nytænke. Der er brug for at finde *flere ressourcer* i andre faggrupper og hos brugerne selv og i brugerens omgivelser. Men der er også brug for at nytænke kvalitativt. Fremover bør de enkelte velfærdsydelse i langt højere grad være baseret på resultater og måling af den samlede indsats over for den enkelte, så ineffektive behandlinger kan afvikles, og så det sikres, at alle nødvendige led i brugernes forløb faktisk gennemføres. Det gælder ikke kun inden for genoptræning og rehabilitering, men inden for al velfærdsservice.

Alternativet er, at fremtiden velfærdssystemer bliver præget af uoverskuelighed, umyndiggørelse, konflikter og dårlige resultater.

Velfærdsudfordringerne kan sammenfattes i fire punkter. Over for dem er der fire principper for udvikling af genoptræning og rehabilitering. Se tabel 2.1.

Fremtidens velfærd: udfordringer og principper

| Udfordringer | Konsekvenser for genoptræning/rehabilitering |
|---|--|
| Sikre hurtig og koordineret indsats | Rettigheder |
| Sikre at velfærden virker | Resultatmålinger |
| Sikre at brugeren inddrages som ressource og deltager | Bred genoptrænings/rehabiliteringsindsats |
| Sikre at velfærden baseres på bedre viden | Systematisk opsamling og spredning af viden |

Tablet 2.1: De store velfærdsudfordringer i fremtiden og den tilhørende udvikling af genoptræning/rehabilitering

Inden for nogle af disse principper er genoptræning og rehabilitering frontløbere i udviklingen, det gælder især resultatmåling og brugerinddragelse. På andre områder kan genoptræning og rehabilitering være en afgørende brobygger, der tager de bedste traditioner fra én sektor og overfører til en anden. Det gælder især princippet om vidensbaseret genoptræning og rehabilitering, da det er en ny tanke, at socialpolitiske indsatser skal være videns- eller evidensbaserede.

Udfordringerne er:

Tid og koordination er kritisk.

Tempo og koordination er ikke noget, som moderne velfærdssystemer opnår automatisk. Tværtimod er der, som gennemgået i kapitel 1, behov for et konstant pres for at sikre, at systemerne ikke sander til i deres egne rutiner og koordinerer dårligt med andre. Denne erkendelse er ved at sprede sig, f.eks. hvordan en god medicinsk afdeling skal drives. Her arbejdes med standarder for at sikre, at man undgår tomgang og handlinger, som ikke indgår i en samlet udtænkt plan (se www.dgma.dk). Også inden for bl.a. behandlingen af sygedagpengesager er grundindstillingen til tid ændret radikalt i de senere år. Nu skal sagerne afsluttes så hurtigt som overhovedet muligt.

Genoptræning og rehabilitering adskiller sig f.eks. fra traditionel sygdomsbehandling ved *at tage lang tid*. Resultaterne kommer langsomt, eller kan være næsten helt usynlige i form af at forhindre en forværring. Hvor tid ofte hjælper på almindelige sygdomme, så arbejder tiden som regel imod genoptræning og rehabilitering. Det gør det også her langt mere nødvendigt med fremadrettet planlægning, løbende opfølgning og effektiv koordination. Der er meget, der tyder på, at jo før genoptræning og rehabilitering indsættes, desto bedre. I mange tilfælde kan det betale sig at træne *før* operationer. I andre tilfælde, f.eks. apopleksibehandling har det en god effekt, hvis genoptræning og rehabilitering er den samlede filosofi for alle personalegrupper. F.eks. skal al apopleksipleje have et genoptræningsperspektiv (Hvid & Projektgruppen, 2001).

Et sygehus efter aktive principper

En amerikansk lodtrækningsundersøgelse har set på, om ændringer i indretningen og driften af sygehuse gør en forskel. Hvis sygehuse er baseret på:

- mest mulig bevægelsesfrihed (åbne korridorer mv.),
- protokoller for genoptræning og rehabilitering,
- udskrivningsplanlægning for så vidt muligt at få patienten tilbage til eget hjem og
- intensivt arbejde med at undgå bivirkninger af medicinering og procedurer,

så giver det et fald fra 22% til 16% i udskrivning til plejehjem og et lidt bedre samlet behandlingsresultat. Dødeligheden er den samme som på almindelige sygehuse. Udgifterne til det aktive sygehuskoncept er ca. 38 dollars højere per patient om dagen, men til gengæld er liggetiden kortere. Den samlede indlæggelsesudgift er ca. 600 dollars lavere end på almindelige sygehuse.

Kilde: (Covinsky, 1997)

Resultatorientering. Hidtil har social- og sundhedsvæsnet været orienteret mod at levere ydelser - frem for at levere resultater. Det har stiltiende været forudsat, at når veluddannede fagfolk arbejder, så følger de ønskede resultater automatisk. Over for dette er genoptræning og rehabilitering i stigende grad begyndt at måle og dokumentere de faktiske resultater af behandlingerne, og vel at mærke resultater, der har betydning i brugerens dagligdag frem for på snævre medicinske forhold. Der er også udviklet målesystemer, der nøje kan dokumentere behandlingsresultaterne over et samlet patientforløbet. Et sådant konkret system er gennemgået i kapitel 6. Resultatmålinger er særligt relevante, når de kobles sammen med målinger af, hvilken behandling brugerne har fået: Hvilken behandling er givet, hvor, hvornår og til hvem. Når det gælder måling af ydelser, er genoptræning og rehabilitering stadig lidt bagud sammenlignet med andre kliniske afdelinger på sygehuse - de første systemer er netop ved at blive implementeret. De vil gøre genoptræning og rehabilitering langt mere gennemsigtige end før.

Det er i denne sammenhæng afgørende, at genoptræning og rehabilitering ikke defineres med løse begreber om processer, samarbejde og helhed, men defineres som aktiviteter, der kan måles og vejes. Det er også forudsætningen for, at andre faggrupper begynder at benytte de samme begreber. Klare operationelle definitioner af aktiviteter er også nøglen til, at genoptræning og rehabilitering i endnu højere grad bliver et vidensbaseret fag (se kapitel 4). Hvis andre ikke kan genskabe den behandling, der er ydet, er det nærmest umuligt at overføre erfaringer. Endelig gør en sådan definition det også muligt at gøre genoptræning til en rettighed, hvor det kan måles, om den er opfyldt.

Inddragelse af brugerens ressourcer, samarbejde og nuancerede målsætninger. Genoptræning og rehabilitering er afhængig af patientens medansvar. I mange tilfælde er der tale om hårdt arbejde i en situation, hvor manglende kræfter og smerter gør, at man har mest lyst til at holde sig i ro. Derfor er al virksom genoptræning og rehabilitering nødt til at ske i et tættere og mere ligeværdigt samarbejde med patienten end hvad der ofte er tilfældet ved anden behandling. Genoptræning og rehabilitering kan hverken fungere med tidligere tiders opfattelse af patienter, som passive modtagere af behandling eller med den moderne opfattelse af patienten, som en kunde, der helt uden at forpligte sig shopper rundt.

Forudsætningen for, at der kan samarbejdes, er også, at den professionelle vil samarbejde. Fagfolk, der kører på rutinen eller alene følger givne retningslinjer, er der forståeligt nok en stærk kritik af. Det er uanset, om det er læger, der ikke vil lytte eller hjemmehjælpere, der tvinges til at yde "stregkode-omsorg" eller socialrådgivere, der er styret af "skuffe-cirkulærer".

Genoptræning og rehabilitering er også vant til at arbejde med nuancerede målsætninger: Normalt sigter sundhedsvæsnet mod helbredelse, eller - hvis helbredelse ikke er mulig - så lindring. Disse begreber er typisk snævert knyttet til at genoprette præcist den funktion eller det organ, der førhen var sygt, eller til at lindre smerte, angst osv. Men stadig flere patienter har brug for mere nuancerede målsætninger. Mange patienter kan ikke forvente at slippe af med sygdom, funktionstab eller smerter, og de kan ikke alene leve af lindring. De skal leve så meget som muligt *med* deres problemer. Målsætningen for behandlingen skal derfor udformes ud fra patientens personlige muligheder. Disse muligheder afhænger af meget mere end snævre helbredsmæssige forhold. Muligheder for indflydelse og deltagelse, praktisk hjælp, et mere åbent arbejdsmarked osv. kan være mindst lige så betydningsfulde. Mange genoptræningspatienter har også brug for, at alle parter omkring deres behandlingsforløb har fælles - og gerne ambitiøse - målsætninger for forløbet. Det er forudsætningen for koordination og for at mobilisere alle de muligheder for genoptræning, der i dag ligger uudnyttet hen på sygehuse og i ældreplejen.

Videns- eller evidensbaseret velfærd. Behandlinger er allerede i dag komplicerede, inddrager mange parter og lang tid. Derfor er det ganske svært, men mere nødvendigt end nogensinde, at skaffe viden om, hvad der egentlig virker og ikke virker. Metoderne for at skaffe viden er velkendte. Først og fremmest er der brug for langt flere lodtrækningsforsøg, hvor en behandlet gruppe og en ubehandlet eller anderledes behandlet gruppe sammenlignes. Det kan virke svært at lave lodtrækningsforsøg på "bløde områder", men i praksis er der også gennemført en lang række forsøg inden for bløde områder. I nogle tilfælde, hvor det er uetisk at foretage lodtrækningsforsøg, f.eks. i forbindelse med tildeling af førtidspension, kan man benytte sig af at sammenligne personer, f.eks. personer, der stadig venter på førtidspension sammenlignet med nogen, der lige har fået. Grundige forløbsstudier, hvor man sammenkører de mange registre, som danskerne sætter deres CPR-aftryk i, kan også give nyttige oplysninger.

Inden for genoptræning og rehabilitering er der allerede en vis tradition for at gennemføre forskning af høj kvalitet. Dette gennemgås mere uddybende i kapitel 4. Området lider dog under, at mulighederne for at variere indsatsen i forhold til intensitet, udstrækning, sted og metode er næsten uendelige. Derfor er der stadig meget store dele af især den mulige indsats, som ikke er undersøgt.

Der er ingen tvivl om, at en systematisk vidensbasering er en væsentlig forudsætning for at sikre status til og respekt omkring genoptræning og rehabilitering. Behandlinger, der ikke kan dokumentere resultater, vil i stigende grad blive underlagt en traditionel industriel styringstænkning, der - selv om den har visse fortrin (se kapitel 1) - vil være meget svær at forene med samarbejde med brugerne.

Kapitel 3

Genoptræning og velfærd

I dette kapitel placeres genoptræning og rehabilitering i velfærdsdebatten. Konklusionen er, at der er få strategier, der som genoptræning og rehabilitering har potentialet til på én gang at lette presset mod velfærdsstaten og samtidigt gøre selve velfærden billigere. Det er der stærkt brug for, fordi efterspørgslen efter både overførselsindkomster og velfærdsydelser vil vokse betydeligt i fremtiden. Samtidigt passer filosofien bag genoptræning og rehabilitering særdeles fint med det værdigrundlag, der ligger bag danskernes opbakning til velfærdsstaten. Endelig passer en øget vægtning af genoptræning og rehabilitering også ind i de fleste af de konkrete reformstrategier, der præger velfærdsdebatten.

Velfærdsudfordringen

Udfordringen mod det danske velfærdssamfund er velkendt. Først og fremmest bliver der flere ældre i forhold til erhvervsaktive. Kravene på arbejdsmarkedet vokser løbende og risikerer at udstøde grupper til varig forsørgelse. Herunder er der betydelige problemer med at integrere indvandrere.

Sundhedsmæssigt er den helt overvejende tendens det voksende antal kronikere. Størstedelen af væksten blandt syge sker i gruppen lettere kronisk syge. Det er et realistisk perspektiv, at tendensen til flere unge kronikere kombineret med usund livsstil i dele af befolkningen, i løbet af to-tre årtier vil vende den hidtidige tendens i retning af en bedre sundhedstilstand. Fra i dag, hvor f.eks. en 60-årig er i betydeligt bedre form end en 60-årig for ti år siden, kan udviklingen vende, så en 60-årig i fremtiden faktisk vil være i dårligere form (Bhattacharya, 2004). Hertil kommer en hastigt voksende gruppe, der ikke er syge, men som i takt med fremkomsten af ny viden og ny forebyggende medicin defineres som risikogrupper f.eks. til at udvikle hjerte-/karsygdomme eller knogleskørhed.

For genoptræning og rehabilitering betyder dette:

- At både behovet for og efterspørgslen efter genoptræning og rehabilitering stiger.
- At afgrænsningen af genoptræning og rehabilitering får stor betydning. Der er endog meget store grupper, der er lettere kronisk syge, og som utvivlsomt vil have gavn af træning som behandling og forebyggelse. Prioriterer man mange professionelle ressourcer til disse brugergrupper, så medfører det et stort pres på det mere traditionelle genoptrænings- og rehabiliteringsopgaver.
- At gruppen af brugere af genoptræning bliver mere uensartet
- Risiko for rekrutteringsvanskeligheder. Dette problem er allerede stort inden for plejen, mens genoptræningsfagene indtil videre ikke har mærket problemet i markant grad.

Det skal understreges, at det er realistisk, at det danske samfund vil kunne imødegå disse udfordringer. På afgørende områder er Danmark relativt heldigt stillet med en høj fødselsrate, en høj erhvervsdeltagelse især blandt ældre, ganske beskedne tilsagn om fremtidig pension til ældre og en forholdsvis begrænset statsgæld. Omvendt er der dog ikke store arbejdskraftressourcer som andre landes hjemmegående kvinder, der let kan mobiliseres

til arbejdsmarkedet. Men der er trods alt råd til en velfærdsstat i fremtiden. Det kræver en systematisk brug af billige og effektive midler i den offentlige sektor. Og det kræver, at den vækst i de offentlige udgifter til både overførselsindkomster og service, der har præget det danske samfund i adskillige årtier, bliver dæmpet meget i fremtiden.

En velfærdsstat i fremtiden kræver også, at der ikke begås politiske fejltrin. Det er formentlig mere misforståede velfærdsreformer, end snæver økonomisk nødvendighed, der er den store risiko for velfærden.

En risikabel strategi er at satse på målretning af velfærden til de svageste. Hvis de offentlige tilbud beskæres kraftigt og målrettes mod de svageste brugere, kan det sætte gang i en ond cirkel. Det vil nemlig betyde, at den øvrige befolkning, der jo også har et stort forbrug af offentlig service, vil gå sine egne veje. Da vil en privat velfærdssektor kunne udvikle ydelser af høj kvalitet og til høj pris, der tiltrækker de mest velhavende og forsikrede brugere og de bedste fagfolk. Den offentlige sektor vil stå tilbage med de tungeste brugere og de mindst motiverede ansatte. Det kan give en regulær forslumning af den offentlige sektor. Når den mere velhavende del af befolkningen oplever, at den selv skal betale for sin velfærd eller for f.eks. at få passet sine ældste familiemedlemmer, så vil det givetvis dæmpe lysten til at betale skat. Det kan virke som en fjern og urealistisk fremtid, men denne sørgelige tilstand findes i realiteten allerede inden for f.eks. behandlingen af alkoholmisbrugere. Her skummer det private behandlingssystem de bedst fungerende patienter, mens det offentlige står med en langt tungere gruppe af patienter. Denne strategi - målretning af velfærden - er rammende blevet beskrevet som: "welfare for the poor is poor welfare".

En anden risikabel strategi er at satse på velfærdsserviceforsikringer. Selv om private forsikringsordninger kan udgøre nyttige supplementer for brugergrupper, der ønsker et særligt højt serviceniveau eller - som med sygeforsikring Danmark - ønsker at skærme sig mod offentlig brugerbetaling, så er det vitalt, at langt hovedparten af befolkningen får velfærden betalt af offentlige kasser. Ellers sætter man gang i samme forslumningsproces, som hvis man målretter velfærden til de svageste grupper. Det er helt afgørende at skelne mellem privat finansiering af velfærden og privat udførsel. Privat udførsel (udlicitering) er - om end der kan være nogle kontraktproblemer - generelt ikke noget problem. Tværtimod kan private leverandører, hvadenten det er firmaer eller foreninger, der udfører arbejdet på vegne af den offentlige sektor, sikre et varieret udbud.

En tredje risikabel strategi er konstante reformer. Der er talrige eksempler især fra udlandet på, at den offentlige velfærdssektor gang efter gang kastes ud i større reformer, der knapt gennemføres, før den næste reformbølge banker på - se f.eks. (Devlin, 2001). Det har medført en sjælden og meget uheldig grad af kynisme, hvor der f.eks. snydes med kvalitetsmålinger (Figlio, 2002) eller berettes om organisationsændringer og strategier, som reelt ikke gennemføres.

At skabe mindre behov for overførselsindkomster

Der er på en række områder dokumentation for, at genoptræning og rehabilitering kan reducere behovet for sygedagpenge og førtidspensioner. Det er også tænkeligt, at der kan

gøres noget for de mennesker, der i dag får dagpenge eller bistandshjælp, men hvor et dårligt helbred forhindrer, at de kan komme i arbejde.

Sygefravær. Sygefraværet på danske arbejdspladser svarer til ca. 150.000 fuldtidsjob om året. Værdien af den tabte arbejdstid er omkring 40 mia. kroner hvert år, hvis man forsigtigt regner med at hver ansat i gennemsnit koster sin arbejdsgiver omkring 270.000 kroner/år i samlede udgifter. Hovedparten af den tabte arbejdstid skyldtes lange sygefravær på mere end 13 uger. Omkring 40% af alle sygemeldinger (men en noget lavere andel af de samlede sygedage) skyldes problemer i ryg, nakke, arme og ben (Filges, 2003). For mennesker med smerter i ryggen eller nakken er der særdeles god dokumentation for, at en kombination af fysisk træning og kognitiv adfærdstræning, f.eks. håndtering af smerte og nye arbejdsstillinger, sænker sygefraværet med hele 45 dage inden for et år, sammenlignet med brugere, der kun får rådgivning af deres praktiserende læge (Schonstein E, 2003). Behandlingen betyder ikke, at smerterne bliver mindre, men evnen til at håndtere dem og komme på arbejde bliver markant bedre. Undersøgelsen viser desuden, at brugernes egen motivation er helt afgørende. Behandlingen virker dramatisk meget bedre på dem, der faktisk ønsker at komme tilbage på arbejde. Men undersøgelser påviser også, at man faktisk ikke ved hvilke dele af den fysiske træning, der virker.

En større svensk undersøgelse "Rehabilitering till arbete" (Socialdepartementet, 2000) konkluderer også, at en lang række genoptrænings- og rehabiliteringsprogrammer medfører lavere sygefravær. Det gælder blandt andet for brugere med ryg- og nakkesmerter.

Der har været en række forsøg med skånejob mv. relateret til genoptræning og rehabilitering. Et studie, der sammenfatter 11 særligt gode studier (Krause, 1998) viser, at programmerne virker: De fordobler andelen af mennesker, der genoptager forbindelsen til et arbejde efter en arbejdsulykke (typisk rygpatienter og andet muskel/skelet) og fordobler antallet af arbejdsdage. De økonomiske gevinster ved programmerne går fra ret beskedne 8 pct., når alle omkostninger ved programmet tages i betragtning og helt op til 90 pct., når de ikke medtages. Men det er ikke muligt ud fra undersøgelserne at afgøre ret meget om, hvilke elementer af skånejobbet og hvilke af forandringerne på virksomhederne, der spiller den afgørende rolle.

Endelig er det vanskeligt at forestille sig, at især hjerterehabilitering, som der er solid dokumentation for redder liv og reducerer presset på sygehusvæsnet, ikke også reducerer antallet af sygedage.

Samlet set er der dokumentation for, at genoptræning og rehabilitering hjælper på visse former for sygefravær. Det gælder især ryg- og nakkeproblemer. Mængden af dokumentation er derimod yderst begrænset for f.eks. effekten på sygefravær af rehabilitering af personer med psykiske sygdomme som depression og fobier og personer med misbrugsproblemer. Det er denne type problemer, der udgør hen ved en femtedel af alle sygedagpengesager (Filges, 2003) og omkring en tredjedel af sygedagene (Nystuen, 2001).

Det bør også nævnes, at genoptræning og rehabilitering naturligvis ikke kan eller skal stå alene i indsatsen mod sygefravær. Men det danske sygefravær er allerede betydeligt lavere end sygefraværet er i f.eks. Norge og Sverige. Derfor er der nok mindre at hente ved at satse på at påvirke indstillingen til det at være syg, end der er i andre lande. Et særligt interessant område kunne være at undersøge mulighederne for at kombinere fortsat gåen på

arbejde med rehabilitering, så brugeren fastholdes på arbejdsmarkedet. Indsatsen kunne eventuelt foregå direkte på arbejdspladsen (jf. forslaget om en bred rehabiliteringskultur i kapitel 6).

Førtidspensioner. Det er forbløffende dårligt undersøgt hvilken sundhedsmæssig eller social indsats, der reducerer behovet for førtidspensioner. En søgning på ”pension” giver sølle 16 hits ud af over 400.000 kontrollerede forsøg i Cochrane-databasen. Af disse 16 studier er der to relevante, hhv. et dansk og et svensk. Det ene antyder, at man kan spare på førtidspensioner ved hjælp af intensiv rygtræning (Bendix, 1996) og det andet, et ældre og ganske lille studie, antyder, at træning for patienter med kronisk leddegigt reducerer behovet for førtidspension (Nordemar, 1981). Der er lavet mange undersøgelser om, hvorvidt folk der er sygemeldte, kommer tilbage på arbejde. Disse studier løber dog som regel over relativt kort tid, og derfor kan man ikke konkludere noget entydigt om, at en sygemelding ender med en førtidspension. Der er dog næppe nogen tvivl om, at bl.a. den i de senere år stærkt forbedrede rehabilitering af apopleksipatienter forhindrer nogle førtidspensioneringer. Men langt hovedparten af apopleksipatienterne er så gamle, at de er uden for arbejdsmarkedet. Derudover er det sandsynligt, at hjerterehabilitering har positiv effekt på antallet af førtidspensioneringer.

Ser man på revalidering, der ofte indeholder rehabiliteringselementer, er der tal, der tyder på en god effekt. En undersøgelse, afsluttet i 1996, af 17.000 revalideringsforløb viser, at seks ud af ti kom i arbejde igen (Andersen, 1999b). Tallene tyder på, at det virkeligt effektive element i revalidering er at deltage i erhvervsrettet uddannelse, mens f.eks. ophold ved daghøjskoler giver meget ringe resultater. Det er tankevækkende, at kun ganske få, nemlig 6%, fik tildelt førtidspension efter at have fuldført et revalideringsforløb. Revalideringsophold på virksomheder har desuden en meget kraftigere effekt i retning af at give folk mod på at komme tilbage på arbejdsmarkedet. Samtidigt tyder en undersøgelse af de forløb, personer gennemgår, inden de tilkendes førtidspension på, at revalidering faktisk virker ganske godt (Weatherall, 2001). I denne undersøgelse er der statistisk kontrolleret for en række baggrundsvariable.

På den baggrund er det tankevækkende, at kommunerne i mange tilfælde slet ikke forsøger med revalidering, før der tilkendes førtidspension for personer, der ifølge kommunerne faktisk har en vis erhvervsevne i behold. I år 2000 undlod kommunerne revalidering af 39% af de førtidspensionister, der har fået tilkendt førtidspension efter §14, stk. 3.1. Personer, der får tilkendt efter den regel, kan have op mod halvdelen af deres arbejdsevne tilbage (Anon, 2001). En undersøgelse fra 1998 viste, at der er en stor og langt fra forklarlig forskel på, hvor meget de enkelte kommuner satser på revalidering (Andersen, 1999a).

Ingen af disse oplysninger om effekten af revalidering er baseret på kontrollerede studier. Det er uundgåeligt, at en del af de gode effekter visse former for revalidering har, skyldes, at de også har de stærkeste og mest velfungerende revalidender.

Der er et helt særligt problem omkring førtidspensioner - og herunder især processen med at få dem tildelt (se tekstboks om erstatninger). Fremfor at afhjælpe sygdom kan processen medvirke til at skabe sygdom. Der er en del dokumentation for, at smerter, dårlig funktion og brug af sundhedsvæsnets ydelser tager til, hvis mennesker er inde i en pensions-tilkendelsesproces (Greenough, 1995). Jo længere tid processen varer, og jo større kravene er til at dokumentere sygdom, jo værre er disse effekter. Det er formentlig især

ventetider på beslutninger og afklaring mere end ventetider på behandling, der er de mest belastende⁴. Blandt andet derfor er det stærkt problematisk, at i omkring 10% af alle sygedagpengesager rammes brugeren af ventetider på over tre måneder på at komme i behandling (Filges, 2003).

Den seneste reform af førtidspensionssystemet bærer præg af tankegangen om ikke at sygeliggøre brugerne unødigt. Nu skal der tilkendes pension ud fra brugernes ressourcer, det såkaldte arbejdsevnekriterium, frem for at tage udgangspunkt i, hvor syg og dårlig brugeren er.

Indsatsen over for førtidspensioneringer har været domineret af regelændringer fremfor metodeudvikling. Men på længere sigt er det nødvendigt, at der arbejdes mere med rehabiliteringsalternativer til førtidspensionering, hvis der skal være politisk og folkelig opbakning til meget stramme regler for tilkendelse af førtidspension.

Der er også en vis grund til at tro, at flere kan rehabiliteres. På trods af den høje erhvervsfrekvens i Danmark, er der ingen naturlov, der siger, at grænsen for hvor stor en del af befolkningen, der kan arbejde, er nået. Tidligere var erhvervsfrekvensen for mænd eksempelvis betydeligt højere. På Island har man fortsat betydeligt højere erhvervsfrekvenser end i bl.a. Danmark.

En undersøgelse af en større gruppe langtidslediges livssituation fra 1994 til 1999 påviser, at også personer, der selv vurderer deres helbred som værende dårligere end gennemsnittets, har rimelige chancer for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Det er ellers efterhånden et mantra, at når folk først er "tabt" ud af arbejdsmarkedet, så bliver det dag for dag

Erstatninger kan være gift for tilbagevenden til arbejdsmarkedet og et godt liv

En ældre australsk undersøgelse viser, at muligheden for at komme på udbetalt arbejdsskadeerstatning har dramatisk effekt på rygpatienter. Undersøgelsen sammenligner tre grupper af rygpatienter, der fra et klinisk perspektiv er lige syge. Den ene gruppe har ingen mulighed for at få hverken erstatning eller sygedagpenge, den anden gruppe får sygedagpenge, og den sidste gruppe får en samlet erstatning.

Det er tilsyneladende især muligheden for at få en engangserstatning for en arbejdsskade, der har de katastrofale effekter, mens udbetalingen af løbende sygedagpenge ikke har nær de samme følger. De patienter, som ikke kunne få nogen erstatning eller sygedagpenge, var sygemeldt i en til to uger. De patienter, der kunne få udbetalt erstatning, var syge i 22-24 uger, og sygedagpengemodtagere var sygemeldt i ca. tre uger.

Fire år efter rygproblemet var opstået, var seks ud af ti erstatningsmodtagere ikke i arbejde. To ud af ti blandt sygedagpengemodtagerne var uden for arbejde, mens kun én ud af ti af de, der hverken kunne få sygedagpenge eller erstatning, ikke havde arbejde. Også målt på psykologiske og seksuelle problemer og oplevet smerte klarede ikke-modtagerne sig betydeligt bedre.

Det er måske ikke så mærkeligt, at halvdelen af dem, der havde søgt om erstatning, efterfølgende erklærede, at de ønskede, at de aldrig havde gjort det. Forfatterne bag undersøgelsen ender da også med at anbefale, at man under alle omstændigheder dropper erstatningssystemet og overgår til et system, hvor der kun udbetales sygedagpenge.

Kilde: (Greenough, 1995)

sværere og sværere at få dem tilbage. Men tilsyneladende er der ikke særligt meget belæg for en sådan "elendighedsteori" for de langtidsledige. Tværtimod antyder dette studie, at de har ganske hæderlige chancer for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Det skyldes bl.a., at de ikke "går ned med flaget", men hver især lærer at håndtere deres ledighed og på mange måder opretholder deres arbejdsevne (Goul Andersen, 2003). Så samlet set er der grund til at være ganske optimistisk med hensyn til de resultater, der kan opnås, selv i tilsyneladende ganske marginaliserede grupper.

Der er heller ikke grund til at tro, at justeringer i de økonomiske incitamenter til at arbejde, vil gøre ret meget forskel. Der er flere undersøgelser - se (Goul Andersen, 2003) for oversigt - der viser, at mindre økonomiske incitamenter ikke gør en stor forskel på, om folk kommer i arbejde. Hvis økonomiske incitamenter skal spille en rolle, skal de være meget store, så folk f.eks. tvinges til at flytte og til at gå langt ned i levedød. Så kraftige justeringer i de økonomiske incitamenter er der stort set ingen folkelig opbakning til i Danmark.

At dæmpe velfærdsserviceudgifterne

Genoptræning kan også begrænse væksten i de offentlige serviceudgifter til genindlæggelser, ældreboliger (tidligere plejehjem) og hjemmehjælp.

Der er talrige og meget veldokumenterede undersøgelser, der påviser et lavere forbrug af især ydelser fra sygehuse efter genoptræningsforløb. Næst efter bedre funktion er det den mest veldokumenterede effekt af genoptræning og rehabilitering (Sinclair & Dickinson, 1998). I visse tilfælde, det gælder især hjerterehabilitering, kan alene den sparede udgift i sygehusvæsnet dække omkostningerne til rehabilitering (Ades, 1997). Også overgang til ældreboliger/plejehjem kan i talrige tilfælde undgås.

Der er dokumentation for, at danske ældres førlighed er den enkeltfaktor, der spiller den største rolle for, hvor omkostningstunge de er i forhold til social- og sundhedsudgifter (Arendt, 2002). Og netop førligheden er i høj grad påvirkelig af genoptræning og rehabilitering.

Der findes tilsyneladende ikke direkte undersøgelser af, om genoptræning og rehabilitering påvirker behovet for hjemmehjælp⁵. Men i Sverige har én kommune (Östersund) politisk vedtaget at stoppe udbygningen af hjemmehjælp og i stedet satse på at klare det *yderligere* behov fra en større ældrebefolkning alene ved hjælp af genoptræning og rehabilitering.⁶

Det, der for alvor bliver dyrt i fremtidens velfærdssamfund, er arbejdskraft. 24-timers institutioner som sygehuse, ældreboliger/plejehjem og lignende, der virkelig kræver megen arbejdskraft, bliver til stadighed dyrere, hvis man måler i hvor meget *andet* forbrug sam-

5 Der findes en del undersøgelser, der sammenligner rehabiliteringseffekten af "home care" for ældre - dvs. en form for hjemmehjælp - med f.eks. sygehuse og særlige rehabiliteringsinstitutioner. Men kvaliteten af undersøgelserne er ikke god nok (Ward D et al, 2003). For rehabilitering efter specifikke sygdomme som apopleksi, hjerteproblemer og visse psykiatriske lidelser er der solid dokumentation for, at hjemmehjælp godt kan være på højde eller endog bedre end institutionsbaseret rehabilitering (Sinclair & Dickinson, 1998).

6 Foredrag Tina Lindberg på konferencen Rehabilitering 2003. København 20-21. maj 2003

fundet må opgive for at drive disse institutioner. Andre sektorer i økonomien, f.eks. landbrug og industri, producerer hele tiden billigere og billigere varer. En sådan udvikling, der billiggør tingene, er stort set umulig i de store velfærdsinstitutioner. I den forstand bliver institutionerne dyrere og dyrere. Samtidigt er der en væsentlig del af velfærdsbrugere, som kun arbejder relativt lidt, typisk fordi de er gået på pension og kun skal passe husholdningen og eventuelt andre familiemedlemmer.

Det gør det oplagt at tænke yderligere i, at brugerne skal hjælpes til at klare sig selv så længe som overhovedet muligt, og at flest mulig funktioner skal tages væk fra institutioner og lægges ud i borgernes eget hjem. Her rummer genoptræning og rehabilitering en lang række i høj grad uudnyttede potentialer for gør det selv- eller gør det hjemme-genoptræning.

Offentlig velfærdsservice er dyr

- En gennemsnitlig hospitalssengedag koster 3.200 kroner i døgnet
- En ældrebolig (svarende til et tidligere plejehjem) koster gennemsnitligt 375.000-400.000 kroner årligt afhængig af målgruppen for boligerne, serviceniveau mv.
- En ydet hjemmehjælpstime vedr. praktisk hjælp i dagtimer/hverdage incl. overhead koster 241 kroner

Kilde: Personlige oplysninger fra Sundhedsstyrelsen, august 2003, og KL. Alle priser er landsgennemsnit og stammer fra Socialministeriets database vedr. frit leverandørvalg

Retfærdigvis hører det også med - hvis man ser helt snævert kasse-økonomisk på sagen - at genoptræning og rehabilitering kan hæve de offentlige udgifter. Vellykket genoptræning af f.eks. hjerte- og apopleksi-patienter sænker dødeligheden betydeligt. Det vil ofte medføre øgede udgifter til førtidspension, fordi folk overlever og senere til folkepension, fordi folk så også når at leve et langt liv. I den forstand hører genoptræning og rehabilitering som så mange andre dele af sundhedsvæsnet også til blandt årsagerne til, at velfærdsstaten er under pres. Men det siger sig selv, at konklusionen på dette - og på spørgsmålet om alle andre behandlinger, der redder liv - ikke er at holde igen med de behandlinger, der faktisk skaber velfærd for borgerne, men nærmere at finde på billigere og lige så gode måder at skabe velfærden på.

Genoptræning og rehabilitering kan være særligt attraktiv i Danmark

I Danmark er mulighederne for at spare på de offentlige udgifter ved hjælp af rehabilitering særligt gunstige. De danske sociale *serviceudgifter* er totalt set og per bruger meget høje, så et mindre behov for ydelserne vil virkelig batte noget økonomisk. Tilsvarende er *overførselsindkomster* til personer i arbejdsalderen (især dagpengene) ganske generøse og dækker rigtigt mange, så en person, der kommer i arbejde, sparer samfundet for mange penge. Netop fordi overførselsindkomsterne (incl. private forsikringsordninger) er så forholdsvis generøse, så er vi i praksis meget langt fra "stokkemoderne" i arbejdsmarkedspolitikken. I f.eks. USA eller Australien (se tekstboks om erstatninger) behøver man måske dårligt nok genoptræne folk, før de begynder at arbejde igen. I de lande er alternativet for mange nemlig social deroute. Konsekvensen af det danske sociale

sikringssystem er, at "gulerodsmetoderne" såsom genoptræning, uddannelse og åbning af arbejdsmarkedet er endnu mere nødvendige i Danmark.

Det er populært at påpege, at vi har omkring en million danskere uden for arbejdsmarkedet. Det antyder, at der er masser af lette muligheder for at bringe flere i arbejde. Men ser man på erhvervsfrekvensen, ligger Danmark som nævnt meget højt. Flere danskere i en given årgang, især blandt de lidt ældre, er i arbejde end i de fleste andre lande. Det tyder på, at det ikke er nogen enkel sag bare at gøre flere klar til arbejdsmarkedet. For ganske mange er der brug for en flersidet indsats.

Endelig er den danske folkepension ganske sparsommelig. Den er - målt i forhold til tidligere indkomst - den laveste i Europa bortset fra Irland. Derfor er det rent faktisk ret billigt for de offentlige kasser, at ældre lever længe.

For alternativerne bruges allerede meget

Hvad er egentlig alternativerne til genoptræning og rehabilitering? Formålet med genoptræning og rehabilitering er et bedre liv - især helbredsmæssigt - for den enkelte borger. Den målsætning kan også nås gennem en række andre politikker. Pointen er, at i Danmark har vi for længe høstet de fleste "lette gevinster" af andre mulige politikker, bortset fra forebyggelse.

Det første store gennembrud i retning af lavere sygelighed kom for årtier siden gennem basal folkesundhed: Ordentlige sanitære forhold, kontrol med fødevarer, kontrol med epidemier og behandling af infektioner og ulykker, børnevaccinationer, støtte til gravide og fødende mv. En sådan elementær "pakke" af sundhed koster meget lidt og fjerner langt hovedparten af sygeligheden og dødeligheden i et samfund blandt børn og midaldrende.

Det næste område, der giver store gevinster, er sikkert arbejdsmiljø, trafikikkerhed osv. Også i forhold til denne type forebyggelse er vi i Danmark kommet langt. Tidligere tiders voldsomt usunde og livsfarlige arbejdspladser er stort set væk.

Det tredje store indsatsområde er behandlinger i sundhedsvæsenet, såsom de store operationer af hjerter og led, den stadigt mere intensive behandling af kronisk syge osv. En meget stor del af disse behandlinger tjener ikke til at redde liv, men til at skabe bedre liv, med færre smerter og bedre funktion. I de sidste årtier er der sket betydelige udbygninger her.

Derfor er den eneste øvrige relativt ubenyttede strategi for bedre helbred at forebygge danskernes rygning og problematiske livsstil. Her er der andre lande, der benytter langt flere ressourcer end Danmark, især over for rygning. Men der er tale om et relativt nyt problem, som det erfaringsmæssigt tager lang tid dels at erkende og dels at udvikle strategier for, som bliver accepteret bredt i befolkningen.

Tilsammen tegner det et billede af, at der arbejdes hårdt med alle de øvrige strategier i Danmark, bortset fra livsstilsændringer. Alternativerne til genoptræning og rehabilitering trækker populært sagt, "hvad de kan". Hertil kommer, at de kostbare indsatser især i

sundhedsvæsnet i nogle tilfælde ikke får den ønskede effekt, fordi genoptræningen svigter som et led i kæden.

Genoptræning og danskernes velfærdsværdier

Det er en populær myte, at danskerne først og fremmest tænker på sig selv, når de tager politisk stilling. Men i praksis støtter f.eks. langt hovedparten af de velhavende danskere velfærdsstaten, også selv om de betaler mere i skat, end de får i offentlig service (Mandag Morgen Strategisk Forum, 2000).

Selv om der er masser af debat og uenighed om konkrete punkter i debatten om udviklingen af den danske velfærdsstat, så er der også et meget betydeligt fælles værdigrundlag. Det er det værdigrundlag danskerne konsulterer, når de tager velfærdspolitisk stilling. Selvom begrebet ”medborgerskab” først er blevet introduceret i den offentlige debat i de allerseneste år, så er begrebet en god sammenfatning af dette fælles værdigrundlag.

Medborgerskabet rummer tre elementer:

Sociale rettigheder, der skal frisætte individet. Målet med sociale rettigheder, f.eks. til en bolig eller til pension, er, at den enkelte medborger kan træffe nogenlunde *lige så frie* valg som andre borgere. Den enkelte skal være i stand til at *planlægge* og *styre* sin egen tilværelse, uanset hvilken klasse eller gruppe, man kommer fra. Det er derfor vigtigt at forhindre, at økonomisk trang kår afskærer de frie valg. Medborgerskabet er i dag udvidet til også at omfatte en betydelig skepsis over for, at den enkelte - f.eks. en handicappet eller en ældre - bliver afhængig af sin familie. På mange måder er der tale om et liberalt mål om individuel valgfrihed, der skal opnås gennem en social politik.

Alle skal være med i samfundet. Medborgerskabet skal omfatte alle. Alle skal være og føle sig *respekteret* og *integreret* i samfundet. Der må godt være kulturelle og økonomiske forskelle, men der skal være et rimeligt aktivt fællesskab omkring demokratiske og politiske institutioner og normer. Borgerne skal være villige til at påtage sig et ansvar både for sig selv og sine nærmeste og for det bredere samfund. Det værst tænkelige er marginalisering, det at borgere hverken er - eller med nogen rimelighed kan føle sig som - respekterede borgere. Det er også en del af dette aspekt, at debatter skal afvikles på basis af holdninger - frem for snævre interesser.

Lige chancer og lige status - men ikke økonomisk udligning. Yderligere økonomisk udligning står ikke særligt højt på danskernes dagsorden. Kravet om lighed går på to andre dimensioner: *chancelighed* og *statuslighed*. Folk skal behandles ens og med respekt, når de står på en venteliste, eller når de møder en offentlig ansat. Og folk skal så vidt muligt have ens chancer i livet.

Medborgerskabet kombinerer en række klassiske politiske idealer: Der er såvel klassiske socialdemokratiske idealer om sociale rettigheder, der sikres gennem offentlige institutioner og regulering. Men målet for dette er egentlig mest et liberalt ideal - individet skal leve frit. Her dukker så konservativt tankegods op, nemlig at friheden ikke skal bruges til at leve i ensom egoisme, men til at være en del af og vise respekt for fællesskabet.

Der er samtidig tale om værdier, der fungerer som vigtige hensyn, der skal vurderes i den konkrete sag. Der er ikke tale om absolutte ukrænkelige værdier, men om dynamiske begreber, der skifter over tid. F.eks. opfattes daginstitutioner i dag i vid udstrækning som en garanti for kvinders medborgerskab, hvad de ikke gjorde for 30 år siden. På samme måde er spørgsmålet om, præcist hvilket liv kan man forvente efter endt behandling i sundheds-væsnet et område, hvor holdningerne flytter sig. I dag anses det som naturligt at lave øjenoperationer på ældre alene med det formål, at de fortsat kan køre bil og være mobile som andre medborgere. Der er tale om, at en væsentlig del af de velfærdspolitiske holdninger løbende dannes i den offentlige debat. At forestille sig, at man kan slå en streg en gang for alle og fastslå, hvad der er offentligt ansvar, og hvad der er privat ansvar, er urealistisk.

Det er blandt andet nogle af brugerne af genoptræning og rehabilitering, der er mest aktive i løbende at udvikle disse velfærdsværdier. Handicappede og psykisk syge vil respekteres og deltage på lige fod med andre borgere, fremfor at være gemt væk. Kronisk syge forventer at modtage behandling, der så vidt muligt kompenserer dem for deres sygdom. Værdierne berører også de institutioner, hvor der foregår megen genoptræning. Tidligere tiders plejehjem, hvor den enkelte ikke havde mange rettigheder, hedder i dag ældreboliger, hvor den ældre opretholder sine rettigheder som andre medborgere.

Det at skabe muligheder for den enkelte for at genindtræde i sit liv - eventuelt under nye rammer - og komme med i det bredere samfund, er kernen i genoptræning og rehabilitering. Og i dag, hvor al rehabilitering sker ved hjælp af behandlinger, der kræver aktiv deltagelse fra brugeren, så er respektfuld behandling forudsætningen for overhovedet at opnå resultater. Det at stille krav til brugerne og fordr medansvar, som er nødvendigt, hvis behandlingen skal lykkes, ligger i forlængelse af medborgerskabsidealene. Derfor er medborgerskabet langt fra bare en naiv forestilling om, at alle mulige og umulige servicekrav skal tilfredsstilles. Det er kun de krav, der betyder noget for, om individet kan leve et nogenlunde frit liv på linje med andre borgere, der skal indfries, hvis det er muligt. Hvis folk ønsker træning f.eks. for at blive bedre til idræt, eller fordi de vil se pænere ud, så er det en rent privat sag.

Genoptræning og velfærdsreformer

Idealerne om medborgerskab giver ikke nogen opskrift på, hvordan velfærdsinstitutionerne skal indrettes og drives. En stor del af velfærdsdebatten drejer sig om disse ret praktiske spørgsmål. Men det er bemærkelsesværdigt, hvor godt genoptræning og rehabilitering passer ind i de fleste af de struktur- og procesreformer, der diskuteres for tiden. Ja, i enkelte tilfælde er genoptræning endda en del af årsagen til disse reformprocesser. Der er dog en enkelt reformtendens, der næppe kan forenes med rehabilitering, som vi kender det.

De væsentligste reformprocesser i dagens Danmark er:

Kommunalreform med vægt på specialisering og stordrift. Hovedargumentationen i den aktuelle diskussion om større kommuner er ønsket om "faglig bæredygtighed" bl.a. inden for genoptræning og rehabilitering. Lige netop genoptræning og rehabilitering med sit stærke kommunale element kan komme styrket ud af mødet med en kommunalreform. Store enheder vil gøre det muligt at skabe egentlige genoptræningsfaglige miljøer i alle

kommuner. Kommuner på 50.000 indbyggere svarer i meget runde tal til over 40 terapeuter. Dermed skabes der også grundlag for en vis specialisering, der er nødvendig for at forbedre tilbuddet til særlige grupper. Det skal dog understreges, at en betydelig indsats inden for bedre visitation, efteruddannelse, registrering og udvikling af samarbejdsrutiner er nødvendig for at høste disse fordele. De kommer på ingen måde af sig selv.

Mere vægt på kontrol og måling. Det er langt fra givet, at den offentlige sektor producerer velfærd effektivt. Et af svarene er langt større vægt på kontrol og måling i form af f.eks. kvalitetskontrol, akkreditering, benchmarking og udvikling af produktionsmål som DRG. En del af denne tendens er baseret på ukritisk og ukvalificeret kopiering af industrielle modeller, ofte uden sans for, hvor lang tid det har taget, og hvor meget tilpasning det har krævet at indføre systemerne i industrielle virksomheder.

Det ændrer dog ikke ved, at den grundlæggende ide - at måle kvaliteten - er god. Allerede i dag findes der gode og accepterede målesystemer inden for især genoptræning, om end der er brug for en langt mere systematisk anvendelse og især en fælles registrering af resultaterne (se kapitel 4 og 6). Så umiddelbart passer genoptræning fint ind i denne strategi. Det er dog helt afgørende, at genoptræning og rehabilitering ikke lever isoleret fra f.eks. DRG og akkreditering. Allerede i dag er det problematisk, at sygehusene kan få DRG-point uden at levere genoptræning. Hvis ikke enten genoptræning bliver en del af forudsætningen for at få DRG-point eller får sine egne DRG-satser, vil det fortsat skabe nogle uheldige incitamenter til yderligere at glemme genoptræning.

Overordnet set er der brug for, at målingerne inden for det offentlige går fra at måle (og belønne) produktion af ydelser og til at måle på resultater, som netop en lang række funktionsmålinger gør det. På længere sigt er der en risiko for, at måle- og kontrolsystemer vil fastfryse eksisterende ydelser og strukturer, også selv om viden viser, at de er forældede. Det gælder især for de registreringssystemer, der benyttes til afregning, at de har en tendens til at blive meget stive og leve deres eget liv i en verden af overenskomstforhandlinger og budgetlægning. Her burde det øvrige sundheds- og socialvæsen faktisk lære af genoptrænings- og rehabiliteringsfaget. Det er formentlig det mest avancerede fag i hele sundheds- og socialvæsenet til at måle de for brugerne relevante behandlingsresultater.

Flere private udbydere, øget konkurrence og BUM-modeller. En anden hovedtanke i velfærdsreformer er at konkurrenceudsætte de producerende dele af den offentlige sektor. Det kan ske ved direkte privat konkurrence, ved adskillelse af bestiller-, udfører- og modtager-model i organisationen eller mere blødt ved målestokskonkurrence (yardstick competition) eller ved såkaldte mangfoldighedsmodeller, hvor ydelserne produceres af et mix af offentlige, private non-profit og for-profit producenter. (Indenrigs- og Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg, 2003). Det kan skabe et vist nyttigt og frugtbart konkurrenceelement mellem de forskellige sektorer. F.eks. er det tænkeligt, at nye private udbydere af genoptræning og rehabilitering vil tilbyde færdige forløb og på den måde skabe overblik og synlighed. Det er dog en forudsætning, at der stadig er tale om en altovervejende offentlig finansiering, og at der foregår en kritisk vurdering af, om tilbuddene faktisk virker (se ovenfor). Ellers er der risiko for en markant opsplnitning af velfærdsstaten. Igen er genoptræning godt tilpasset denne udvikling. I takt med, at registreringssystemer af ydelser og resultater bliver udviklet, bliver det muligt at udføre genoptræning og rehabilitering i en lang række forskellige organisationsformer, herunder at købe ydelserne ”i byen”.

Bredt socialt ansvar: I det sidste årti har der været et stærkt politisk ønske om, at flere parter end den offentlige sektor skal påtage sig et socialt ansvar. Efter en del skepsis er både virksomheder og foreningslivet i dag blevet inddraget direkte i især forebyggelsen af sociale og sundhedsmæssige problemer. I praksis er mange virksomheder aktive med rehabilitering og revalidering af medarbejdere, der ellers kunne risikere at miste fodfæste på arbejdsmarkedet. Og massevis af foreninger gør en afgørende indsats for at holde i hvert fald en del af den danske befolkning i nogenlunde fysisk form. Handicapidræt er et eksempel på, hvordan en gruppe ud fra egne kræfter benytter foreningslivet som rehabilitering. Men disse muligheder er langt fra udviklet færdig. Der er muligheder for at trække genoptræning og rehabilitering, både som tankegang og som aktiviteter, endnu længere ud i samfundet (se kapitel 6). Der er dokumentation for, at også amatører, pårørende og arbejdspladser kan stå for konkrete genoptræningsaktiviteter med gode resultater. Paradoksalt nok er den offentlige sektor selv måske den del af samfundet, der dårligst har indrettet sig på denne nye rolle. I hvert fald er den offentlige sektor storleverandør af førtidspensionister og har dårligere resultater end den private sektor med at integrere personer, der står svagt på arbejdsmarkedet.

Evidensbaseret velfærd. En reformbølge inden for velfærd, der primært kommer ”nede fra” fra selv-kritiske fagfolk, er kravet om evidens (Greenhalgh, 2000). Hvor det tidligere var relativt let at se, at velfærden virkede, fordi man bekæmpede meget store og synlige problemer som børnedødelighed og analfabetisme, så er det nu betydeligt sværere at afgøre, hvad der faktisk virker, og hvad der kun er god vilje uden virkning. Der er udviklet en række teknikker, først og fremmest lodtrækningsforsøg, der kan skille effektive og ineffektive indsatser fra hinanden. Mens evidensideen i vid udstrækning har vundet indpas i sundhedssektoren, er der langt til, at det samme sker inden for social- og uddannelsesområdet. Her kan genoptræning og rehabilitering faktisk blive en mønsterbryder, fordi faget på konstruktiv vis har ”et ben i alle lejre”; både socialvæsen og sundhedsvæsen og både amter og kommuner. Evidensbaseret velfærd åbner en række interessante nye muligheder: En mere behersket, men først og fremmest mere gennemtænkt vækst og udvikling og mulighed for større tillid mellem alle parter ved at skabe et fælles værdifundament. Det er f.eks. karakteristisk, at alle større patientforeninger går ind for evidensbaserede principper i behandlingen af deres medlemmer. Foreningerne argumenterer imod ikke-dokumenterede behandlinger, også selv om nogle af medlemmerne ønsker disse behandlinger. Evidensbaseret velfærd kan også være en modvægt til overivrige offentlige reformatorer såvel som til overivrige private udbydere, der kun er interesseret i at sælge ydelser, uanset om de virker.

Forsikring: Forsikringsprincippet er kun udbredt på et område i den danske velfærdsmodel, nemlig pensioner. De private pensionsforsikringsselskaber, hvoraf mange er baseret på et non-profit princip, gør en vis indsats for at støtte genoptræning og rehabilitering, bl.a. gennem støtte til udviklingen af rygbehandling. Igen et eksempel på, at genoptræning og rehabilitering kan yde et bidrag i mange forskellige sammenhænge. Private sundhedsforsikringer, der dækker behandlingsomkostninger, omfatter ofte også genoptræning efter endt behandling. Mange virksomhedsforsikringer har tilmed indbygget sundhedsfremme og forskellige rehabiliteringstiltag over for medarbejderne. Problemet med disse behandlingsforsikringer er dem, der ikke kan tegne dem. For at kunne få en sådan forsikring, skal man være rask eller i det mindste ansat på en virksomhed med en forsikringsordning. Ældre og førtidspensionister er på forhånd udelukket, ligesom folk på bistandshjælp og dagpenge i praksis også er det. Mange kronisk syge, der i øvrigt pas-

ser et arbejde, vil også være udelukket. Dermed er en stor del af modtagerne af genoptræning og rehabilitering afskåret fra de private forsikringer. Det er ikke noget problem, hvis der er en godt offentligt tilbud. Men risikoen er, som nævnt, at hvis de private aktører for alvor får fat i en pæn del af markedet (og det har de langt fra i dag), vil de trække personale ud af den offentlige sektor og tilmed dæmpe den velhavende del af befolkningens lyst til at betale skat.

Kapitel 4

Vidensbaseret genoptræning og rehabilitering

I disse år bliver et traditionelt synspunkt mere og mere forkert. For bare tyve år siden var det stort set korrekt, at genoptræning og rehabilitering var et erfaringsfag, hvor der manglede systematisk dokumentation for, at behandlingerne virkede. Men i dag vokser forskningen i genoptræning og rehabilitering dramatisk. I runde tal offentliggøres der et lodtrækningsforsøg *om dagen* inden for området. Der er stadig flere og flere områder, blandt andet hjerteområdet, apopleksi og geriatri, hvor der er solid dokumentation for effekten af genoptræning. Kvaliteten i forskningen er også stigende. Der er opstået særdeles frugtbare koblinger mellem grundforskning i kroppens normale funktioner og rehabilitering. Alt i alt er det rimeligt at betegne udviklingen som en vidensekspllosion inden for genoptræning.

På trods af disse fremskridt er der dog stadig lang vej, før al genoptræning og rehabilitering er velundersøgt. Der er simpelthen så mange muligheder for at variere genoptræning og rehabilitering: intensitet, øvelser, varighed, tid og sted osv., at kun en lille del er undersøgt.

Forskningen vokser voldsomt

Antallet af offentliggjorte videnskabelige undersøgelser inden for genoptræning og rehabilitering er i endog meget hastig vækst. Der er i vid udstrækning tale om regulære lodtrækningsforsøg af god videnskabelig kvalitet. Så i modsætning til, hvad der stadig høres i debatten, er der temmelig mange og mange metodisk solide undersøgelser af genoptræning og rehabilitering. Se figur 4.1 og 4.2. Det er en radikalt anderledes situation end for bare otte - ti år siden, hvor antallet af undersøgelser var langt mindre. I dag er der f.eks. mere end 30 aktive videnskabelige tidsskrifter på området.

Evidensbaseret fysioterapi har allerede fået sin egen database PEDro - The Physiotherapy Evidence Database med over 4.900 referencer⁷. Den første skandinaviske lærebog, der direkte tager udgangspunkt i evidensstankegangen "Kunnskabsbaseret Fysioterapi - Metoder og arbejdsmåter" udkom i 2003 (Jamtved, 2003).

Hvad ved vi, og hvad ved vi ikke?

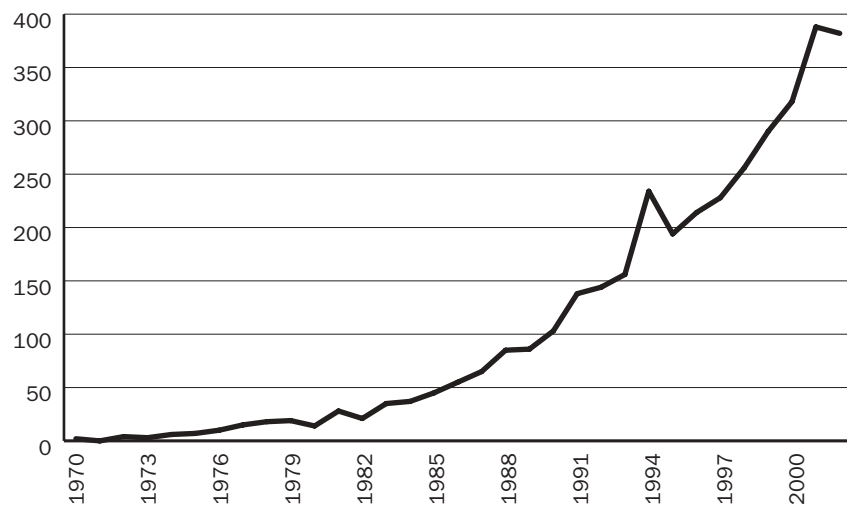
Et britisk studie fra 1998 har søgt at samle meta-undersøgelser (dvs. undersøgelser, der sammenstiller flere undersøgelser) af genoptræning og rehabilitering (Sinclair & Dickinson, 1998). Dette studie finder ikke mindre end 56 meta-studier af forskellige aspekter af genoptræning og rehabilitering. De dækker tilsammen ca. 1.200 egentlige studier, heraf

7

Optalt primo 2004. Se <http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.html>. Databasen drives af The Centre of Evidence-Based Physiotherapy under School of Physiotherapy ved University of Sydney, Australien

Vidensksplosion

Antal publicerede lodtrækningsforsøg inden for rehabilitering i MEDLINE databasen

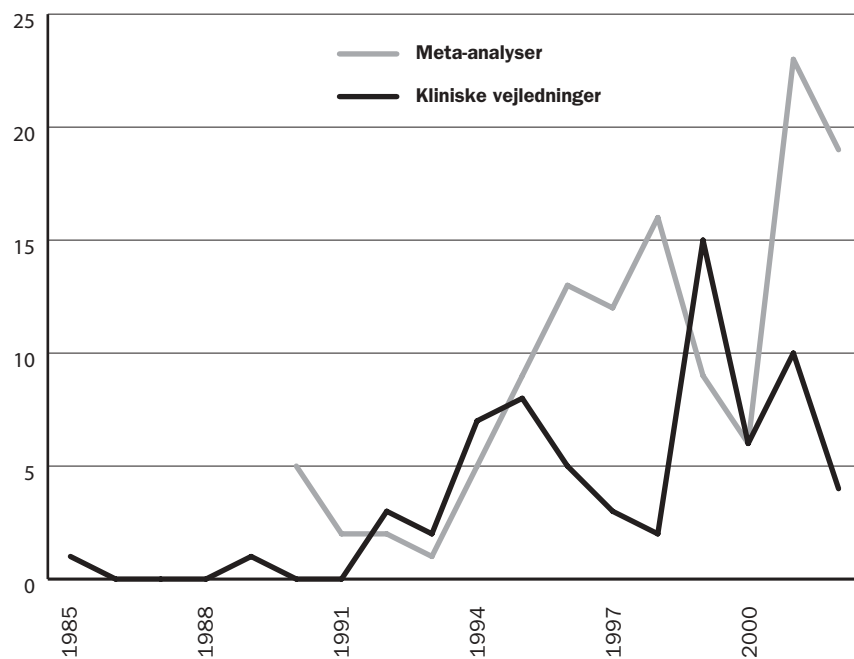


Figur 4.1: Genoptræning og rehabilitering er inde i en veritabel vidensksplosion. I dag offentliggøres et lodtrækningsforsøg om dagen.

Kilde: søgning i MEDLINE

Videnssamling

Antal publiceringer i MEDLINE inden for rehabilitering



Figur 4.2: Det er kun inden for de sidste godt ti år, at forskningen for alvor er blevet samlet i meta-analyser og kliniske vejledninger inden for genoptræning og rehabilitering.

Kilde: søgning i MEDLINE

660 lodtrækningsforsøg. Det er bemærkelsesværdigt, hvor *nye* mange af disse studier er. Før 1992 var der i alt offentliggjort syv meta-studier.

Det britiske studie viser:

- At der allerede er solid evidens for megen genoptræning og rehabilitering, men også at omfanget af viden nærmest er eksploderende for tiden
- At megen forskning har høj kvalitet, selv om området har et rygte for dårlig kvalitet
- At der er stærk dokumentation for, at genoptræning og rehabilitering virker på apopleksi og hjerte-/karsygdomme og derudover har vedvarende effekt inden for de fleste sygdomsområder.
- At der er mindre stærk dokumentation for effekt på smerter, rygproblemer og sociale og arbejdsmæssige problemer.
- At der er endog rigtigt mange udestående spørgsmål. Det gælder f.eks. hvilke dele af genoptræning og rehabilitering, der er de virksomme. Men det er bemærkelsesværdigt, at samlede programmer virker inden for geriatrisk vurdering, apopleksi og hjerte-/karsygdomme.
- At der mangler langtidsstudier
- At effekten af samspillet mellem social og sundhedsvæsen stort set ikke har været udsat for systematisk forskning
- At man ikke ved meget om effekten af miljø og miljøforandringer. Hvad betyder boligindretning, belysning, udearealer mv. for menneskers fysiske aktivitet?

Endelig nævner det britiske studie også problemer med at overføre forskningsresultater indhentet i sygehusregi til den primære sektor.

Dette overordnede billede stemmer i grove træk overens med Klarlund og Saltins undersøgelse af, på hvilke områder fysisk træning virker (Klarlund Petersen & Saltin, 2003).

Det skal retfærdigvis nævnes, at der også er undersøgelser, der peger på, at alternativer til genoptræning er bedre, eller at visse træningsprincipper simpelthen ikke virker. F.eks. viser et Cochrane-studie af behandling af kronisk træthedssyndrom blandt ambulante patienter, at kognitiv behandling er langt bedre end traditionel behandling incl. medicin, strækøvelser og afslapning (Price J R, 2001). Et andet Cochrane-studie viser, at strækøvelser ikke er virksomme for at forhindre skader i forbindelse med løbetræning (Yeung EW, 2001). Et tredje studie baseret på i alt fem lodtrækningsforsøg, der viser at den bedste metode til at skaffe svært psykisk syge (hovedsageligt skizofrene) i arbejde på normale betingelser *ikke* er at give dem et forudgående rehabiliteringsforløb, men at give dem midlertidige lønsubsidier (Crowther, 2001).

Det er ikke nok at undersøge, om genoptræning og rehabilitering virker. Virkningerne skal også kunne nås med rimelige omkostninger for, at de har en chance for at blive gennemført i praksis. Her er situationen desværre den, at der kun er gennemført forholdsvis få økonomiske studier (se tekstboks om søgekriterier), og at kvaliteten langt fra altid er god. Og desværre drejer mange studier sig udelukkende om at redde menneskeliv, hvor hovedparten af genoptræning handler om noget mindre dramatisk, nemlig at sikre en bedre funktion.

Men en forsigtig sammenfatning af den eksisterende litteratur viser, at der findes mange genoptræningsforløb, der giver pæne resultater for en rimelig udgift. Der er dog ikke

nogen genoptræningsforløb, der er meget billige. På nogle områder er der tale om behandlinger, der bare skal ned fra hylden. På andre områder er der brug for en langt bedre visitation til de rette personer og fokusering af de dele af behandlingen, der virker.

Sådan er der søgt efter, om genoptræning kan betale sig

- Der er til dette debatoplæg søgt i følgende databaser og opnået følgende antal bruttohits:
- Medline, søgeord "rehabilitation" og "costs and cost analysis" - 81 hits
- NHS Economic Evaluation Database, søgeord "rehabilitation" - 266 hits
- American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation, Cost-effective bibliography, søgeord "randomized study" - 27 hits
- Cochrane Library, søgeord "rehabilitation" og "cost-effectiveness" - 92 hits

Ud af disse i alt 466 hits er der et betydeligt antal gengangere og mange irrelevante undersøgelser.

De behandlinger, der giver mest resultat for udgifterne, er:

- Patientuddannelse og rådgivning med henblik på selv-behandling. Det bør dog nævnes, at der på visse områder er problemer med at fastholde resultaterne i lang tid (astma og ryg). Disse problemer er dog ikke så store, at de for alvor ændrer det overordnede resultat.
- Behandling uden for sygehusregi og i patientens hjem er kvalitetsmæssigt lige så godt som genoptræning på sygehuse og samtidigt betydeligt billigere end især individuel træning. Hvis man ikke medregner værdien af patientens egen tid, så kan gruppeterapi på sygehuse godt være billigere end hjemmetræning. Accelereret sygehusbehandling er tilsyneladende også en god investering.
- At lade sygeplejersker og terapeuter overtage opgaver fra læger.
- Genoptræning for hjerte-/karsygdomme og apopleksipatienter.

Men resultaterne peger også på, at professionelt bemandet forebyggelsesorienteret træning af større risikogrupper er meget kostbar i forhold til resultaterne. Problemet er, at indsatsen er særdeles kostbar, fordi mange mennesker skal indgå i træningen meget længe, og hos den enkelte bruger opnås kun en relativt lille risikoreduktion. Kunsten inden for forebyggelse er at udvikle langt billigere og mere gør det selv-orienterede virkemidler. Der er dog en klar undtagelse fra denne regel: Professionel faldforebyggelse blandt ældre giver gode resultater. Det er desuden også sandsynligt, at målrettet forebyggende og professionelt gennemført træning af de allerældste borgere kan være omkostningseffektiv.⁸

Vejen til et vidensfag

Men det er ikke tilstrækkeligt bare at satse på at skaffe mere og mere dokumentation for, at forskellige former for genoptræning og rehabilitering faktisk virker. Der skal mere til for, at genoptræning og rehabilitering for alvor overgår til at blive et vidensfag.

For det første er der brug for en række mere dybtgående naturvidenskabelige og psykologiske erkendelser af, *hvordan og hvorfor* genoptræning og rehabilitering virker og ikke virker. Det kræver igen en tæt kobling både til den eksisterende naturvidenskabelige forskning i menneskekroppen og til udviklingen af nye forståelser inden for patientmotivation (se tekstboks om motivation). En sådan videnudvikling er forudsætningen for, at man inden for genoptræning og rehabilitering kan blive meget bedre til at komme med kvalificerede gæt på, hvilke patienter der skal behandles, hvor meget, hvor længe og med hvilke konkrete teknikker. Disse gæt skal derefter undersøges systematisk.

Sammenligner man genoptræning og rehabilitering med f.eks. udviklingen af vacciner, så er der ikke længere nogen, der udvikler vacciner ved at drøfte konkrete patienthistorier eller lade fagfolk prøve sig individuelt frem. Men indtil for ca. 200 år siden foregik

Motivation - en nøgle

Motivationen spiller en afgørende rolle for resultatet af genoptræning og rehabilitering. Man kan simpelthen ikke gennemføre genoptræning imod brugerens vilje. Er brugeren blot ligeglad, så bliver resultaterne derefter. Undersøgelser viser, at man med uhyggeligt få spørgsmål til brugerens motivation kan gætte resultatet af f.eks. ryg-genoptræning (Höök, 2001) eller forløb af sygedagpengesager (Filges, 2003) ganske præcist. Kunne man skabe noget mere motivation, ville det gøre en stor forskel, især fordi brugerne da selv ville gøre en større indsats i forhold til genoptræningen.

Selv om spørgsmålet er vigtigt, er det ikke særligt godt undersøgt. Der findes en række teorier - se f.eks. (Höök, 2001), men meget lidt er undersøgt systematisk, og praktisk taget intet af denne forskning kan overføres til praksis. Spørgsmålet om motivation er overladt til den enkelte terapeuts bedste skøn. Der er stærkt brug for nyudvikling på dette område.

Nogle muligheder for at udvikle motivation kunne være:

- At give brugerne udtrykkelige *valgmuligheder* med flere forskellige typer af genoptræning. Man skulle kunne vælge mellem hold, hjemmebehandling, behandling på institution, særlige "kurophold", forskellige grader af længde og intensitet osv. Måske bør man også kunne vælge elementer i genoptræningen til og fra. Man kan forestille sig, at det selv at have valgt dels vil øge motivationen for at få information, dels vil skabe mere forpligtelse på at følge valget. Det er oplagt, at sådanne valgmuligheder kræver store offentlige enheder, hvis det skal være realistisk at have flere valgtilbud "på hylden".
- At *betale brugerne* for opnåede genoptræningsresultater. Mange mennesker er ganske fjernt fra sundhedsvæsnets ansatte og deres samtalebaserede kultur. Der er solid dokumentation for, at kontant betaling, ofte nærmest symbolske beløb, gør, at selv meget socialt udsatte patientgrupper følger behandlinger (Giuffrida, 1997).

På længere sigt er det måske muligt at blive klogere på eller bedre til at håndtere menneskers motivation gennem f.eks.:

- Hjerneforskning - kan man f.eks. på en scanning se forskel på smerteoplevelser og behandle dem forskelligt?
- Medicin - kan lysten til fysisk eller mental aktivitet ændres medicinsk? Allerede i dag smertebehandler man betydeligt mere intensivt end tidligere blandt andet for at holde patienter mere aktive.
- Psykologi - kan man få bedre begreber og ideer til forskellige typer motivation til f.eks. forskellige personlighedstyper?

Under alle omstændigheder er motivation et vanskeligt område. Nogle brugeres manglende motivation kan jo også skyldes, at de simpelthen ikke ønsker at vende tilbage til et stressende og ubehageligt arbejdsliv, at de mangler både personligt overskud, familie og socialt netværk eller at ikke erkendte misbrugsproblemer blokerer. I nogle tilfælde er det i tæt samarbejde med brugeren muligt at finde nye muligheder og nyt håb, der skaber motivation til at komme videre.

vaccineudviklingen netop sådan. Datidens immunologi var et erfaringsfag, hvor man langsomt prøvede og fejlede sig fremad uden rigtigt at vide, hvad man egentlig foretog sig. I dag er der omvendt en enorm teoretisk viden, der straks leder frem til meget målrettede eksperimenter med vacciner. Nogle af de grundlæggende naturvidenskabelige fremskridt, der vil påvirke genoptræning og rehabilitering, er gennemgået sidst i dette kapitel.

En anden forudsætning for at kunne blive et vidensfag er, at der findes et globalt fælles sprog for klinisk praksis og kliniske resultater. Det er f.eks. det, lægeverdenen har med sit diagnosesystem. Den farmakologiske verden har sit ATC-system, der organiserer al medicin. Sådanne sprog og systemer gør det afgørende lettere at overføre forskningsresultater til praksis og benytte praksis til forskning. De første skridt inden for genoptræning og rehabilitering - og generelt inden for beskrivelser af helbredstilstande - er blevet taget med International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)-systemet. ICF er først og fremmest en imponerende gennemtænkt ramme. Formålet er at sikre et fælles globalt system i al registrering af menneskers funktion, handicap og sundhed (WHO, 2002). De mange forskellige mere detaljerede måle- og testsystemer skal tilpasses ICF's struktur og regler. Så der er stadig et meget stort udviklingsarbejde, før registreringerne og et fælles sprog for alvor kan fungere i hverdagen (Haugbølle, 2002).

I Danmark er der nu udviklet koder for genoptrænings- og rehabiliteringsydelser, som kan registreres i Landspatientregistret. Hidtil har det kun været de privatpraktiserende fysioterapeuter, der af overenskomstmæssige grunde har registreret større mængder data. Men med indberetninger fra 1.1.2004 til Landspatientregistret er der taget hul på at løse et af de centrale problemer med genoptræning og rehabilitering, nemlig at registreringen hidtil ikke er endt i fælles systemer. Men der er stadig et stort antal forskellige testsystemer i brug. Det er systemer, som på flere områder er overlappende, og hvor valget af konkret system til tider afhænger af tilfældige lokale traditioner.

Den dag er ikke fjern, hvor der er muligt at kombinere oplysninger om patienten, de ydelser patienten har modtaget og patientens funktioner og helbred på en række områder. Dermed er vejen åbnet for en helt anderledes slagkraftig analyse af effekterne af genoptræning eller mangel på samme, end vi kender i dag.

Det er imidlertid helt afgørende, at der registreres i præcist det samme minimumsformat overalt i Danmark - og helst i det samme format på globalt plan. Udover det kan der selvfølgelig opbygges ekstra registreringer, hvis man er interesseret i det. Men hvis *grunddataene* ikke kan sammenlignes, er de stort set værdiløse til andet end lidt tilfældig lokal ledelse. Det er også usandsynligt, at de kommer ind i den gode cirkel, som al registrering er afhængig af: At data bruges, derved opdages fejl og uklare definitioner, derved forbedres data, derved øges brugen, der igen øger viljen til at registrere osv.

Til sammenligning er lokale systemer afhængige af ildsjæle, der har en tendens til at holde kortvarigt. Derfor er det ekstra uheldigt, at f.eks. kommunernes system med Fælles Sprog netop ikke har en stor fælles endsige global fælles kerne på kodeniveau. I en sen fase af projektet er man godt nok begyndt at lave såkaldte oversættere til ICF, men det giver ikke en direkte sammenlignelighed. Det er desuden frivilligt, om kommunerne ønsker at deltage i projektet, hvilket ca. 30% ikke gør. Drager man en parallel til sundhedsvæsenet svarer denne situation til, at 30% af sygehusene ikke indberettede til f.eks. Landspatient-

registret og Cancerregistret, og at de resterende 70% gjorde det med koder, de selv havde strikket sammen, om end inden for en vis fælles ramme.

Der er også grund til at stille et stort spørgsmålstegn ved et centralt argument bag Fælles Sprog, nemlig det at muliggøre lokal politisk prioritering. Der findes ingen historiske eksempler på, at der er kommet noget langvarigt nyttigt ud af at opbygge et registrerings-system med det hovedformål at muliggøre lokal politisk prioritering. Hvis systemet for alvor bliver brugt til prioriteringer, der opleves som ubehagelige af de ansatte, vil deres incitamenter til at manipulere systemet blive for store. Teoretikere, der anbefaler komplekse registreringer f.eks. inden for virksomheder, argumenterer for, at registreringerne skal ske af hensyn til udvikling og læring, ikke af hensyn til kontrol (Kaplan & Atkinson, 1998).

Tendenser udefra, der er med til at skabe fremtiden

Der er en række udviklingstendenser i gang *uden for* genoptræning og rehabilitering, der alle kan bidrage yderligere til, at faget kan overgå til at blive et vidensfag. Det er dog langt fra en udvikling, der vil ske automatisk. Det er afgørende, at nogen har mulighed for at skabe forbindelser mellem disse tendenser og faget.

Første tendens: It overalt På it-området er udviklingen præget af stadigt billigere, mere ydedygtige systemer, der spreder sig i stort set alle sammenhænge. Inden for genoptræning og rehabilitering kan det give blandt andet følgende muligheder:

- Automatisk overvågning af og bistand til træningsomfang og intensitet. Vi ser det allerede med motionscykler mv. med indbyggede computere, pulsøre, telemetri på hjerteafdelinger mv. På lidt længere sigt kan formentlig stort set al fysisk træning overvåges elektronisk, hvis man ønsker det. På det tidspunkt, hvor dette bliver muligt, vil alle genoptræningspatienter samtidigt være fortrolige med it fra utallige sammenhænge.
- Betydeligt lettere, hurtig og præcis løbende registrering af behandlingsindsats med ganske små computere, der kommunikerer trådløst.
- Elektronisk patientjournal, der først og fremmest vil give hidtil uset mulighed for sammenkobling/"mining" af data og for kommunikation på tværs af organisationer.
- På længere sigt er det realistisk med helt eller delvist eksternt kontrollerede bevægelser og eksternt understøttede sanser. Det vil på mange måder være fortsættelse af den udvikling, der begyndte med pacemakere. Allerede i dag gennemføres der hjernekirurgi på visse Parkinsonpatienter med forbløffende resultater.
- Alt it-baseret diagnoseudstyr, f.eks. scannere, vil blive dramatisk billigere og/eller bedre i de kommende år. F.eks. er omkostningen ved MRI-scanninger af rygge eller knæ halveret i de senere år. Når højteknologisk behandling bliver billigere, bliver den også mere udbredt. Den ofte velbegrundede skepsis, der er over for at bruge billeddiagnostik til genoptræningspatienter, vil blive mindre begrundet.

Hele denne udvikling vil også gøre den enkelte behandlers resultater - eller mangel på samme - meget synlige. Vi vil overgå til *akvarie-genoptræning*. Den konkrete indsats og dens resultater bliver synlige, men lige som i akvarier kun fra nogle vinkler og ofte i lidt fordrejet form. Da der næppe er nogen tvivl om, at der er ganske stor forskel på, hvilke metoder og nok også hvilke resultater den enkelte terapeut i dag præsterer, ligger der en

stor udfordring i at håndtere al denne viden. Det vil også skabe et pres for at benytte industrielle ledelses- og kontrolprincipper. Det kan være en fordel på visse klart definerede områder (som rutiner for samarbejde mellem organisationer - se kapitel 2), men på de fleste områder vil det næppe virke spor tillidsvækkende på patienterne eller motiverende for personalet. Tværtimod viser efterhånden talrige erfaringer, at tæt industriel kontrol med fagpersoner som f.eks. skolelærere bliver modgået med manipulation med registreringssystemer.

Også for brugerne rummer it-udviklingen store muligheder. For de fleste brugere er det svært at gøre det, som allerede er ved at blive rutine for andre, nemlig at søge "second opinion" om sin behandling på internettet. Det skyldtes først og fremmest, at genoptræning stadig mangler at indføre det fælles faglige sprog, der gør det forholdsvis let at sammenligne forskning og udvikling på tværs. Men når det kommer, vil brugerne eller deres foreninger hurtigt opdage dette og stille krav om helt moderne behandling.

Anden tendens: Vidensksplosionen inden for medicin og biokemi. Det går endog meget stærkt inden for den biomedicinske forskning for tiden (Maddox, 1998). Spørgsmål om gener, signalmolekyler, vævsudvikling osv. besvares i et hidtil uset tempo. Måske er området netop nu inde i et af de sjældne faser, hvor helt nye erkendelser og resultater ruller ind, uden at nogen har overblik. Samtidigt sker der en for genoptræning interessant drejning, idet en stadig større del af forskningen handler om raskt væv og normal funktion i muskler, hvor man tidligere først og fremmest undersøgte sygdomme. Medicinalindustrien prioriterer mere forebyggende eller livsstils-medicin, fordi der her er enorme, langtlevende og betalingsdygtige patientgrupper.

Blandt de udviklinger, der mere specifikt berører genoptræning og rehabilitering, er:

- Medicinsk understøttet vævsopbygning eller doping. Fremover vil der være langt mere systematisk viden om mulighederne for at sammenkoble medicin og træning. Det er selsagt også et område, der interesserer medicinalindustrien.
- Mere dybtgående forståelse af kroppens normale funktioner, f.eks. muskler, led, nerver og hjerne. Der kan formentlig findes betydeligt flere grundlæggende svar på, hvordan genoptræning og rehabilitering egentlig virker i de forskellige dele af kroppen helt nede på molekylært niveau. Viden om dette vil ikke spille en stor rolle i den umiddelbare praksis, men den er til gengæld særdeles vigtig for, at faget kan blive bedre til at opstille relevante teorier om, hvilken indsats der virker og ikke virker.
- Regulære medicinske gennembrud på nogle af de virkelig tunge rehabiliteringskrævende sygdomme: Kronisk leddegigt, sklerose og psykiatriske lidelser, f.eks. skizofreni.
- Hjerneforskning. Der foregår allerede i dag et tæt samspil mellem biokemi og billeddiagnostik. På mange måder er den scannerbaserede hjerneforskning mindst lige så betydningsfuld som den genetiske forskning. Som et eksempel bliver det fremover måske muligt via en scanner at se, om der er forskelle i den smerteoplevelse, der kommer fra "somatiseringssmerter" og andre smerter.

Derimod ligger det betydeligt længere ud i fremtiden, at genetiske analyser får en stor betydning inden for genoptræning. Muligvis vil der komme analyser, der kan afdække forskelle i, hvor let patienter har ved at genopbygge deres funktion.

Men hovedvægten inden for den genetiske forskning ligger i at prøve at finde årsagerne til forskellige sygdomme i genetiske forskelle. Der er f.eks. dokumentation for, at rygproblemer er delvist arvelige (Hestbæk, 2003). Det samme gælder talrige andre lidelser. Men samtidigt har det vist sig umådeligt besværligt at udpege de ansvarlige gener. Sagen er formentlig den, at rigtigt mange gener er involveret og hver især involveret i et omfang, der kan afhænge af miljøfaktorer. Dermed bliver denne type genetisk viden uhyre vanskelig at bruge til ret meget i klinikken ud over en erkendelse af, at folk vitterligt er forskellige. Det er på samme måde som en folkeskolelærer heller ikke kan benytte informationen om, at intelligens, personlighed mv. er delvist arveligt til særligt meget i sin praktiske hverdag.

Endelig har der været en betydelig debat om risikoen for, at genetisk information kan bruges i forsikringsøjemed, så forsikringselskaberne kan undgå dårlige liv. Men det er svært at se, at en sådan brug ikke vil kunne reguleres ganske effektivt, evt. via EU. Allerede i dag har forsikringselskaberne faktisk gode muligheder for at lave umådeligt billige og yderst relevante genetiske tests, uden at de benytter sig af lejligheden. De kunne f.eks. ved livsforsikringer simpelthen bede om oplysninger om ansøgerens forældre, deres sygdomme og eventuelle dødstidspunkt. Så simple oplysninger vil være forsikringsmæssigt mere relevante end, hvad de fleste egentlige genetiske test i dag kan levere.

Tre barrierer på vej mod et vidensfag

Den hastigt voksende forskning, udviklingen af registreringsprog og den stigende kobling til grundlæggende naturvidenskabelig forskning gør, at genoptræning og rehabilitering i dag befinder sig i en overgangsfase til et systematisk vidensfag.

Men der er især tre barrierer for at komme videre:

Konkurrence fra den biomedicinske forskning

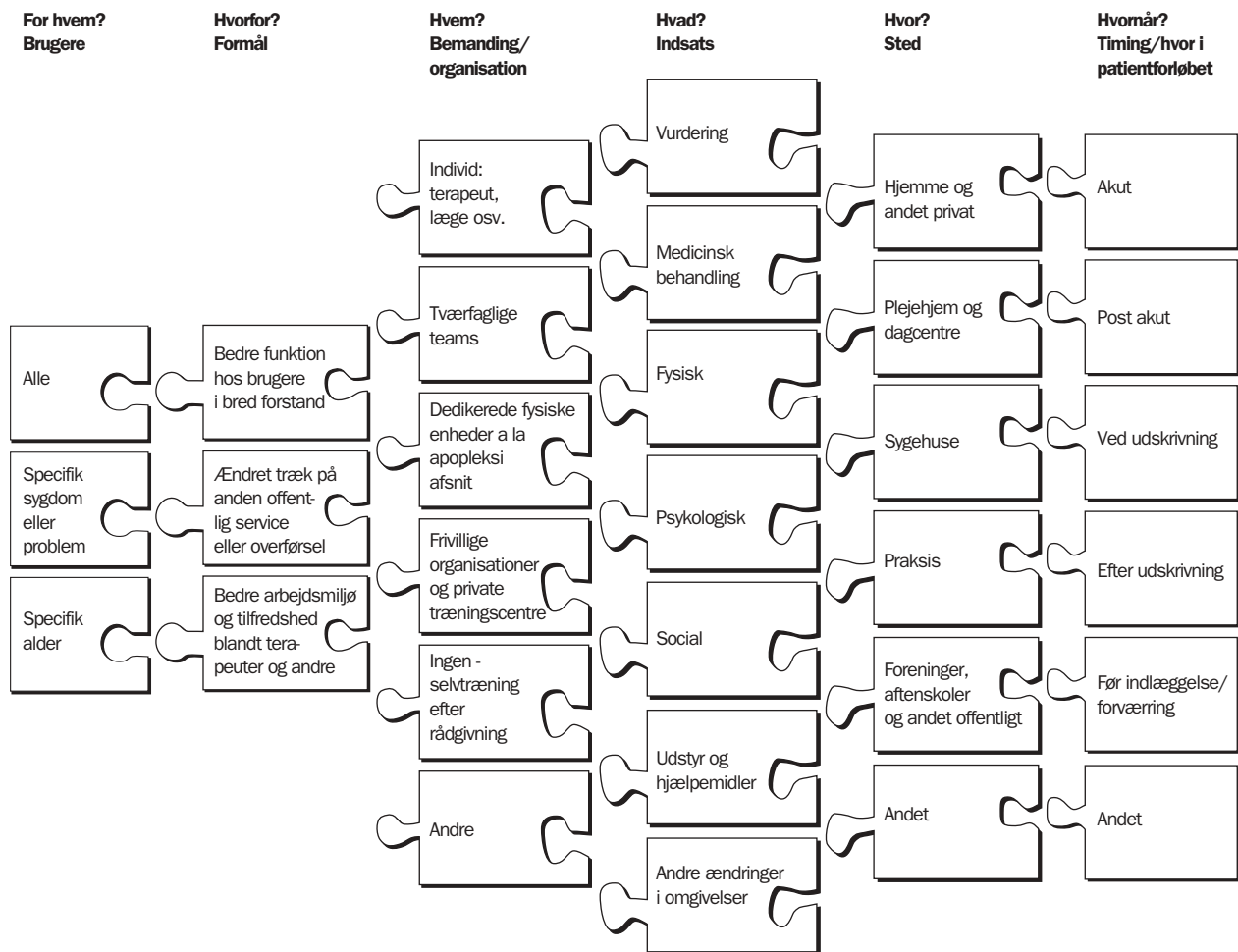
For det første er det langt fra kun understøtning og udvikling af genoptræning og rehabilitering, der kommer fra den biomedicinske forskning. Den er også en regulær konkurrent til forsknings- og udviklingsmidler. Den biomedicinske forsknings succes har desværre den særdeles uheldige effekt, at anden forskning i f.eks. organiseringen af sundhedsvæsen eller i patientforståelse har sværere ved at skaffe normale forskningsmidler. Forskningsmidler skal fordeles efter hvilke videnskabelige potentialer, der er i et projekt. Og her er det svært at hamle op med projekter, der realistisk kan love gennembrud, der for få år siden virkede helt uden for rækkevidde. Så dramatiske resultater kan anden forskning ikke love.

Genoptræning og rehabilitering er et enormt fag

For det andet er genoptræning og rehabilitering simpelthen et meget stort fag, hvoraf kun en lille del af *mulighederne* er velundersøgte. Sagen er, at indsatsen kan sammensættes og organiseres på næsten uendeligt mange måder. I figur 4.3 nedenfor er nogle mulighederne for kombinationer forsøgt vist:

Så mange forløb

Genoptrænings- og rehabiliteringsforløb kan sammensættes på mange måder



Figur 4.3: Kombinationsmulighederne er næsten uendelige, når det gælder sammensætningen af genoptrænings- og rehabiliteringsforløb. Bemanding, indsats, sted og timing er blandt de faktorer, der kan variere fra forløb til forløb. Alene kombinationsmulighederne for de brikker, der er vist i figuren, udgør over 12.000. Og der kan sagtens sættes forløb sammen, der består af flere brikker fra de enkelte kolonner.

Skemaet peger på en række områder, hvor der er brug for mere viden. Selve det at udpege de rette patienter til genoptræning og rehabilitering er langtfra altid en enkel opgave. På visse områder, som f.eks. hjertesygdomme giver det sig selv, hvem der er relevante patienter, men på store områder som rygsmertter og psykiske problemer er det afgørende at blive bedre til at identificere de rigtige patienter. Det kræver metoder til at skelne bedre mellem hvilke af patienterne, der har gavn af genoptræning og rehabilitering. Det kan måske virke som en lidt ubehagelig og kontroversiel forskning. Men hovedsageligt er der tale om at blive betydeligt bedre til at lave de prognoser for effekten af behandling, der allerede i dag er eller burde være grundlaget for fagfolks prioriteringsbeslutninger, om hvorvidt der skal behandles eller ej. Det er en forudsætning for at få samlede bedre resultater ud af indsatsen. Netop inden for genoptræning og rehabilitering er en nøje vurdering af patientens motivation - og mulighederne for at arbejde med den - afgørende for om og hvordan indsatsen skal tilrettelægges. Der er også brug for at blive bedre til at identificere

de patienter, der virkelig er i risikozonen for f.eks. at ryge ud af arbejdsmarkedet. Det har ofte yderst alvorlige konsekvenser for den enkelte og for det øvrige samfund.

Samtidig er det vigtigt at blive bedre til at indsætte genoptræning og rehabilitering på det rigtige tidspunkt i "patientforløbet". Inden for forebyggelse er kunsten at udvikle meget billige gør det selv-løsninger inden for træning og motion på recept. Som nævnt kan det blive kostbart, hvis professionelle skal lave forebyggende træning af brede risikogrupper. Især blandt ældre og grupper, der står svagt på arbejdsmarkedet, er der derimod meget, der tyder på, at en tidlig indsats er sagen, så snart sygdom eller funktionssvækkelse viser sig. Hvis man venter med genoptræning og rehabilitering til slutningen af et patientforløb, har patienten måske allerede indstillet sig på et dårligere funktionsniveau og et mere passivt liv. Der er derfor brug for at udvikle metoder til meget mere systematisk at holde øje med f.eks. ældres funktionsniveau og tidlige faresignaler. De forebyggende helbredssamtaler er et eksempel på et tiltag af denne type, men det kan givet udvikles langt mere og i nogen tilfælde gøres enklere, så f.eks. hjemmehjælpere kan arbejde med systematiske redskaber.

Der er også brug for langt mere viden om at dosere genoptræning og rehabilitering i den rigtige mængde, udstrækning og form. I nogle tilfælde kan en smule rådgivning gøre underværker. I andre kræves en intens, langvarig og måske tværfaglig indsats.

Endelig er det næsten ikke undersøgt hvilke organisationsformer, der er de bedste især til at fungere i dagens meget komplicerede social- og sundhedsvæsen.

Det er stort set kun inden for genoptræning og rehabilitering af apopleksi- og hjerte-/karpatienter, at man kender svar på de fleste af de spørgsmål, der stilles ovenfor. Men på alle øvrige områder er viden langt mere spredt.

Genoptræning og rehabiliterings identitet som fag

Det kan være fristende at tage udgangspunkt i netop de aspekter, der adskiller genoptræning og rehabilitering fra de naturvidenskabeligt funderede fag, når man skal definere og udvikle genoptræning og rehabilitering. Derved vil faget komme til at fremstå som et (mere) humanistisk fag. Sygeplejen har med sin omfattende debat om sygeplejeteori netop søgt at følge denne tankegang og finde de sider, hvor sygeplejefaget adskiller sig fra især lægefaget.

Men det er helt afgørende, at genoptrænings- og rehabiliteringsfaget bliver såvel humanistisk som naturvidenskabeligt præget. For begge tilgange har præcise styrker og svagheder, som i virkeligheden passer nøje sammen. Det er vigtigt ikke at tildele de to traditioner hver deres "territorier", hvor de kan leve i fred for hinanden ud over lidt gensidig kritik. F.eks. ved at erklære, at der er noget, der aldrig kan måles eller vejes eller ved at fastslå, at ikke-evidens baseret viden er løs og tilfældig.

Forsøger man at skille de to traditioner fra hinanden, får det fatale følger. Følger man *ensidigt* en humanistisk orienteret tankegang, vil der ske følgende:

- For det første afskærer man sig fra den enorme og akkumulerende udvikling af viden, der netop kendetegner naturvidenskaben. Dermed bliver faget ikke til et vidensfag.

- For det andet får det givet konsekvenser for fagets politiske gennemslagskraft. Uanset hvordan man vender og drejer det, så er den grundlæggende tillid i både befolkningen og især blandt beslutningstagere knyttet til klassiske naturvidenskabelige idealer.
- For det tredje bliver et fag, når det mister tillid og anseelse, i stedet underlagt traditionel industriel ledelse med vægt på kontrol og styring af den enkelte. Dermed kan en ensidig humanistisk orienteret fagudvikling få præcist den modsatte effekt af den tilsigtede.

Det kan derfor formuleres så skarpt, at forudsætningen for effektivt at forsvare humanistiske idealer i ethvert sundhedsfag er, at man hele tiden arbejder med at udvikle netop de naturvidenskabelige sider af faget. Dette gælder også for genoptræning og rehabilitering.

Omvendt er det lige så oplagt, at en naturvidenskabelig tilgang har sine klare *begrænsninger* (Straus & McAlister, 2000)

- Der er som nævnt utallige områder af genoptræning og rehabilitering, der ikke er undersøgt. Noget af det gab skyldes, at der endnu ikke har været ressourcer til undersøgelserne. Men i mange tilfælde skyldes det også, at der ikke findes ord og begreber til at lave naturvidenskabelige analyser med.
- Naturvidenskabelig viden giver i mange tilfælde ikke i sig selv et entydigt svar på, hvilken viden der er relevant for den enkelte behandler i den konkrete situation og over for den enkelte patient. Dette problem, der i øvrigt gælder alle former for viden og ikke kun naturvidenskabelig viden, er måske i praksis den største begrænsning.
- Naturvidenskabelig viden er ikke i sig selv praksis, men et bidrag til praksis. Situationen, den enkelte behandler og den enkelte brugers holdninger, intuition og muligheder vil altid være den sammenhæng, som eventuel naturvidenskabelig viden skal integreres i. Det er tænkeligt, at den kliniske praksis vil blive langt bedre udforsket, end den er i dag. Men den udforskning vil først og fremmest give en dybere indsigt. Ideen om en "robotificeret" behandling, der ud fra faste evidensbaserede regler tildele evidensbaseret behandling og intet andet, er der ingen, der har argumenteret for.

Kapitel 5

Fremtidens værdier og kropskultur

Genoptræning og rehabilitering foregår med aktiv deltagelse fra brugerens side. Derfor skal genoptræning og rehabilitering følge udviklingen i danskernes værdier. Det gælder både i det konkrete samspil mellem behandler og bruger, og det gælder også værdigrundlaget for det samlede velfærdssystem, som genoptræningen er en del af.

De to væsentligste værdiforandringer blandt danskerne, som har betydning for deres ønsker til genoptræning og for deres motivation, er den stadig voksende individualisme og danskernes temmeligt uautoritære indstilling til f.eks. professionelle behandlere. Det er i disse værdiforandringer, at nye og mere krævende målsætninger for genoptræning og rehabilitering opstår. Sideløbende med disse individorienterede værdier, er der også en stærk og voksende opbakning til, at *samfundet* netop skal være et samfund med plads til og muligheder for alle. Danskerne er - med forbløffende få undtagelser - *solidariske individualister* (Mandag Morgen Strategisk Forum, 2000).

Men det er ikke kun på et værdimæssigt plan, at der sker ændringer. Også på andre områder af danskernes kultur sker der dramatiske ændringer. Danskerne bliver mere og mere stillesiddende, og de bliver større og større i bredden. Det er en udfordring, der er mere end et medicinsk problem. For kropskulturen overalt i samfundet vil blive påvirket: Både i retning af, at flere vil dyrke mere motion, men måske også i retning af, at en veltrænet krop gøres til et eksklusivt statussymbol.

Genoptræning for solidariske individualister

Danskerne er et af de allermest individualistiske folk på jorden (Gundelach, 2002). Individualismen har, efter at have været et værdigrundlag for især bedrestillede unge, bredt sig ud til stort set hele befolkningen. Grundprincippet i individualismen er, at det enkelte individ er - og bør være - ansvarlig for sine handlinger og selv bør bygge sit liv op via reflekterede beslutninger⁹. Det er også et element i individualismen - især i den fortolkning danskere lægger i den - at det offentlige netop skal sikre det enkelte individ, dets valg og dets friheder. Det skal konkret ske ved rimelige overførselsindkomster og høj offentlig service. Tankegangen er, at hvis man lider økonomisk nød eller hvis man f.eks. ikke kan få sine børn passet i daginstitution, så går det ud over mulighederne for at kunne leve et liv, der er nogenlunde lige så frit og fyldt med muligheder, som det liv andre borgere kan leve.

Disse idealer udvikles hele tiden. For tiden udvikler handicapbevægelsen begrebet ”independent living”, princippet om, at man som handicappet kan leve nogenlunde lige så uafhængigt og frit som andre borgere i samfundet. Dermed flytter de konkrete krav til den offentlige service sig også. Oprindeligt var biler legetøj for overklassen. I dag har stort set

9 Der findes mindst to andre former for individualisme: (a) en egoistisk form, hvor man ikke har tillid til andre, men kun tænker på og sørger for sig selv og (b) en selvansvarligheds form, hvor målsætningen er at holde sig uafhængig af andres forsørgelse. Værdien er her, at man står på egne ben (Mandag Morgen Strategisk Forum, 2000)

alle en. Derfor stiller både handicappede og ældre i dag krav om at have bil. Handicappede får tilskud til bil, og ældre får f.eks. operationer for grå stær, så de kan beholde deres kørekort.

Der er megen - stort set ubegrundet - pessimisme omkring individualiseringen. Der er ingen tegn på, at den gør folk mere egoistiske som sådan. Der er tværtimod en tendens til, at de mest individualistiske danskere også er de mest solidariske (Mandag Morgen Strategisk Forum, 2000).

Individualismen med dens krav om, at individer selv skal udvikle deres leveregler, kan derimod godt gøre folk mere "uopdragne". Der er færre traditioner og konventioner at holde sig til, og flere og flere situationer mellem mennesker skal "forhandles" på ny. Det er en stor udfordring for professionelle, især i den offentlige sektor. Der er f.eks. en oplagt risiko for, hvis den offentlige sektor systematisk sender signaler om, at borgerne opfattes som *kunder* frem for som brugere, at folk rent faktisk følger disse signaler. Så bliver folk snævert krævende, forhandlende, ligeglade med de øvrige brugere og utilbøjelige til at blive pålagt medansvar. Det er en problematisk indstilling, uanset om man er forældre til børn i en institution, patient eller modtager af hjemmepleje.

Men først og fremmest er der store potentialer i individualismen. Individualister har viljen til selv at finde løsninger på egne problemer. Mange har talt bekymret om, hvad der sker i velfærdsstaten, når 68'erne dukker op som brugere. Foreløbigt har denne generation stort set kun gjort sig bemærket ved at være endog meget villig til at betale ganske meget i skat (Mandag Morgen Strategisk Forum, 2000). Det er bestemt ikke utænkeligt, at generationen, når den for alvor når reparationsalderen, bliver mere orienteret mod at finde *egne* løsninger frem for at overlade ansvar og opgave til den offentlige sektor (Hede, 2002).

Et andet vigtigt aspekt af individualismen er aftabuiseringen af handicap og sygdom. Mennesker vil anses som selvstændige personer med muligheder og rettigheder, frem for som nogen, der gemmer sig væk eller defineres af en diagnose. Det har medført en stærk vækst i foreninger og kontakter på tværs mellem brugere. Disse kontakter er en afgørende udviklingskraft for moderne rehabilitering. Helt centrale værdier i moderne genoptræning og rehabilitering, nemlig brugerorienteringen og vægten på at genvinde autonomi er udviklet af organiserede brugere. Det samme er aktiviteter som handicapdræt.

Individualismen kan også være indgangen til en mere skeptisk indstilling til de "elendighedsteorier", der præger debatten om den offentlige sektor. Der er let at skabe en overdreven pessimisme om, hvor meget sociale problemer eller social arv bestemmer over menneskers muligheder, f.eks. hvor katastrofal ledighed er for snart sagt alle livsområder (Goul Andersen, 2003). Elendighedsteorier kan i værste fald blive en bekvem forklaring på, hvorfor den offentlige sektor opnår dårlige resultater.

Disse værdiændringer betyder, at målsætningen for genoptræning og rehabilitering konstant er til debat og udvikling. Det er en naiv forestilling, at man kan trække en klar streg, der en gang for alle fastslår, hvad der er privat og hvad der er et offentligt ansvar. Da der er stærke solidariske kræfter, der trækker i retning af et større offentligt ansvar, er det faktisk en udfordring at sikre sig, at de større ressourcer - også de værdimæssige - hos fremtidens brugere bliver udgangspunktet for mere *gør det selv*-genoptræning.

Det er også en udfordring at sikre, at genoptræning og rehabilitering virkeligt får fat i alle, samtidig med at individualiseringen kan trække folk i forskellige retninger. Genoptræning og rehabilitering må ikke definere sig selv sådan, at nogle grupper i samfundet føler sig fremmede eller på forhånd opgives.

Uautoritære værdier

Respekten for fagfolk er stadig udbredt, men den er i modsætning til tidligere anderledes skeptisk og betinget. Det skyldtes blandt andet, at en stadig større del af befolkningen selv er fagfolk. Se figur 5.1. Mange brugere tester løbende de fagfolk, de møder for at se, om denne faglighed er tilstede. Og der skal en overbevisende historie med i købet for at motivere. For at gøre det en tand sværere for behandlere, er der ikke nogen enkel opskrift på, hvad der er overbevisende for den uautoritære patient. For nogen vil en åben indrømmelse af, at der er noget man ikke ved, virke ekstra troværdig. Men på en anden, men dog nok mindre gruppe, vil den virke stik modsat.

Denne værdiudvikling stiller større krav til den enkelte terapeut om at vise, at vedkommende er fagligt ajour og har forklaringer parat på alt, hvad der foretages. Løse og tilfældige forklaringer bliver i fremtiden gennemskuet af langt flere patienter, og de vil reagere kraftigere end før på, hvad der opfattes som manglende kompetence.

De uautoritære patienter gør på mange måde de klassiske professionsdyder aktuelle. Det er dyder som solid og opdateret uddannelse, et professionelt engagement samt evne og vilje til selvkritik.

Den store popularitet som fritvalgsordninger nyder, skal ses i denne sammenhæng. Frit valg gør det muligt for den uautoritære patient at tage sit gode tøj og opsøge en anden og mere professionel eller tillidsvækkende behandler. Denne valgmulighed er, også når den ikke benyttes, i sig selv særdeles værdifuld som en slags sidste udvej. Det forholdsvis lave antal patienter, der faktisk skifter, er derfor også en tillids erklæring til flertallet af behandlere.

En særlig udfordring, der skærpes af kombinationen af frit valg og uautoritær værdiudvikling, er at sikre opbakning til anstrengende simple, men effektive, behandlinger. Megen genoptræning er hårdt arbejde, der kun langsomt giver resultater og måske tilmed giver resultater, der består i at undgå forværringer. Mange vil være tilbøjelige til at stille

Hvem bestemmer - patient eller læge?

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| A: 43% mener "Det er lægen, der..." | B: 51% mener "Som patient vil jeg..." | Ved ikke: 8% |
|---|---|-------------------------------|

Figur 5.1: Et flertal af patienter vil godt kunne bestemme på tværs af deres læges rådgivning.

Note: Uddrag fra survey-undersøgelse "Så har vi et spørgsmål om, hvornår De selv som eventuel patient bør kunne få foretaget en nærmere undersøgelse. Jeg vil nu læse en lille diskussion mellem to personer - A og B - og så bede Dem fortælle mig, om De er mest enig med A eller B.

A siger: Det er lægen, der har den nødvendige viden. Derfor bør det først og fremmest være lægen, der afgør, hvornår der skal foretages en nærmere undersøgelse, f.eks. på sygehuset.

B siger: Som patient vil jeg selv have ret til at afgøre, hvornår der skal foretages en nærmere undersøgelse, også selv om læger ikke finder det nødvendigt."

spørgsmålstegn ved, om de får ”nok behandling”, når de henvises til selv at genoptræne frem for f.eks. at få en omfattende operation eller blive undersøgt med avanceret billeddiagnostik. Her er det afgørende, at også de allermost simple behandlinger faktisk er undersøgt og dokumenteret. Der er måske også behov for i visse situationer at være pragmatisk, og f.eks. lave MRI-scanninger for at få ”sagen uddebatteret”.

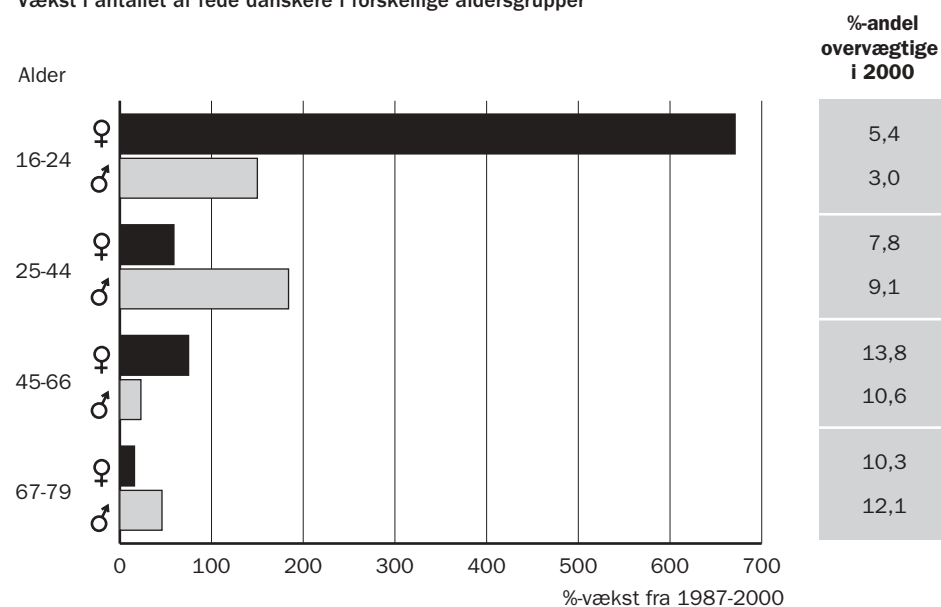
Polariseret kropssdyrkelse

Menneskets krop er slet ikke indrettet til at leve i et moderne samfund, men i et jægersamler samfund. Her er fødevarerne ret knappe og under alle omstændigheder særdeles besværlige og arbejdskrævende at få fat i. Det sikrede automatisk masser af motion og en behersket mængde af mad. Undersøgelser af oprindelige folkeslag viser da også, at de, der overlevede den risikable barndom, var i fremragende kondition (Saltin, 2003).

Her er det moderne samfund fundamentalt anderledes. Mad, især sød og fed mad, er blevet så billig, at den nærmest er gratis. Maden bliver i hastigt tempo lettere og lettere at tilberede og få fat i. Convenience food breder sig overalt med slik, fastfoodrestauranter, madautomater, mellemmåltider osv. Der er undersøgelser, der tyder på, at det er såvel opløsningen af den traditionelle måltidskultur og udbredelsen af convenience food som nedgangen i fysisk aktivitet i hjemmet og på arbejdet, der ligger bag den dramatiske stigning i fedme i USA i de sidste 20 år (Chou, 2002). Hovedparten af befolkningen har efterhånden stillesiddende arbejde, og resten har ofte ensidigt gentaget arbejde.

Fedme i vækst

Vækst i antallet af fede danskere i forskellige aldersgrupper



Figur 5.2: Andelen af fede danskere (BMI over 30) er vokset dramatisk. Alene i løbet af 1980'erne kom der ca. 100.000 flere fede. I alt 9,5% af befolkningen kan i dag betegnes som fed. I 1987 var tallet 5,5%. Problemet har stor social slagside. Blandt personer med under 10 års skolegang er andelen 14%, mens den er 6% blandt personer med over 15 års uddannelse.

Kilde: Kjølter, 2002 #36

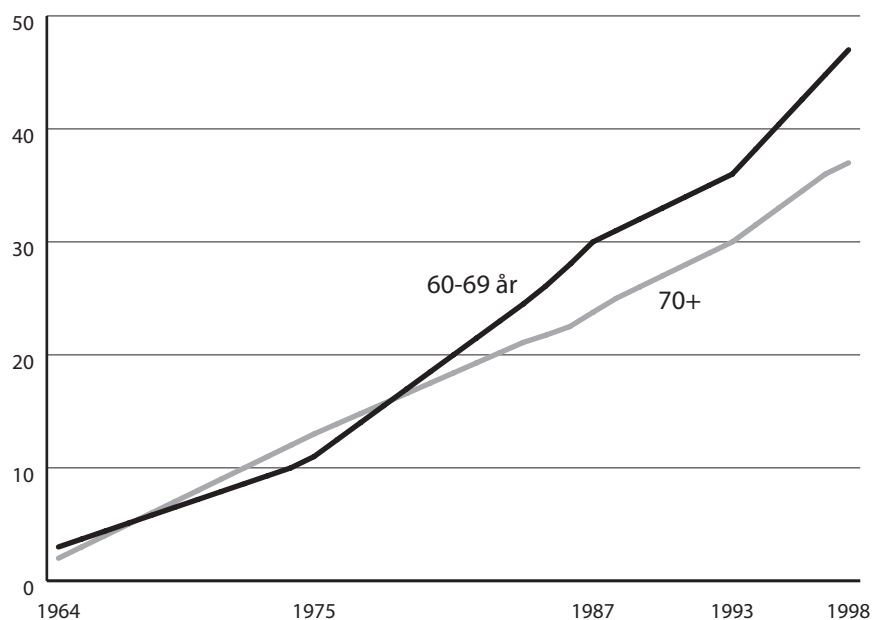
Det er desværre et realistisk scenarium, at gennemsnitslevealderen begynder at falde alene som følge af fedmeepidemien. Forekomsten af kroniske sygdomme, hvoraf en del er knyttet til manglende motion og overvægt, vokser i de yngre aldersgrupper, mens helbredet hos ældre fortsat bliver bedre. Se figur 5.2.

Forandringerne i arbejdet og kosten har allerede udløst en af de største kulturelle ændringer i nyere tid, nemlig motionsbølgen. En meget stor og stadigt voksende andel af befolkningen gør noget aktivt for at holde sig i form. Hvor det at blive ældre tidligere var ensbetydende med et farvel til idræt og fysisk aktivitet i fritiden, er der nu flere og flere, der er aktive. Der er også mindre og mindre accept af, at sygdom skal forhindre udfoldelse på nogen områder.

Så langt er der tale om et entydig positiv kulturel udvikling. Det er tilmed en udvikling, der kan understøttes med forholdsvis enkle midler i form af flere muligheder for udendørs bevægelse, erfaringsudveksling mellem foreninger osv. For på trods af den positive udvikling i andelen af den ældre befolkning, der dyrker motion, er der stadig meget langt til, at alle, der ville have godt af motion, faktisk dyrker den. Se figur 5.3.

Motion i vækst

Andel af ældrebefolkningen, der dyrker sport eller motion - 1964-1998



Figur 5.3: Der er sket en veritabel revolution i kropskulturen blandt de ældre danskere. Tidligere var ældre passive i fritiden. I dag dyrker en voksende andel motion.

Kilde: Fridberg, 2000

En af årsagerne hertil kan være, at kropskulturen kan tage overhånd. Der er tilsyneladende et eller andet dybt i menneskets sind, der gør, at hvad der er besværligt eller dyrt, også bliver brugt til at skabe skel mellem mennesker. Tidligere, hvor det netop var meget besværligt at blive overvægtig, var netop overvægt et statussymbol. I dag er der en forholdsvis lille gruppe, der er gået i den modsatte grøft og blevet ekstreme kropskulturdere, der

dyrker den veltrænede krop som et statussymbol. Netop fordi det er forholdsvis svært og tidskrævende at være veltrænet i det moderne samfund, er det blevet efterstræbt.

Det er en oplagt risiko, at det får en vis del af befolkningen til at stå helt af over for motion og træning. De ved, at de på forhånd ikke har en jordisk chance for at opnå bare tilnærmelsesvis de samme resultater som deres mere heldigt stillede medborgere. Det er derfor en vigtig opgave at lave konkurrencefrie motionsmiljøer for disse grupper. Ellers kan resultatet i værste fald blive en befolkning, der består af et par procent supertrænede, et stor mellemgruppe af motionister og en anden meget stor gruppe af folk, der føler sig helt udenfor, når det gælder motion og rimelig sund livsstil.

Der er også en udfordring - om end den er noget mindre - at undgå skæve prioriteringer, når den meget træningsinteresserede del af befolkningen presser sundhedsvæsenet med krav om korte ventetider, særlig behandling osv.

Både træning og genoptræning står over for at skulle håndtere en langt mere spredt og modsætningsfyldt brugerskare end hidtil. Der er ikke mange solide erfaringer at bygge på. I første omgang taler det for at arbejde med flere forskellige tilbud: Nogle vil være åbne over for f.eks. en sammensmeltning af ferie, træning, genoptræning/rehabilitering, herunder f.eks. en genopdagelse af kurtraditionen. Andre vil være ekstraordinært vanskelige at motivere og kræver måske helt særlige tilskyndelser som f.eks. økonomisk belønning for at nå selv beskeden resultater. Der er solid evidens for, at netop ekstremt socialt udsatte grupper faktisk overholder behandlinger, hvis de får en kontant økonomisk belønning herfor (Giuffrida, 1997).

Kapitel 6

Virkemidler for fremtidens genoptræning og rehabilitering

Hvis de mange muligheder i genoptræning og rehabilitering skal realiseres, og de udfordringer fremtiden vil byde, skal imødekommes, kræver det en række ændringer i både sundheds- og socialvæsnet. Det er ikke ændringer, der vil komme af sig selv, eller som alene kan komme nedefra. Der er også brug for en sammenhængende strategi på området, frem for den nuværende situation, hvor mere eller mindre tilfældige problemer får lov at sætte dagsordenen.

Det følgende er en række forslag, der tilsammen udgør et bud på en sammenhængende strategi. Selvom de enkelte forslag godt kan realiseres hver for sig, er der ingen tvivl om at de i kombination vil fungere endnu bedre. De kan også integreres i samlede nationale handlingsplaner over for specifikke sygdomme. Det skal understreges, at der er tale om forslag til debat. Forslagene skal videreudvikles og testes i dansk praksis.

Forslagene er i sig selv alle relativt billige eller endog gratis, da de primært handler om omprioriteringer. Samtidigt vil forslagene i afgørende grad øge mængden af genoptræning, fordi andre og nye faggrupper og brugerne selv kan bidrage til genoptræningen. Derudover udvikler og målretter forslagene indsatsen. Det er også tænkeligt, at der er dele af den nuværende indsats, som ikke virker, og derfor bør afskaffes.

Forslagene kan kun gennemføres i et bredt samarbejde i social- og sundhedsvæsnet. Fra politisk ansvarlige over fagligt ansvarlige og til den enkelte patient er der brug for ændrede beslutninger. Selv om en samling af mindre kommuner i større enheder givet vil gøre det lettere at realisere disse forslag, så er en kommunalreform blot ét element i en samlet strategi på genoptræningsområdet. Strukturforandringer i sig selv betyder ikke meget, hvis ikke de følges op af indholdsmæssige reformer.

Strategien tager udgangspunkt i fire principper, som der bør kunne etableres bred faglig og politisk opbakning bag:

- **Genoptræning og rehabilitering bør være en rettighed til alle, der har behov.** Da genoptræning og rehabilitering i højere grad end andre behandlinger ligger i organisatoriske og faglige grænseområder og desuden ofte ligger til sidst i patientforløb, er der særlige grunde til at sikre indsatsen ved at understøtte patienterne med rettigheder. Det er også denne tankegang, der ligger bag reglerne om genoptræningsplaner. De konkrete rettigheder kunne være: En ret til hurtigere afklaring for på den måde at skære ned på den tid, som patienten går i usikkerhed, en ret til - som i dag, at der bliver lagt en plan for genoptræning og rehabilitering, og endelig en ret til "second opinion" på behovet for genoptræning og rehabilitering. Det bør overvejes også at give praktiserende læger pligt til at vurdere, om der er behov for genoptræningsplaner. Retten til en genoptræningsplan bør yderligere sikres med en "second opportunity", der kunne bestå af et klippekort med en vis mængde timer, som patienten kan trække på, såfremt hjemkommunen ikke leverer de planlagte ydelser.

- **Systematisk resultatorientering af det enkelte patientforløb.** Ideen er den enkle, at sundhedsvæsenet og socialvæsenet ikke blot skal måle tilfredshed, men også resultaterne af den *samlede* indsats. Dermed ligestilles alle dele af brugernes forløb, uanset hvor og af hvem de udføres. Resultatmåling af hele det samlede forløb vil mindske risikoen for, at en god indsats ét sted tabes, fordi andre dele af patientforløbet mangler eller ikke laves i god kvalitet. Resultatmålinger gør det også i langt højere grad muligt at spare ineffektive eller endog skadelige behandlinger væk, forudsat at selve behandlingerne også registreres. Der findes enkle og billige måleredskaber, der relativt fintfølede kan måle på samtlige behandlingsforløb, om de har virket (f.eks. det såkaldte SF-36 spørgeskema). Disse redskaber skal så suppleres med redskaber, der mere specifikt måler effekterne af behandlingerne af den konkrete sygdom eller funktionsproblemet.
- **Bred genoptrænings- og rehabiliteringskultur.** Genoptræning og rehabilitering skal udbredes, så den ikke kun er noget faguddannede terapeuter står for. Rehabilitering bør være en gennemgående målsætning for en stor del af behandlingsindsatsen i sundheds- og socialvæsenet fra det øjeblik, hvor brugerens problemer opstår. Indsatsen kan også i praksis udbredes til brugerne selv, pårørende, arbejdspladser og andre faggrupper. Talrige undersøgelser viser, at det er muligt med gode resultater - og markante besparelser - at få andre til at stå for genoptræning og rehabilitering, forudsat at der sker en passende rådgivning og opfølgning.
- **Vidensbaseret genoptræning og rehabilitering.** Genoptræning og rehabilitering er hastigt på vej til at blive et vidensbaseret fag. Mængden af viden vokser dramatisk. Samtidigt kobles viden om genoptræning i stigende grad til andre fagområder fra

Sådan udvikles genoptræning og rehabilitering

| Principper | Konkrete virkemidler |
|--|--|
| Rettighed til genoptræning og rehabilitering | <ul style="list-style-type: none"> • Ret til hurtig afklaring • Ret til genoptrænings-/rehabiliteringsplan • Ret til "second opinion" og timeklippekort |
| Systematisk resultatorientering | <ul style="list-style-type: none"> • Brug af SF-36 til alle patientforløb • Brug af specialiserede målesystemer • Systematisk ydelsesregistrering |
| Bred genoptrænings- og rehabiliteringskultur | <ul style="list-style-type: none"> • Involvering af flere faggrupper • Holdarbejde • Tidligere start på genoptræning og rehabilitering • Genoptræning og rehabilitering i eget hjem, på arbejdspladser mv • Genoptræning og rehabilitering som lægeligt fagområde (krav om kompetence ved overlægeansættelse) |
| Vidensbaseret genoptræning og rehabilitering | <ul style="list-style-type: none"> • Opbygning af forskningskapacitet, professorater og efteruddannelse • National forskningsplan • Elektronisk forskningsformidling |

Figur 6.1: Oversigt over debatoplæggets principielle og konkrete forslag til udvikling af genoptræning og rehabilitering

psykologi til biokemi. Det gør det muligt på én gang at fokusere genoptræningen på de behandlinger, der virker og fjerne de, der har for ringe resultater. Men genoptræning mangler netop i Danmark mulighederne for at modtage, formidle og bidrage til denne viden, fordi der ikke er et stærkt "modtagesystem" af forskningsinstitutioner inden for genoptræning. Der mangler bl.a. professorater, muligheder for specialisering mv.

1. Ret til genoptræning og rehabilitering

Det er let at opstille og kræve rettigheder på stort set alle sociale og sundhedsmæssige områder. Men der er i hvert fald seks særlige grunde til at *rettighedsfilosofien* er særlig relevant inden for dette område:

- 1: Genoptræning og rehabilitering sker ofte i et *grænseland* mellem forskellige sektorer og tilmed ofte i et grænseland mellem forskellige livsfaser (sygehuse/kommuner, social/sundhed, syg/rask, i arbejde/sygemeldt/pensioneret, selvhjulpen/afhængig osv.). Det medfører, at det er svært selv med den allerbedste vilje for behandlere og bruger at overskue, hvad der foregår, og hvad der skal foregå. I situationer med presede ressourcer bliver genoptræning let en marginalaktivitet for de fleste involverede parter, til "noget de andre gør" eller "noget vi når til, når tiden kommer".
- 2: Genoptræning og rehabilitering har desuden det problem, at aktiviteterne desværre stadig *ligger i slutningen af et patientforløb*, hvor de er "ude af syne" for det øvrige behandlingssystem. Dette problem forværres af de stadigt kortere liggetider og accelererede patientforløb på sygehusene. Rettigheder skaber et naturligt omdrejningspunkt, som alle - også brugeren - skal forholde sig til. Det fremtvinger igen udvikling af fælles definitioner og terminologi, der igen gør det mere klart "hvad der er på hylterne" for samarbejdspartnere. Rettigheder bliver desuden et naturligt omdrejningspunkt for forskning og udvikling.
- 3: Genoptrænings- og rehabiliteringsforløb er ofte præget af *lange ventetider og forsinkelser*, især i begyndelsen. Rettighederne vil kunne præcisere behovet for tempo, især i den tidlige del af patientforløbene. De kan også frembringe, at der fastlægges ansvarsfordeling.
- 4: En stor del af brugerne af genoptræning og rehabilitering har relativt *få ressourcer*. Det klassiske middel til at sikre ydelser til alle, også til dem med få ressourcer, er at gøre ydelserne rettighedsbestemte.
- 5: Genoptræning lider stadigt under effekterne af at være et fag med en relativ *lav status*, også selv om vidensgrundlaget under faget vokser dramatisk. Rettigheder modvirker de negative effekter af denne lave status. Hvis et sundhedsvæsen overlades til sig selv uden politisk overvågning, vil det gradvist prioritere patienterne efter, hvor prestigefyldte de lægelige specialer er.
- 6: Endelig er der et demokratisk argument. Det er i sig selv et *demokratisk problem*, at området er så svært at styre. Tiltag, der øger styringsmulighederne ved at presse de

offentlige systemer til at levere ydelser og til at samarbejde, er samtidigt demokratiske fremskridt.

Man kan indvende, at hvis man giver rettigheder til genoptrænings- og rehabiliteringspatienter, så sættes de lokale prioriteringsmuligheder ud af kraft. Det er korrekt, at råderummet bliver noget mindre. Men det hører med til billedet, at de lokale variationer man ser i dag i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen i højere grad skyldes tilfældigheder end gennemtænkte politiske prioriteringer. Uanset om man undersøger lokale myndigheder eller fagfolks indsats, finder man altid store uforklarede variationer i omkostninger, indsats og ofte også resultater - se f.eks. kommunale nøgletal på www.eco.dk og (Rethans & Saebu, 1997). Flere undersøgelser har desuden vist, at der ofte mangler en sammenhæng mellem økonomisk indsats og opnåede resultater i den offentlige sektor - se f.eks. (Heinesen, 2003).

Ud over at der er en vis folkelig skepsis over lokale variationer i serviceniveauet, så viser netop variationerne, at der findes prioriteringsmuligheder selv på områder, hvor brugerne er udstyret med meget stærke rettigheder, som f.eks. på folkeskoleområdet.

De konkrete rettigheder, der kan komme på tale kunne være:

- **Ret til kortere ventetider på afklaring.** I dag arbejder man med maksimumsgrænser for ventetider på operationer, også for patienter med et ganske lille behov for hurtig behandling (se kapitel 1). Til gengæld er der ingen begrænsninger på, hvor længe patienter kan vente på at blive udredt og afklaret, herunder få lagt en behandlingsplan. Der er kun få og små undersøgelser af problemet (Asp, 2003). De antyder, at i hvert fald en mindre gruppe af patienter (10-30%) er ramt af ventetider på to måneder eller mere. En del af dette problem skyldes formentlig, at patienternes praktiserende læger ikke er vedholdende nok i forhold til at henvise til speciallæger eller sygehuse med kort ventetid. Der er ingen viden om hvor mange, der har problemer med ikke at kende ventetiderne. Det er en stærk formodning, især blandt behandlere af rygproblemer, at ventetid i usikkerhed indebærer en stor risiko for, at nogle patienter for alvor bliver dårlige. De indstiller sig på at være syge og plaget af smerter og mister til liden til, at de kan komme ud af situationen. Der er solid dokumentation for, at langvarige pensionssager i dramatisk grad kan forværre sygdommen hos patienter med rygproblemer (Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, 1999). Som konsekvens satser f.eks. Rygcentret i Ringe nu på, at patienter med rygproblemer højst må vente to måneder, før der skal laves en samlet behandlingsplan. En sådan plan kan - forudsat at det tværfaglige arbejde organiseres godt nok - laves på én dag (Interview med prof. Claus Manniche).
- **Genoptræningsplan til de brugere, der har behov.** En sådan rettighed er allerede etableret for sygehuspatienter. Der er i kapitel 1 gennemgået en række ideer til, hvordan de rettigheder til genoptræningsplaner kan blive opfyldt. Spørgsmålet er, om denne ret skal udvides til også at omfatte ikke indlagte brugere. I praksis kunne det ske ved, at f.eks. privatpraktiserende speciallæger på linje med sygehuslæger har pligt til at lave en vurdering af genoptræningsbehovet. Det er næppe realistisk formelt at flytte behovsskønnet væk fra den lægelige ekspertise.

- **Ret til frit valg inden for genoptræning og rehabilitering med ”second opinion” og timeklippekort.** Såfremt brugere ikke er tilfredse med den vurdering, de har fået på sygehuset eller hos den privatpraktiserende speciallæge, bør de have mulighed for at få en anden læges vurdering, en såkaldt ”second opinion” på spørgsmålet om en genoptræningsplan. Hvis kommunerne eller sygehuset ikke har ressourcer til at gennemføre planen, bør det være muligt for brugerne at få et timeklippekort, en ”second opportunity”, så de selv kan efterspørge deres genoptræning. Erfaringsmæssigt vil sådanne rettigheder kun blive benyttet ganske sjældent, men de lægger et nyttigt pres på de offentlige systemer.

Endelig - og det bør formentlig snarere være en faglig standard end en rettighed - bør sygehuse blive betydeligt bedre til at lave **individuelle vurderinger af patienternes behov for genoptræning i løbet af ventetiden**. Det skal systematisk vurderes, om patienten kan have gavn af genoptræning allerede inden operationen. Det vil også medvirke til at tage noget af det psykologiske pres og ubehag ved at vente. I stedet vil der i højere grad blive tale om forberedelsestid.

2. Resultatorientering af social og sundhedsvæsenet

I dag laves der systematiske undersøgelser af patienttilfredshed i sygehusvæsenet. Men paradoksalt nok undersøger vi ikke nær så systematisk, hvordan det står til med resultaterne af behandlingerne. Vi mangler overblik over så simple spørgsmål som: Får brugerne et bedre liv, har de færre smerter, i hvilket omfang kan de bevæge sig og genoptage deres liv eller undgår de forværringer.

Samtidigt bliver indsatsen på stort set alle områder - også det sociale - stadig mere kompliceret og involverer flere og flere behandlere. Behovet for at sikre et vist overblik vokser hele tiden.

I de fleste tilfælde er det muligt at lave før-og-efter-målinger i sundhedsvæsenet, og i alle tilfælde kan der laves efter-målinger eventuelt ved at fastsætte en tidsgrænse. Netop Danmark burde udnytte sine enestående muligheder for at opsamle disse oplysninger. Hvis disse oplysninger sammenkøres med systematiske registreringer over hvilke offentlige ydelser, der gives, vil de udgøre en veritabel guldmine af oplysninger, om hvad der virker, og hvad der ikke virker blandt de offentlige tilbud.

En resultatorientering er også en forudsætning for at genoptræning og rehabilitering i højere grad kan gå fra at have en underforstået til have en udtrykkelig målsætning. I praksis foregår alt for meget genoptræning uden en klar målsætning, der styrer det konkrete arbejde.

Det økonomiske pres på velfærdssystemerne øger også behovet for dokumentation, og for at skaffe et godt beslutningsgrundlag til at afvikle behandlinger, der ikke virker. Resultatmåling er også en forudsætning, for at alle faggrupper og patienterne selv i højere omfang kan overtage noget af genoptræningen.

Det paradoksale er, at der allerede findes simple, billige og pålidelige generelle målesystemer. Det drejer sig f.eks. om det såkaldte SF-36, der er et kort spørgeskema med 36

spørgsmål til patienten om bl.a. fysisk aktivitet, smerter, almen tilstand mv. SF-36 kan bruges af alle patienter, fra brækkede ben til skizofreni. Det findes i en kort variant med f.eks. 12 spørgsmål (se tekstboks). Stort set alle brugere kan udfylde skemaet på få minutter. Skemaet er udviklet over årtier og brugt i tusindvis af undersøgelser i sundhedsvæsnet, mens det kun i mindre omfang er testet af i socialvæsnet, selv om det arbejder med et forholdsvist bredt livskvalitetsbegreb. Systemet er integreret i den daglige drift på en række udenlandske sygehuse.

Det afgørende er imidlertid ikke at anbefale et bestemt skema eller målesystem, men at følgende principper bliver brugt:

- Målingerne skal være resultatorienterede og dække det samlede patientforløb.
- Brugere skal selv svare, fordi de er de eneste konstante deltagere, der går igennem hele forløbet.
- Alle skal udfylde det samme grundskema, så der skaffes data på tværs af sygdoms-områder.
- Det samlede system skal være særdeles billigt, så systemet overlever perioder med økonomisk smalhals.

Disse ideer er så småt ved at blive afprøvet i lille skala på bl.a. H:S ortopædkirurgiske afdelinger. Projekterne viser, at det mest komplicerede er at fastlægge de præcise post- og arbejdsgange: Af hvem og hvornår skal skemaerne omdeles og indsamles og registreres? Det er f.eks. nødvendigt at honorere de praktiserende læger for deres arbejde. Men alt i alt viser erfaringerne, at der er tale om overskuelige praktiske problemer. Det er også vigtigt, hvis systemet spredes ud over alle patientgrupper, incl. kronisk syge, at der ligger præcise aftaler om, hvornår efter-målingen gennemføres.

Men først og fremmest er der brug for en politisk beslutning og for en politisk vilje til at bruge disse oplysninger.

Det skal understreges, at en sådant initiativ ikke træder i stedet for de kvalitetsudviklings-initiativer, der allerede foregår f.eks. i det Nationale Indikator Projekt. Men disse projekter retter sig først og fremmest mod sygehusvæsnets egne processer og ser ikke patienten og patientforløbet i sin helhed. De inddrager typisk ikke primær-sektoren.

Det store krav er at sikre, at der bliver fulgt op på resultatmålingerne, så de ikke blot ender som endnu en rapport på hylden. En stærk landsdækkende analyseenhed, gerne placeret i universitetsregi, der koordinerer indsamlingen, laver tværgående analyser og udvikling er en oplagt ide til at sikre opfølgningen.

Det er også væsentligt, at resultaterne offentliggøres for at lægge et vist pres på de offentlige institutioner. Tidligere har der været skepsis over for dette, men i praksis er denne holdning under stærk opblødning.

3. Bred genoptræning- og rehabiliteringskultur

Fremover bør genoptræning og rehabilitering ikke afgrænses til de aktiviteter, som faguddannede terapeuter gennemfører. Tværtimod er det afgørende for at imødegå det sti-

gende behov og for at sikre et samlet bedre resultat, at der skabes en langt bredere genoptrænings- og rehabiliteringskultur.

Mange flere faggrupper, patienten selv, pårørende, arbejdspladser og lokalsamfund skal inddrages. *Tidsmæssigt* skal genoptræning så vidt muligt udbredes fra en aktivitet i slutningen af et patientforløb til at være en gennemgående ledetråd fra det første problem

SF-36 og SF-12

SF-36 skemaet er i særklasse det mest gennemprøvede system til at måle menneskers sundhedsrelaterede livskvalitet efter brug i flere tusinde undersøgelser inden for alle dele af sundhedsvæsnet. Det tager for langt de fleste 5-10 minutter at udfylde. Det måler fysisk og psykisk funktion, fysisk og psykisk betingede funktionsbegrænsninger, psykisk helbred, fysisk smerte og alment helbred og sammenfatter resultaterne i en fysisk og en psykisk scoring. Den danske version af SF-12 skemaet ser (i sammenpresset version) sådan ud:

De følgende spørgsmål og svar handler om aktiviteter i dagligdagen.

Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?

1. Lettere aktiviteter, såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle
Ja, meget begrænset/Ja, lidt begrænset/Nej, slet ikke begrænset
2. At gå flere etager op ad trapper
Ja, meget begrænset/Ja, lidt begrænset/Nej, slet ikke begrænset

Har du inden for de sidste 4 uger haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?

3. Jeg har nået mindre end jeg gerne ville
Ja/Nej
4. Jeg har været begrænset i hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre
Ja/Nej

Har du inden for de sidste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?

5. Jeg har nået mindre end jeg gerne ville
Ja/Nej
6. Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end jeg plejer
Ja/Nej
7. Hvor stærke fysiske smerter har du haft i de sidste 4 uger?
Ingen smerter/Meget lette smerter/Lette smerter/Middel stærke smerter/Stærke smerter/Meget stærke smerter
8. Inden for de sidste 4 uger hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)? Slet ikke/Lidt/Noget/En hel del/Virkelig meget
Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger
9. Har du været fuld af energi?
Hele tiden/Det meste af tiden/En hel del af tiden/Noget af tiden/Lidt af tiden/På intet tidspunkt
10. Har du følt dig rolig og afslappet?
Hele tiden/Det meste af tiden/En hel del af tiden/Noget af tiden/Lidt af tiden/På intet tidspunkt
11. Har du følt dig trist til mode?
Hele tiden/Det meste af tiden/En hel del af tiden/Noget af tiden/Lidt af tiden/På intet tidspunkt
12. Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?
Fremragende/Vældigt godt/Godt/Mindre godt/Dårligt

Kilde: (Fischer Pedersen & Zachariae, 2003)

viser sig. *Stedet* for genoptræning bør derfor kunne omfatte ikke alene institutioner, men alle arenaer.

Der er solid evidens for, at andre faggrupper, pårørende og patienten ofte selv kan påtage sig meget betydelige opgaver inden for genoptræning og rehabilitering, hvis de bliver instrueret grundigt og har mulighed for at indhente råd og vejledning (Sinclair & Dickinson, 1998). Denne erfaring bør også kunne bruges til at reducere omkostningerne ved at opnå et givet resultat, dels ved at lavere lønnede faggrupper overtager dele af arbejdet, dels ved at patienten og pårørende overtager mere.

Det er også tænkeligt, at en bredere genoptrænings- og rehabiliteringskultur kan medvirke til at løse det fastholdelses- og motivationsproblem, der findes inden for nogle behandlinger. Motivationen til den hårde og bestemt ikke smertefrie træning er ofte højere, når den foregår i vante omgivelser og formålet med træningen kan knyttes til personlige aktiviteter frem for mere kliniske mål som muskelstyrke (Hvid & Projektgruppen, 2001).

Veje til bred genoptrænings- og rehabiliteringskultur

| | I dag | Fremover | Mangler |
|----------------------------|------------------------------|---|---|
| Hvem genoptræner | Terapeuter Patienten selv | Læger Pleje Terapeuter Hjemmehjælpere Pårørende Patienten selv | Kendskab til genoptræningsmuligheder Genoptræningsperspektiv på næsten al pleje Bør blive mere instruerende/koordinerende Træning i hjemmetræning Støtte til at blive hjemmetrænere |
| Hvor genoptrænes | Institutioner Hjem | Institutioner Virksomheder Lokalsamfund Hjem | Mere mobilitets- og aktivitetsvenlige fysiske rammer Erfaringer |
| Hvornår genoptrænes | Til sidst i patientforløbet | Fra først til sidst | Traditioner og rutiner så alle lægger et genoptrænings-perspektiv på behandlingen fra første færd |

Figur 6.1: Mange flere parter bør inddrages i genoptræning og rehabilitering. Der kan rehabiliteres flere steder, og indsatsen bør begynde tidligere.

Der er to aspekter i at udbrede genoptræning til flere faggrupper: Det ene er at sikre, at genoptræning og rehabilitering bliver en *fælles ledetråd* i indsatsen. Det andet er, at flere - og især lavtlønnede - faggrupper *gennemfører konkret genoptræning og rehabilitering*.

Forudsætningen for, at genoptræning og rehabilitering kan blive en fælles ledetråd på sygehuse, er en anderledes teamorienteret organisering af arbejdet. Det betyder, at der i mange tilfælde kan trænes og rehabiliteres, uden at der foreligger en udtrykkelig ordination. Traditionelt sker arbejdet ud fra en ordination eller henvisning fra en læge. Problemet er imidlertid, at en sådan simpel bestiller-udfører opdeling ofte tager lang tid, da der opstår interne ventetider. Da der ydermere, især på større sygehuse, er en stor udskiftning af personalet, vokser risikoen for fejl, misforståelser og tilhørende stress. Informationsudvekslingen mellem parterne bliver ganske minimal, og også faggrupperne lever i høj grad deres eget liv. Selv om lægen formelt har ansvaret, kniber det i praksis med at løfte dette ansvar, fordi lægerne mangler kendskab til genoptræning og rehabilitering.

Erfaringerne fra en lang række behandlinger er, at en teamorienteret arbejdsform på de store institutioner er bedre. I et team, hvor det på forhånd er fastlagt, hvem der er ansvarlig for en patient, går det hurtigere med at afklare patienterne, at lægge en realistisk plan og i øvrigt at følge fælles behandlingsprincipper. Da der samtidigt er langt færre involverede fagpersoner, fanges fejl og misforståelser hurtigere. Hvis genoptræning og rehabilitering skal trækkes frem tidligt i behandlingsforløbet som en form for gennemgående behandlingsledetråd, så kræver det et tættere og mere uformelt samarbejde over faggrænser.

Den anden udfordring er at få andre faggrupper til i højere grad at indlægge konkret genoptræning og rehabilitering i deres opgaver sammen med brugerne. Der er nærmest uendelige muligheder for, at f.eks. hjemmehjælpere kan blive hjælpetrænere. Selv om pårørende formentlig står for omkring 80% af alt plejearbejde i samfundet, så er samarbejdet fra såvel pleje som genoptræning yderst sporadisk (Socialstyrelsen, 2001). Forskningen på området er yderst beskedent, selv om det formentlig i mange tilfælde er pårørende, der spiller en afgørende rolle for, at gode genoptræningsresultater fastholdes.

En anden faggruppe, der har behov for mere motivation omkring genoptræning og rehabilitering, er læger. En konkret mulighed er at gøre genoptræning og rehabilitering til et såkaldt *fagområde* inden for en række relevante specialer. Det betyder konkret, at der kan stilles krav om kompetence og forskning inden for feltet, når overlægestillinger slås op. I praksis udøver denne type krav en særdeles effektiv styring af lægers interesser.

Man kan hævde, at ideen om en bred genoptrænings- og rehabiliteringskultur kræver en mere ideel verden end den, der faktisk findes. Man kan også anlægge et langt mere pessimistisk syn på mulighederne. Udfra dette syn er især sundhedsvæsenet et sted med til tider benhård indbyrdes konkurrence og konflikt mellem institutioner, faggrupper og specialer. Konkurrencen angår patienter, budgetmidler og "retten" til at definere problemer og bruge behandlinger. I sådanne kritiske situationer overlever de, der har en stærk institutionel basis.

Følger man denne tankegang, er det logisk at ønske sig genoptræning og rehabilitering placeret i et *lægeligt speciale*. Set udfra dette mere pessimistiske og defensive perspektiv vil et genoptrænings- og rehabiliteringsspeciale være en god ide, fordi det vil udgøre et territorium, hvorfra genoptræning og rehabilitering kan forsvares og overleve. Et mere positivt argument er, at et lægeligt speciale ret automatisk vil medføre, at der oprettes professorater, forskningsmuligheder mv.

Men der er også argumenter imod et speciale. Ud over at det vil være uhyre vanskeligt at få opbakning til etablering af flere specialer i en tid, hvor fokus er på reduktion i antallet af specialer, så vil en udskillelse i et selvstændigt speciale gøre andre specialer *mindre* interesserede i feltet. Det er ekstraordinært uheldigt, da genoptræning og rehabilitering netop er relevant for hovedparten af specialerne. Hertil kommer risikoen for, at et genoptrænings- og rehabiliteringsspeciale bliver et relativt svagt speciale, der alligevel presses af de øvrige.

Det er en generel anbefaling i den internationale litteratur om genoptræning og rehabilitering, at aktiviteterne i højere grad bør foregå i brugernes eget miljø: I boligen, på arbejde og i lokalsamfundet (Sinclair & Dickinson, 1998). Denne anbefaling skal selvfølgelig ses på baggrund af, at specialiserede rehabiliteringsinstitutioner med lange indlæggelses-

tider er mere udbredte i andre lande. Men der er projekter, der tyder på, at brugerne bliver mere motiverede for genoptræning og rehabilitering, hvis den foregår i velkendte rammer (Hvid & Projektgruppen, 2001). Samtidigt kan arbejdet tage betydeligt mere udgangspunkt i de behov og muligheder, som brugeren har. Der er ikke behov for, at brugeren, når vedkommende kommer hjem, først skal aflære de teknikker, der er trænet på institutionen og derefter genoptræne sig til sit eget hjem.

En sådan brugernær genoptræning og rehabilitering bliver også nemmere, hvis der i de kommende år systematisk bliver indlagt flere fysiske bevægelsesmuligheder i lokalområderne. Hvis ideerne om mere aktivt at bruge motion som forebyggelse og lægeordineret let genoptræning skal blive til noget, så kræver det, at mulighederne for motion i lokalområderne mange steder bliver forbedret. En langt højere prioritering af motion og anden fysisk aktivitet i lokalområderne er selvsagt et oplagt område at udvikle i tæt samarbejde med brugere, lokale foreninger, arbejdspladser mv.

Der er en række risici ved en mere selv-præget og decentral genoptræning og rehabilitering. Først og fremmest kan det fortsat blive noget tilfældigt hvilken behandling, der faktisk gennemføres. De gode resultater med en bred genoptrænings- og rehabiliteringskultur er fundet i forsøg, hvor der er ganske godt styr på, hvad der foregår. Det er derfor væsentligt, at der sker en styrkelse af superviseringen og rådgivningen, ligesom en løbende resultatovervågning er afgørende.

4. Vidensbaseret genoptræning og rehabilitering

Dansk genoptræning og rehabilitering er ikke forberedt på at modtage, endelige bidrage systematisk til den videnskabelige eksplosion, der er i gang både indenfor og lige omkring faget.

Derfor er der brug for en langt stærkere kapacitet til at modtage og formidle denne viden. Der er *ikke* brug for helt nye institutioner eller samarbejdsfora, men for at overføre de principper og organisationer, som har vist sig gode til at udvikle andre områder i sundhedsvæsenet.

Derfor er der brug for en flerleddet strategi:

- Stærkere uddannelser med professorater, muligheder for specialisering og mere løbende efteruddannelse på højt niveau (masteruddannelser mv). Det vil formentlig være en særdeles god ide at lægge de eksisterende terapeutiskoler ind som afdelinger af de eksisterende universiteter.
- En forstærket satsning på at udvikle endnu bedre registreringssprog og koble dette med en mere resultatorienteret indsats (se kapitel 4). Hvis der skal udledes læring af resultatmålinger, er det afgørende at vide, hvilke aktiviteter patienten har gennemført. En gennemarbejdet terminologi er også forudsætningen for en praksisnær forskning.
- Etablering af genoptræning og rehabilitering som et fagområde inden for en række lægelige specialer (se ovenfor).
- Strategiske satsninger på referenceprogrammer, vurdering af udbredte praksisformer og en række andre forskningstiltag, der sigter på de "lavthængende frugter". Det vil sige spørgsmål med stor faglig og økonomisk betydning, der burde kunne afklares inden for en overskuelig tid. Det er især forskning i primær sektorens aktivi-

teter, der er et stort udækket behov for. En sådan forskning bør selvsagt sammen-tænkes med forskning i almen praksis, hjemmesygepleje mv.

Det væsentligste modargument over for en sådan vidensorientering af genoptræning og rehabilitering, med en tilhørende specialisering er ønsket om at fastholde en generalist-profil på terapeuter. Generalister er især brugbare i visiterende funktioner og på mindre arbejdssteder i kommuner og i praksis. Men spørgsmålet er, om der er en modsætning mellem specialisering og generalister. Blandt læger findes der f.eks. både generalist- og specialist-specialer.

Alle disse udviklingstiltag skal finansieres af det offentlige. Der er ingen anden realistisk part, der kan gøre dette. Genoptræning og rehabilitering er - på linje med en række andre sundhedsområder - ramt af strukturelle problemer, der i særlig grad nødvendiggør offentlig prioritering og udvikling på området.

- Genoptræning og rehabilitering har stort set ingen interesse for private virksomheder, ud over forsikringsbranchen, der allerede finansierer en del udvikling. Men forsikringsbranchen har i sagens natur ikke den store interesse i genoptræning af ældre eller rehabilitering af personer, der allerede er ude af arbejdsmarkedet.
- Forskningsresultater inden for genoptræning og rehabilitering er stærkere bundet til nationale forhold f.eks. omkring sociallovgivning, arbejdsmarked, boligforhold mv. Det gør det mere nødvendigt med nationale eller nordiske resultater, mens anvendeligheden af amerikanske eller italienske resultater kan være mere begrænset. En fælles nordisk finansiering af forskning er oplagt.
- Området er stadig i sin vorden og under et enormt konkurrencepres om forskningsbevillinger. Den biomedicinske forskning er heldigvis overordentligt succesrig for tiden. Men de gode udsigter til succes på dette område betyder, at andre områder automatisk nedprioriteres. Derfor er der brug for særlige "cigarkasser". Dette problem skærpes af, at genoptræning og rehabilitering kan udformes, doseres og kombineres på mange flere måder end det f.eks. er muligt at variere brugen af en bestemt type medicin. Det gør det alt andet lige svært at få reproducerbare resultater.

Nogle mulige områder for et nationalt forskningsprogram kunne være:

- Undersøge hvor godt udbredte genoptrænings- og rehabiliteringsmetoder virker, herunder især hvor meget, hvor ofte og hvor intenst, der skal trænes og øves. Der skal selvsagt ske et ophør af ineffektive behandlinger, også for at frigøre ressourcer til andet.
- Genoptræning, rehabilitering og fastholdelse på arbejdsmarkedet. Hvad er værdien af at afkorte udredningsforløb? Hvad er mulighederne for delvis fastholdelse f.eks. med deltidssygemeldinger? Kan genoptræning og rehabilitering foregå på arbejdspladserne?

Briterne vil forske i komplekse behandlinger

Det britiske sundhedsvidenskabelige forskningsråd (UK Medical Research Council) ønsker at komme væk fra primært at finansiere forskning i medicin. Der skal også forskes i mere komplekse behandlinger, hvor man søger at få både behandlere og patienter til f.eks. at ændre adfærd. Forskningsrådet er også åben for kvalitative studier, der kan bidrage til at kvalificere lodtrækningsforsøg.

Kilde: (Medical Research Council, 2003)

- Udvikling af langt mere præcise og klare visitations- og udvælgelsesprincipper for genoptræning og rehabilitering (se afsnit om patientforståelse nedenfor). På visse områder, som f.eks. hjerter og apopleksi, er visitationen forholdsvis enkel, mens det indtil videre er mere uklart hvilke principper, der er optimale at anvende på rygområdet. Det samme gælder lettere psykiske lidelser.
- Overlade konkrete genoptrænings- og rehabiliteringsopgaver til andre faggrupper, som f.eks. hjemmehjælpere
- Brugerforståelse og motivation - se nedenfor.

Der er brug for en bedre forståelse af brugerne af genoptræning og rehabilitering. Det gælder især en mere sammenhængende forståelse af brugernes motivation, livsstrategier og mulighederne for inddragelse i den konkrete genoptræning. Der er ikke én bruger, men ganske mange forskellige afhængig af køn, alder, personlighed, sociale situation, underliggende sygdom osv. I dag håndteres disse forskelligheder individuelt af den enkelte behandler, der givetvis har forskelligt held med sin "behandlingskunst". Men det skulle være mærkeligt, om ikke en bedre forståelse af brugerne ville kunne give markant bedre resultater.

Dermed ikke være sagt, at al klinisk praksis kan sættes på formel. Det er givet, at personligt engagement altid vil spille en central rolle. Forskning inden for psykoterapi tyder på, at kvaliteten af den "terapeutiske alliance" mellem behandler og bruger er særdeles betydningsfuld (Summers & Barber, 2003). En helt anden mulighed, der er benyttet med held inden for misbrugsgenoptræning og over for ekstremt socialt udsatte patienter, er at betale patienterne for resultater eller overholdelse af behandlingen (Giuffrida, 1997).

En tredje form for motivation er bevidst brug af højteknologisk udstyr. I mange tilfælde kan det være svært for lægen at få patienten med på, at nu er den underliggende lidelse afklaret så langt, som det er realistisk, og derefter gælder det alene om at satse på genoptræning og rehabilitering. I mange tilfælde især inden for bevægeapparatlidelser kan sygdommen ikke beskrives særligt klart eller definitivt. Erfaringer tyder imidlertid på, at såfremt disse patienter har været igennem en kostbar udredning, så øger det viljen til at acceptere den givne diagnose og komme videre med genoptræningen. MRI-scanninger, der er harmløse, og som i nogle tilfælde desuden kan give relevant klinisk information, fungerer i visse tilfælde som en understregning af, at nu kan "systemet" ikke yde mere, og derfor skal genoptræningen og rehabilitering i gang (Interview Claus Manniche).

Det er også tænkeligt, at en gruppe af patienter vil være mere motiverede, hvis de i højere grad fik lejlighed til selv at udforme deres genoptræning og rehabilitering. De kan f.eks. udstyres med timeklippekort.

Atter andre patienter - og måske især deres pårørende - kan måske blive motiveret af kurophold, der netop kan skabe et brud i forhold til hverdagslivet og dets måske ikke så heldige rutiner. Frem for at tilbyde kurophold til alle, må den relevante opgave være at finde de brugertyper, der især kunne tænkes at have gavn af et sådant ophold.

Genoptræning kunne også blive et felt, der gik forrest med forskningsformidling. Allerede i dag sker en stor del af formidlingen via internettet. Den traditionelle forskningsformidling, hvor tidsskriftet er i centrum er ganske ineffektiv. Der er en beklagelig tendens til, at tidsskrifterne kun udkommer i små oplag og dermed bliver meget dyre i abon-

ment. Så er det betydeligt billigere og lettere tilgængeligt at lægge tidsskrifterne i elektroniske databaser og droppe papirudgaverne. Derudover bør der være offentlig adgang. Det er i princippet ikke rimeligt, at skatteborgerne betaler for forskningen, hvorefter forlagene lægger økonomiske begrænsninger på hvem, der får adgang til forskningen. En oplagt mulighed er at overgå til rent elektroniske tidsskrifter med offentlig adgang. Udgifterne til driften af tidsskriftet skal indhentes via bidrag fra forfatterne (author pays). I praksis vil det kun koste et mindre beløb, der kan være en del af forskningsbevillingen, at lade en artikel gå til ekstern referee og til den tekniske produktion.

Referencer:

- Ades, P. A., et al. (1997). Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 17(4).
- Andersen, F. (1999a). Kommuner revaliderer vidt forskelligt. *Arbejdsmarkedspolitisk Agenda* (19).
- Andersen, F. (1999b,). Revalidering får 6 ud af 10 i job. *Arbejdsmarkedspolitisk Agenda*. (18).
- Anon. (2001). Hver anden direkte på førtidspension. *Arbejdsmarkedspolitisk Agenda* (12).
- Arendt, J. N., et al. (2002). *Ældres funktionsevne og offentlige social- og sundhedsudgifter*. København: AKF memo.
- Asp, J. (2003). *Skjult ventetid, lang ventetid. Reelle ventetider ved undersøgelser og behandling på offentlige sygehuse, år 2000, ved lidelser i bevægeapparatet*. København: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd.
- Bendix, T., et al. (1996). Multidisciplinary intensive treatment for chronic low back pain: a randomized, prospective study. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 63(1).
- Bhattacharya, J., et al. (2004). Disability Forecasts and Future Medicare Costs. In D. M. a. A. M. Cutler and Garber (Ed.), *Frontiers in Health Policy Research, Volume 7* (Vol. 7,). Boston: National Bureau of Economic Research.
- Chou, S.-Y., et al. (2002). An Economic Analysis of Adult Obesity: Results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *National Bureau of Economic Research*(Working paper nr 9247).
- Covinsky, K. E., et al. (1997). Do acute care for elders units increase hospital costs? A cost analysis using the hospital perspective. *J of the American Geriatrics Society*, 45(6).
- Crowther, R., et al. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ*, 322(27 januar).
- Den gode medicinske afdeling. (2003). *Tværsnitsundersøgelse 2001/2002*. Available: www.dgma.dk.
- Devlin, N., et al. (2001). New Zealand's new health sector reforms: back to the future? *BMJ*, 322.
- Felbo, O. o. S., Anne Marie. (1996). *Ældre og sundhedsvæsenet*. København: Ældre Sagen og Akademisk Forlag A/S.
- Figlio, D., et al. (2002). Food For Thought: The Effects of School Accountability Plans on School Nutrition. *National Bureau of Economic Research*(Working Paper nr 9319).
- Filges, T. o. H., J. (2003). *Begrænsning af sygefravær og sikring af de sygemeldtes arbejdsmarkedstilknytning - Resultat af en survey blandt langvarigt sygemeldte* : SFI arbejdspapir 3:2003.
- Finansministeriet. (2001). *Kassetænkning - Perspektiv og indsats*. København: Finansministeriet.
- Fischer Pedersen, A., & Zachariae, B. (2003). *Livskvalitetmåling i sundhedsvæsenet - en introduktion*. Århus: Kvalitetskontoret Århus Amt.
- Giuffrida, A., et al., (1997). Should we pay the patient? Review of financial incentives to enhance patient compliance. *BMJ*, 315(7110).
- Goul Andersen, J. (2000). Borgerne og sygehusene. *CCWS Working Papers. Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet*(16/2000).
- Goul Andersen, J., et al., (2003). *Marginalisering og Velfærdspolitik. Arbejdsløshed, jobchancer og trivsel*. København: Frydenlund.
- Greenhalgh, T. (2000). *How to read a paper. The basics of evidence based medicine*. London: BMJ Publishing Group.

- Greenough, C. G., et al. (1995). The Effects of Compensation on Recovery from Low Back Injury. *Spine*, 14.
- Gundelach, P. (2002). *Danskernes værdier 1981-1999*. København: Hans Reitzel.
- Haugbølle, J. (2002). *Anvendelsen af "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF) i dansk rehabilitering*. Århus: MarselisborgCentret.
- Hede, A. (2002). En krævende gør det selv-borger. *Ugebrevet Mandag Morgen* (19 - 21.5.2002).
- Heinesen, E., et al. (2003). *Ressourceforbrug i folkeskolen og effekter på elevernes uddannelsesforløb*. København: AKF.
- Hestbæk, L. (2003). *The Natural Course of Low Back Pain and early identification of high-risk populations*. Unpublished Ph.d., University of Southern Denmark, Odense.
- Hoffman, e. a., C. (1997). Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. *JAMA*, 277(5).
- Hvid, M., & Projektgruppen. (2001). *Rehabilitering i hjemmet gør en forskel: Apopleksi-projektet*.
- Höök, O. (Ed.). (2001). *Rehabiliteringsmedicin*. Stockholm: Liber.
- Indenrigs- og Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg. (2003). *Sundhedsvæsnets organisering - sygehuse, incitament, amter og alternativer*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Jamtved, G., et al. (2003). *Kunnskapsbasert fysioterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kaplan, R. S., & Atkinson, A. (1998). *Advanced Management Accounting 3rd ed*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Klarlund Petersen, B., & Saltin, B. (2003). *Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Krause, N., et al. (1998). Modified work and return to work: a review of the literature. *J of Occupational Rehabilitation*, 8(2).
- Maddox, J. (1998). *What remains to be discovered*. New York: Free Press.
- Mandag Morgen Strategisk Forum. (2000). *Fra velfærdsstat til medborgersamfund*. København.
- Medical Research Council. (2003). *Clinical trials for tomorrow - An MRC review of randomised controlled trials*. London: Medical Research Council.
- Nordemar, R., et al. (1981). Physical training in rheumatoid arthritis: a controlled long-term study. I. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 10(1).
- Nystuen, P., et al. (2001). Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. *Scand J Public Health*, 3(Sept 2001).
- Price J R, et al. (2001). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *The Cochrane Library*, 2.
- Rethans, J.-J., & Saebu, L. (1997). Do general practitioners act consistently in real practice when they meet the same patient twice? examination of intradoctor variation using standardised (simulated) patients. *BMJ*, 314(19. april 1997).
- Rønno, F. (1997). Ny undersøgelse gør op med myter om ventelister. *Mandag Morgen*(6 10. feb 1997).
- Saltin, B. (2003). *Fysisk aktivitet i et evolutionært perspektiv*. København: Sundhedsstyrelsen og DasFas. Symposium. CMRC. Rigshospitalet.
- Schonstein E, et al. (2003). Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain (Cochrane Review). *The Cochrane Library*(4).
- Sinclair, A., & Dickinson, E. (1998). *Effective Practice in Rehabilitation*. London: King's Fund. Socialdepartementet. (2000). *Rehabilitering till arbete*. Stockholm: SOU 2000:78.

- Socialministeriet Institut for Pensions- og ældrepolitik. (2003). *Samarbejde mellem amt og kommune - om genoptræning af ældre*. København: Socialministeriet Institut for Pensions- og ældrepolitik.
- Socialstyrelsen. (2001). *Närståendes vård av äldre - Anhörigas och professionellas perspektiv*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering. (1999). *Ondt i ryggen. Forebyggelse, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv* (Medicinsk Teknologivurdering Serie B 1999; 1(1)). København: MTV-instituttet.
- Straus, S. E., & McAlister, F. A. (2000). Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms. *Canadian Medical Association Journal*, 163(7).
- Summers, R. F., & Barber, J. P. (2003). Therapeutic alliance as a measurable psychotherapy skill. *Acad Psychiatry*, Fall 27(3).
- sundhed.dk. (2004). *Resultater for Apopleksi - Indberetningsresultater for sygdomsområdet Apopleksi*. Available: http://www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1907?_FOLDER_ID_=2144040106114237.
- Sundhedsministeriet. (1994). *Mellem to stole - Temaoplæg om genoptræning og de dermed forbundne pleje- og omsorgsopgaver*. København.
- Sundhedsstyrelsen. (2003). *Beskæftigelsen ved sygehusene 2000-2002*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Tang, K., & Engberg, L. (2003). *Genoptræning af ældre i amter og kommuner*. København: DSI.
- Ward D et al. (2003). Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 1(2004).
- Weatherall, J. (2001). *Veje til førtidspension* (Arbejdsrapport 4:2001). København: Socialforskningsinstituttet.
- WHO. (2002). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF*. Geneva: WHO.
- Yeung EW, et al. (2001). Interventions for preventing lower limb soft-tissue injuries in runners. *The Cochrane Library*, 2.
- Young, T., et al. (2004). Using industrial processes to improve patient care. *BMJ*, 328(Jan).