

**KORRESPONDANCE:** Anne Almskou Rasmussen, Regionshospitalet Hammel Neurocenter, Voldbyvej 15, 8450 Hammel. E-mail: anchrira@rm.dk

**ANTAGET:** 19. marts 2014

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

#### LITTERATUR

- Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
- Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
- Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
- Hansen TI. 1990'erne – bevægeapparatets årti. Ugeskr Læger 1993;155:2752-3.
- Behandling af traumatisk hjerneskade og tilgrænsende lidelser. København: Sundhedsstyrelsen, 1997.
- Ward BW, Gutenbrunner C. Physical and rehabilitation medicine in Europe. J Rehabil Med 2006;38:81-6.
- Wæhrens EE, Winkel A, Jørgensen HS, red. Neurologi og neurorehabilitering. København: Munksgaard, 2013.

# Rehabilitering af voksne patienter med kræft

Dorte Gilså Hansen<sup>1</sup>, Bjarne Rose Hjortbak<sup>2</sup> & Lene Jarlbaek<sup>3,4</sup>

## STATUSARTIKEL

1) Nationalt Forskningscenter for Kræftrehabilitering, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet  
2) MarselisborgCentret  
3) Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet  
4) Onkologisk Afdeling, Odense Universitets-hospital

Ugeskr Læger  
2014;176:V01140026

Rehabilitering af patienter med kræft omfatter professionelle indsatser med fokus på at afhjælpe tab i den fysiske eller psykosociale funktionsevne, som primært skyldes kræftsygdommen eller kræftbehandlingen. Indsatsen ydes med det formål, at patienten skal opnå bedre livskvalitet i et selvstændigt og meningsfuldt liv med de forandringer, som sygdommen giver [1]. I Danmark anvendes to definitioner på rehabilitering: Sundhedsstyrelsens oversættelse af WHO's definition og Rehabiliteringsforum Danmarks definition fra »Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet« [2, 3]. For begge definitioner gælder, at de tager udgangspunkt i det enkelte menneskes funktionsevne. Kræftrehabilitering er et paraplybegreb uden klar afgrænsning [4]. Forskellige indsatser omfattes af begrebet, herunder indsatser, der har karakter af forebyggelse, genoptræning eller behandling (**Tabel 1**). Kræftrehabilitering kan være relevant både tidligt og senere i patientens sygdomsforløb, og behovet kan skifte undervejs. Området har stigende politisk og faglig opmærksomhed, og læger har et ansvar for at medvirke til, at rehabilitering integreres systematisk i kræftbehandlingen [1, 5-7].

Det ligger uden for rammerne af denne artikel at gennemgå evidensen for forskellige typer af rehabilitering. Formålet er at beskrive relevante patientpopulationer, mulige generelle og kræftspecifikke funktionsevnetab, bredden af kræftrehabilitering, feltets særlige udfordringer og behovet for fortsat forskning.

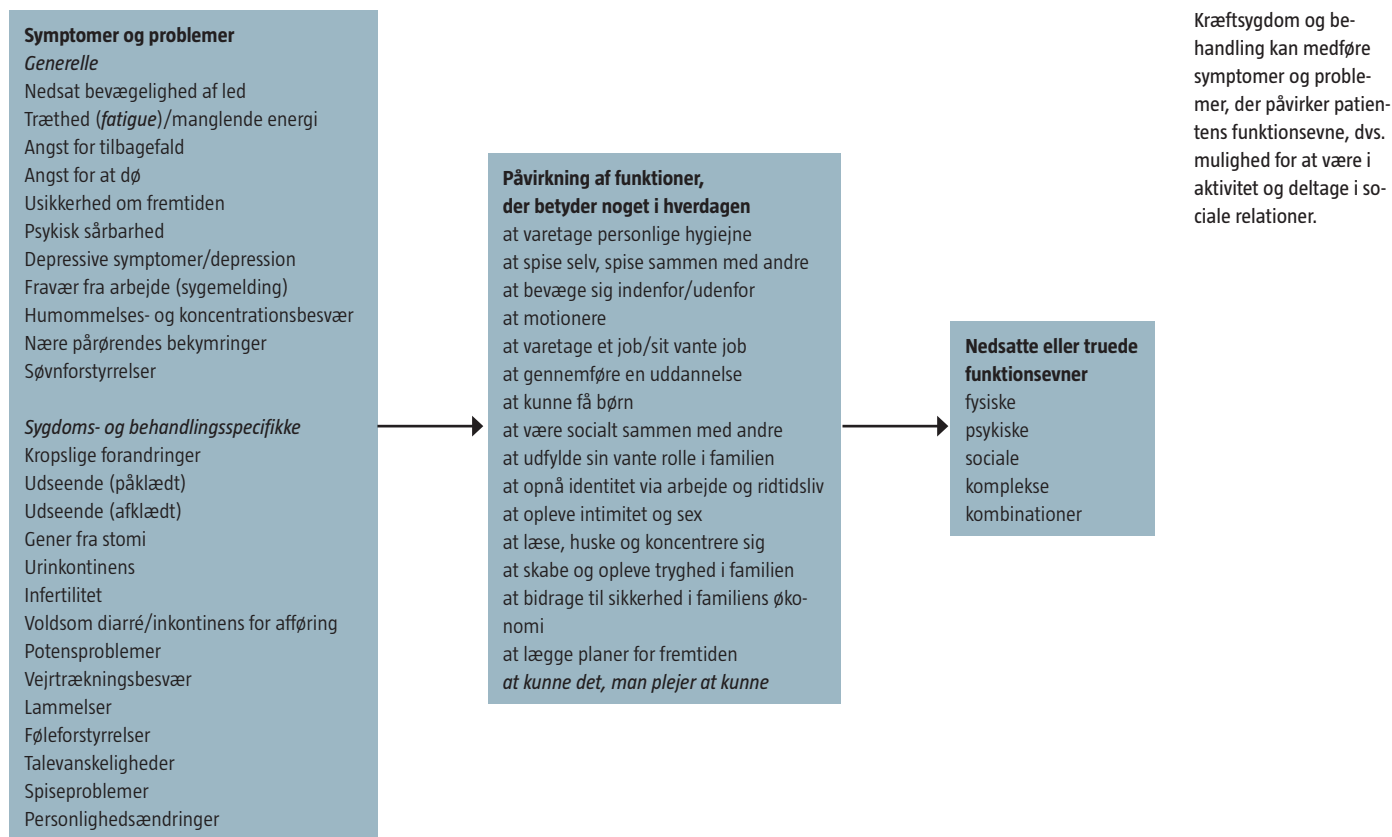
Ved udgangen af 2011 havde knap 234.000 voksne danskere kræft eller havde tidligere haft kræft, og heraf var 90.000 (38%) i alderen 20-64 år [8]. For knap 97.000 af patienterne var kræftdiagnosen stillet inden for de seneste fem år. En ukendt andel har behov for rehabilitering, og et ukendt antal er

i gang med rehabilitering [1]. I 2011 fik 34.000 voksne personer stillet en kræftdiagnose, og heraf var 13.000 (38%) under 65 år [8]. De hyppigste kræftformer blandt kvinder var brystkræft (n = 4.521), tyk- og endetarmskræft (n = 2.188), lungekræft (n = 2.185) og malignt melanom (n = 1.144), og blandt mænd var de hyppigste kræftformer prostatakræft (n = 4,257), lungekræft (n = 2.251), tyk- og

**TABEL 1**

Eksempler på rehabiliteringsindsatser, som har til formål at forbedre funktionsevnen hos patienter med kræft.

Fysioterapi
Fysisk træning, motion
Lymfødembehandling
Bækkenbundstræning
Smertelindring
Proteser
Hjælpemidler
Ergoterapi
ADL-træning
Psykologbistand
Samtalerapi
Patientgrupper
Pårørendegrupper
Praktisk hjælp til personlig pleje, husførelse, transport m.m.
Sociale foranstaltninger og rådgivning
Omsorg og foranstaltninger for familiens børn
Arbejdspladsindretning og -aftaler
Støtte til rygeophør
Kostvejledning
ADL = activities of daily living

 FIGUR 1


endetarmskræft (n = 2.224) samt kræft i blæren og andre urinveje (n = 1.333).

Den primære kræftbehandling afhænger af kræfttype, lokalisation og stadie. Den kan bestå i kirurgiske indgreb, som i visse tilfælde kan være omfattende og mutileringende, strålebehandling og/eller medicinsk behandling med risiko for både akutte og sene bivirkninger samt følger. Det skønnes, at 40% af patienterne behandles med kurativ intention [5]. Kirurgi indgår som en del af behandlingen for hovedparten af patienterne, mens 50-60% får behov for strålebehandling på et eller andet tidspunkt [9]. I et nyligt publiceret studie fremgik det, at kemoterapi gives til 15%, og blandt de 65+-årige til 10% [10]. Godt halvdelen af alle danske kræftpatienter lever mere end to år efter diagnosen [10]. For hovedparten af disse vil den primære behandling formentlig have kurativ sigte, og tidlig opmærksomhed på patientens funktionsevne vil være relevant. For patienter, som på diagnosetidspunktet har fremskreden kræft, kan en rehabiliteringsindsats også være relevant, men den bør i så fald planlægges parallelt med eller som en del af en palliativ indsats [1, 11].

Uanset om patienten behandles med helbre-

dende eller lindrende sigte, kan det at få en kræftsygdom have forbigående eller vedvarende konsekvenser for patientens hverdagsliv. I **Figur 1** vises eksempler på symptomer og problemer, som kan opstå i forbindelse med sygdom og behandling. De kropslige og funktionelle følger kan således være mange, voldsomme og vidtrækkende. Angst for recidiv og død kan være meget dominerende. Depressive tanker og symptomer, ændret rollefordeling og identitetsproblemer som følge af ændrede muligheder på arbejdsmarkedet, i fritidslivet og i hjemmet kan endvidere medvirke til, at livet med kræft opleves som usikkert og meningsløst. Kræftpatientens fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne kan således være væsentligt nedsat eller i risiko for at blive det. Kræftrehabilitering har som mål at afhjælpe disse funktionsevnetab, hvoraf nogle skyldes selve kræftsygdommen eller behandlingen af den, mens andre er generelle og tillige ses i forbindelse med andre typer rehabilitering [1, 5].

Kræft omtales ofte som »en social sygdom«, der ud over at ramme den enkelte patient kan have stor indflydelse på de nære pårørendes hverdagsliv, helbred og velbefindende. Pårørende udgør for mange



## FAKTABOKS

Rehabilitering af kræftpatienter omfatter professionelle indsatser, der skal afhjælpe fysiske eller psykosociale funktionsevnetab. Formålet er, at patienten skal opnå bedre livskvalitet i et selvstændigt og meningsfuldt liv med de præmisser, som sygdom og behandling giver.

En målrettet indsats med systematisk identifikation af behov for rehabilitering i et samarbejde på tværs af fag og sektorer kan bidrage til at øge kræftpatienters livskvalitet og funktionsevne.

Indsatserne skal prioriteres på baggrund af evidens og følges af forskningsmæssig evaluering.

Rehabilitering er ikke systematisk integreret som en del af kræftbehandlingen, hvilket betyder, at relevante målgrupper enten ikke får tilbud om rehabilitering, eller at der ikke er lige adgang til eksisterende indsatser.

Området har stigende politisk og faglig opmærksomhed, og læger har et vigtigt ansvar for at medvirke til, at rehabilitering integreres systematisk i kræftbehandlingen.

kræftpatienter en vigtig støtte. For patienten kan det være afgørende, at de pårørende får den nødvendige støtte og opmærksomhed i forløbet, herunder hjælp til at håndtere angst, ændret rollefordeling og kommunikation i parforholdet. Ud fra et ønske om at beskytte modparten undlader både patienter og partnere at bringe deres bekymringer og spørgsmål på bane, f.eks. omkring eksistentielle emner, sex og intimitet [12]. I tråd med internationale undersøgelser har man i danske studier påvist en øget risiko for depression hos partnere til kvinder med brystkræft i op til ti år efter diagnosen [13, 14]. Det kan således være relevant at inddrage partneren eller andre pårørende i kræftpatientens rehabilitering og evt. initiere en indsats, der er målrettet partnerens helbredsbedingede velbefindende. Håndtering af børn i familien er en anden vigtig udfordring [15].

Der er betydelig sammenhæng mellem dårlig

Rehabilitering af kræftpatienter har til formål at øge livskvalitet og funktionsevne.



livskvalitet og oplevelsen af ikke at have fået tilstrækkelig hjælp til fysiske og psykosociale følger af kræft [16]. Det er således en udfordring for den samlede indsats, at et ikke ubetydeligt antal patienter udtrykker utilfredshed med den givne støtte. I danske undersøgelser af blandede kræftpopulationer, der er blevet spurgt 1-2½ år efter diagnosen, udtrykte mellem en tredjedel og godt halvdelen af deltagerne, at de ikke havde fået den nødvendige hjælp, i nogle tilfælde fordi de ikke var blevet spurgt eller lyttet til [17-19]. Det må dog understreges, at konkrete tal er svære at generalisere ud fra, da studierne design har afgørende betydning. Hyppigst blev smerter og andre fysiske forhold imødekommet, mens indsatsen mod psykiske og tabuiserede forhold som problemer med seksualitet og inkontinens samt angst for tilbagefald oftere blev oplevet som utilstrækkelig. Nogle grupper, især mænd, ældre, enlige, personer med kort uddannelse, personer med komorbiditet og patienter med andre former for kræft end brystkræft, oplevede i større grad end andre, at de ikke havde fået den tilstrækkelige hjælp [17-20].

Indsatser, der sikrer professionel opmærksomhed på den enkelte patients behov og mulighed for målrettet rehabilitering på forskellige tidspunkter, bør indgå som en integreret del af kræftbehandlingen, jf. Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering og palliation [1]. I udenlandske studier fra onkologiske ambulatorier har man påvist, at inddragelse af et kræftrelevant spørgeskema, som patienten har udfyldt inden konsultationen (f.eks. det tosidens livskvalitetsskema EORTC QLQ C-30), kan bidrage til, at relevante emner italesættes og efterfølgende håndteres [21-24]. De faglige muligheder, ambitioner og prioriteringer varierer imidlertid betydeligt i den kliniske hverdag, så til trods for Sundhedsstyrelsens ønske om brug af et og samme værktøj til at identificere behov for rehabilitering og palliation var det ikke muligt at opnå enighed herom i de faglige kredse [25]. Samme skema kan ikke give god mening i alle sammenhænge [24]. F.eks. vil man på den højt specialiserede afdeling opleve, at sygdoms- og behandlingsspecifikke forhold mangler, mens den praktiserende læge prioriterer sammenhængen med indsatsen for patientens andre sygdomme. Status er, at der på flere sygehusafdelinger, i almen praksis og i flere kommuner afprøves og implementeres forskellige eksisterende og nykonstruerede patientspørgeskemaer og metoder. Screening i sig selv ændrer imidlertid ikke patientens tilfredshed eller hverdagsliv. De mest nødvendige forudsætninger, herunder tid, viden, relevante indsatser og henvisningsmuligheder, skal være til stede, og det er vigtigt at sikre, at de ønskede effekter opnås [26]. Om nye it-systemer

kan understøtte udvikling, afprøvning og implementering, undersøges bl.a. i igangværende studier.

Kræftbehandling involverer mange lægefaglige specialer og sundhedsprofessionelle i både primær- og sekundærsektoren [7]. For at patienten kan opleve, at der på tværs af sektorer og fagligheder er sammenhæng i indsatsen, er det nødvendigt, at kommunikationen mellem de professionelle foregår inden for en fælles forståelsesramme og med et fælles sprogbrug. Problemstillinger, som er belyst i sygehusregi, skal ofte adresseres andre steder, f.eks. i almen praksis, og omvendt [15]. For rehabilitering er det en særlig udfordring, at International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO's internationale klassifikation af helbredsrelateret funktionsevne, er udgangspunkt for rehabilitering i kommunalt regi, men kun kendes af et fåtal af læger [1, 2, 7].

Kræftrehabilitering er et relativt nyt indsatsområde såvel i Danmark som internationalt. Evidensen for forskellige typer indsatser er fortsat mangelfuld eller ukendt. Som et godt eksempel kan fremhæves, at randomiserede studier på bl.a. Rigshospitalet har vist god evidens for fysisk træning. Forskellige typer motion under og efter aktiv behandling har positiv effekt på træthed (*fatigue*), depressive symptomer, livskvalitet, behandlingens negative indvirkning på fysisk form, bevægelighed, kondition og styrke [27-31]. Motion har således positiv virkning på både den fysiske og den psykosociale funktionsevne. Træning i grupper gør det muligt for deltagerne at lade sygdommen glide i baggrunden og giver mulighed for at skabe fælles glæde midt i bekymringen [32]. Tidligere anbefalinger om hvile bør erstattes af anbefalinger om motion og træning flere gange ugentlig samt fysisk aktivitet i forbindelse med hverdagslivsaktiviteter (husholdning, transport og friluftsliv).

Fremtidens kræftrehabilitering skal organiseres og prioriteres på et fundament af evidens, så både menneskelige og økonomiske ressourcer hos patienterne, de sundhedsprofessionelle og i samfundet anvendes hensigtsmæssigt. Selv om man i en del studier med forskellige populationer af patienter med kræft har belyst forekomsten af flere typer problemer, mangler der fortsat viden om behovet for specifikke rehabiliteringsindsatser, hvornår i forløbet indsatserne bør iværksættes, og hvordan indsatsen skal organiseres. Der er massivt behov for studier, hvor man identificerer målgrupper og i solide design belyser effekten af forskellige typer rehabilitering og indsatser, der har til formål at identificere patienter, der har behov for rehabilitering. En del studier af denne type er på vej. Endelig er det vigtigt at udvikle og afprøve organisatoriske modeller, der styrker rekruttering af begge køn og af de mest sårbare patienter som f.eks.

enlige og patienter med komorbiditet og kort uddannelse. Det er afgørende for feltets udvikling og fremtidens patienter med kræft, at de metoder, der afprøves, kan implementeres og anvendes i den kliniske dagligdag, og at ambitionsniveauet forbliver højt med hensyn til både økonomisk og faglig prioritering.

Rehabiliteringsindsatsen til patienter med kræft kan indimellem være svær at adskille fra andre indsatser, herunder palliation, understøttende behandling, kontrolforløb, opfølgning, behandling af bivirkninger og senfølger – svarende til de engelske begreber *palliation*, *supportive care*, *survivorship care*, *follow-up* og *late effects*. Et forsknings- og udviklingsmæssigt tæt samarbejde mellem de forskellige områder på tværs af sektorer og faggrænser vil styrke fremtidens behandlingsindsatser og skabe sammenhængende forløb for kræftpatienterne på alle tidspunkter i deres sygdomsforløb.

**KORRESPONDANCE:** Dorte Gilså Hansen, Nationalt Forskningscenter for Kræftrehabilitering, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet, JB Winsløvs Vej 9, 5000 Odense C. E-mail: dgilsaa@health.sdu.dk

**ANTAGET:** 6. marts 2013

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

**TAKSIGELSER:** Tak til Anne Nicolaisen, Nationalt Forskningscenter for Kræftrehabilitering, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet, for input til afsnittet om samspil mellem kræftpatient og partner samt til Lise Stark, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet, for korrekturlæsning af det færdige manuskript.

#### LITTERATUR

1. Rehabilitering baseret på den bio-psyko-sociale model tager udgangspunkt i patientens sygdom, funktionsevne og kontekst. København: Sundhedsstyrelsen, 2012.
2. Maribo T, Melchiorsen H, Rubak DB et al. Rehabilitering – en bredere tilgang til patienterne. Ugeskr Læger 2014;176:V01140031.
3. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Aarhus: MarselisborgCentret & Rehabiliteringsforum Danmark, 2004.
4. Hjortbak BR, Bangshaab J, Johansen JS et al. Udfordringer til rehabilitering i Danmark. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark, 2011.
5. Kræftplan II. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet 2005. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
6. Styrket indsats på kræftområdet – et sundhedsfagligt oplæg 2010. København: Sundhedsstyrelsen, 2010.
7. Vejledning til kommunal rehabilitering. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Beskæftigelsesministeriet, Socialministeriet og Undervisningsministeriet, 2011.
8. Engholm G, Ferlay J, Christensen N et al. NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 6.0 (04.12.2013). Association of the Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society. www.ancrenu (29. dec 2013).
9. Specialevejledning for klinisk onkologi. København: Sygehusbehandling og Beredskab, Sundhedsstyrelsen, 2011. <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/E015BDCDD77D49C59A39E76E95BAA7B1.ashx> (2. apr 2014).
10. Jarlbæk L, Christensen L, Bruera E et al. The epidemiology of long- and short-term cancer survivors – a population-based cohort study exploring denominators for rehabilitation and palliative care programs. Acta Oncologica 2014;53:493-501.
11. Anbefalinger for den palliative indsats 2011. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
12. Manne S, Badr H. Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. Cancer 2008;112(suppl 11):2541-55.
13. Suppli NP, Deltour I, Damkjaer LH et al. Factors associated with the prescription of antidepressive medication to breast cancer patients. Acta Oncol 2011;50:243-51.
14. Nakaya N, Saito-Nakaya K, Bidstrup PE et al. Increased risk of severe depression in male partners of women with breast cancer. Cancer 2010;116:5527-34.
15. Christensen KS, Hansen DG. Rehabilitering i almen praksis. Ugeskr Læger 2014;176:V01140066.
16. Hansen DG, Larsen PV, Holm LV et al. Association between unmet needs and quality of life of cancer patients: a population-based study. Acta Oncol 2013;52:391-9.



17. Kræftramtes behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2013. København: Kræftens Bekæmpelse, 2013.
18. Holm LV, Hansen DG, Johansen C et al. Participation in cancer rehabilitation and unmet needs: a population-based cohort study. *Support Care Cancer* 2012;20:2913-24.
19. Holm LV, Hansen DG, Larsen PV et al. Social inequality in cancer rehabilitation: a population-based cohort study. *Acta Oncol* 2013;52:410-22.
20. Harrison JD, Young JM, Price MA et al. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer* 2009;17:1117-28.
21. Velikova G, Booth L, Smith AB et al. Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2004;22:714-24.
22. Velikova G, Keding A, Harley C et al. Patients report improvements in continuity of care when quality of life assessments are used routinely in oncology practice: secondary outcomes of a randomised controlled trial. *Eur J Cancer* 2010;46:2381-8.
23. Ruland CM, Holte HH, Røislien J et al. Effects of a computer-supported interactive tailored patient assessment tool on patient care, symptom distress, and patients' need for symptom management support: a randomized clinical trial. *J Am Med Inform Assoc* 2010;17:403-10.
24. Richardson A, Medina J, Brown V et al. Patients' needs assessment in cancer care: a review of assessment tools. *Support Care Cancer* 2007;15:1125-44.
25. Notat vedrørende muligheden for at pege på et fælles redskab til den overordnede behovsvurdering i forbindelse med rehabilitering og palliation af kræftpatienter. København: Sundhedsstyrelsen, 2012.
26. Greenhalgh J. The applications of PROs in clinical practice: what are they, do they work, and why? *Qual Life Res* 2009;18:115-23.
27. Puetz TW, Herring MP. Differential effects of exercise on cancer-related fatigue during and following treatment: a meta-analysis. *Am J Prev Med* 2012;43:e1-e24.
28. Midtgaard J, Christensen JF, Tolver A et al. Efficacy of multimodal exercise-based rehabilitation on physical activity, cardiorespiratory fitness, and patient-reported outcomes in cancer survivors: a randomized, controlled trial. *Annals Oncol* 2013;24:2267-73.
29. Mishra SI, Scherer RW, Snyder C et al. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:CD008465.
30. Adamsen L, Quist M, Andersen C et al. Effect of a multimodal high intensity exercise intervention in cancer patients undergoing chemotherapy: randomized controlled trial. *BMJ* 2009;339:b3410.
31. Stene GB, Helbostad JL, Balstad TR et al. Effects of physical exercise on muscle mass and strength in cancer patients during treatment – a systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol* 2013;88:573-93.
32. Midtgaard J, Rørth M, Stelter R et al. The group matters: an explorative study of group cohesion and quality of life in cancer patients participating in physical exercise intervention during treatment. *Eur J Cancer Care* 2006;15:25-33.

## Rehabiliteringstilbud til patienter med psykiske sygdomme – en recovery-orienteret tilgang

Lene Epløv<sup>1</sup>, Kirsten Schultz Petersen<sup>2</sup>, Ejgil Jespersen<sup>3</sup> & Kaj Sparle Christensen<sup>4</sup>

### STATUSARTIKEL

- 1) Forskningsenheden, Psykiatrisk Center, København
- 2) MarselisborgCentret, Forskning og Udvikling, CFK, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland
- 3) Center for Handicap og Bevægelsesfremme, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet
- 4) Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

Ugeskr Læger  
2014;176:V01140082

Regeringens udvalg om psykiatri har netop barslet med rapporten »En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser«, og i denne rapport fastslås det, at *recovery*-orienteret rehabilitering er en vigtig ramme og retning i psykiatrien, hvilket denne artikels forfattere er enige i. Men hvad vil det sige at tilbyde *recovery*-orienteret rehabilitering, og hvad er status på området?

Denne artikel har til formål at belyse dette.

### REHABILITERING I PSYKIATRIEN

Det er vanskeligt at komme med et præcist tal for, hvor mange danskere der har en psykisk lidelse, men 10-20% af den danske befolkning skønnes på et givet tidspunkt at have en psykisk lidelse af varierende sværhedsgrad, godt 2% af befolkningen oplever at have haft en langvarig psykisk lidelse, og af denne gruppe opfatter ca. 30% sygdommen som værende meget hæmmende [1], men der findes ikke tal på, hvor mange mennesker med psykiske lidelser, der har behov for en rehabiliterende indsats. Målgruppen for denne indsats er mennesker, der har et handikap som følge af den psykiske sygdom, men målgruppen er sværere at definere yderligere, idet man ikke ud fra den kategorisering, vi bruger i dag i form af psykiatri-

ske diagnoser, kan udsige noget om behovet for en rehabiliterende indsats. Der er dog fire diagnostiske grupper, der oftest forbindes med funktionsnedsættelser, nemlig skizofreni, affektive sindslidelser, angsttilstande og forstyrrelser pga. emotionel ustabil personlighedsstruktur af borderline type, men f.eks. tyder mere og mere litteratur på, at der blandt mennesker med spiseforstyrrelser også er personer, der vil kunne profitere af en rehabiliterende indsats [2].

Psykiatrisk og psykosocial rehabilitering har udviklet sig parallelt med udviklingen inden for somatikken og har tilsvarende sine rødder i forskellige historiske epoker, men der er i dag konsensus om, at hvidbogens definition, alternativt Sundhedsstyrelsens definition på rehabilitering [3], er lige så brugbar i psykiatrien som i somatikken [2]. Det følgende er dog vigtigt at fremhæve som et særkende ved udviklingen af psykiatrisk og psykosocial rehabilitering. I 1947 mødtes en mindre gruppe af personer på trappen til et offentligt bibliotek i New York og dannede en klub med navnet »We Are Not Alone Anymore«. Fælles for dem var, at de alle havde været indlagt på et psykiatrisk hospital. Dette var forløberer for det, der herhjemme kendes som Fountain House, men i USA fik