

Der skal to til en tango: rehabilitering – en multifacetteret indsats

LEDER

Lene Falgaard Epløv &
Hans Lund

Ugeskr Læger
2014;176:V66313

Målet for en rehabiliteringsindsats er et ligeværdigt, selvstændigt og meningsfuldt liv. Hvis dette skal nås, må indsatsen være koordineret og sammenhængende jf. artiklen af *Maribo et al* i dette nummer af Ugeskrift for Læger. Den eneste, der er gennemgående i en rehabiliterende indsats, er personen selv. Derfor kan ingen faggruppe planlægge eller gennemføre rehabiliteringen alene [1].

Der går ikke lang tid imellem, at politikere, administrationer og fagfolk netop fremhæver vigtigheden af tværsektorielt samarbejde, sammenhængende forløb, koordination af indsatsen etc., samtidig med at man i kronikker om enkelthistorier og patientforeninger beretter om, hvorledes rehabiliteringsforløbet på trods af dette ikke sjældent er ukoordineret og ikke sammenhængende. Det er derfor på tide, at vi går fra skåltalerne til reel handling.

Der vil oftest i processer, der går på tværs af fag, geografi og sektorer, være en tendens til, at hver end i et forsøg på at optimere egne resurser vil minimere egen indsats i samarbejdet, hvorfor der set fra patientens side bliver færre midler til rådighed til det samlede forløb [2]. Hvis samarbejdet skal lykkes, skal der tages initiativer i flere instanser, fra styrelser til regioner og kommuner. Samarbejdet besværliggøres betydeligt, hvis der ikke overordnet er skabt administrative og strukturelle forudsætninger for, at det kan lykkes. Men når alt kommer til alt sker det vigtigste samarbejde mellem de personer, som er involveret i den konkrete sag. Med tre forskellige modeller – den serielle, den parallelle og den integrerede samarbejdsmodel – kan man fremme mulighederne for samarbejde både på det strukturelle og det relationelle plan [3].

Ved udskrivninger, hvor der er behov for en efterfølgende kommunal sundhedsfaglig eller en social indsats, gør vi brug af serielle samarbejdsmodeller. En delindsats afløses af en anden. Det er vigtigt, at der er en klar rolle- og ansvarsfordeling delindsatserne imellem, ligesom det skal være sikret, at der sker en koordination i overgangen fra den ene delindsats til den anden. En patient kan nemt blive kastebold, hvor den afsluttende indsats kaster, uden at der er nogen til at gribe. Den afgivende indsats ser ikke, at der ikke bliver grebet, behandlingen af patienten er jo afsluttet, og den modtagende indsats er ikke ansvarlig for kastet. Der er ingen til at påtage sig ansvaret, men der er en patient, der er blevet svigtet og måske tabt på gulvet.

Vi har brug for at udvikle brugbare parallelle samarbejdsmodeller, når der er behov for flere indsatser på samme tid for at komme i mål. Også her er der behov for en klar rolle- og ansvarsfordeling, men der er endvidere behov for fælles planer og fælles mødefora, for at samarbejdet kan lykkes. Som det fremgår af artiklen af *Hansen et al* i dette nummer af Ugeskrift for Læger, involverer kræftbehandling mange lægefaglige specialer og sundhedsprofessionelle i både primær- og sekundærsektoren, og inden for dette speciale har vi med kræftpakkerne et eksempel på, at samarbejdet lykkes, hvis man gør brug af en parallel samarbejdsmodel. Men i interviewet med *Beth Lilja* i Ugeskrift for Læger [4] bliver det tydeligt påvist, at »pakkkeløsninger« ikke altid er vejen frem. Der er noget galt, når det bliver et halvtidsjob at være pårørende pga. manglende koordinering indsatserne imellem.

Ud over udvikling af parallelle samarbejdsmodeller er der områder, hvor der er behov for at udvikle integrerede samarbejdsmodeller. Disse modeller bør anvendes, når de enkelte indsatser griber ind i hinanden og/eller er gensidigt afhængige af hinanden. Her er der behov for en fælles tilgang samt sprog, og fagpersonerne skal være fysisk tæt placeret, for at samarbejdet kan lykkes. Jf. *Labriola et al's* artikel i dette nummer af Ugeskrift for Læger er arbejdsrettet rehabilitering i bund og grund et spørgsmål om en fælles koordineret indsats mellem den enkelte, behandlingssystemet, kommunernes jobcentre og arbejdspladserne. Individuelt Planlagt Job med Støtte (IPS) er her et eksempel på en integreret samarbejdsmodel. Lad os komme i gang med samarbejdet og huske os selv på, at der skal flere til denne tango.

LITTERATUR

1. Rehabilitering i Danmark – hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Aarhus: MarselisborgCentret og Rehabiliteringsforum Danmark, 2004.
2. Epløv LF, Korsbek L, Petersen L et al. Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering – en recoveryorienteret tilgang. København: Munksgaard Danmark, 2010.
3. Løvschall C, Bech M, Rasmussen C et al. Tværdisciplinær og tværsektoriel indsats over for patienter med ondt i ryggen – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, 2010.
4. Steenberger A. Kunsten at krydse grænsen mellem det private og det professionelle. Ugeskr Læger 2014;176:602-4.

KORRESPONDANCE:

Lene Falgaard Epløv,
Psykiatrisk Center København,
Region Hovedstadens Psykiatri,
Bispebjerg Bakke 23,
2400 København NV.
E-mail: Lene.Falgaard.Epløv@regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskriftet.dk