

17. Kræfttramtes 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 Epløv¹, Kirsten Schultz Petersen², Ejgil Jespersen³ & Kaj Sparle Christensen⁴

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

klubben langt større betydning for udviklingen af rehabiliteringstilbud til mennesker med psykiske lidelser og er et godt eksempel på, hvor stor betydning brugere har haft og har for udviklingen af det, der i dag kaldes psykiatrisk og psykosocial rehabilitering [2]. Ligeledes har der været et behov for et opgør med kronikertankegangen, dvs. tanken om, at f.eks. skizofreni er en kronisk degenerativ sygdom. Begrebet *recovery* har derfor haft en stor betydning, hvorfor det ikke er muligt at tale om rehabilitering ved psykisk sygdom uden at inddrage *recovery*. Hvor rehabilitering refererer til indsatser, der stilles til rådighed for mennesker med psykiske sygdomme, så de kan opnå et selvstændigt og meningsfuldt liv, refererer *recovery* til det enkelte menneskes egen gennemlevede proces og kan defineres således: »*Recovery* kan beskrives som en dybt personlig, unik proces, som forandrer personens holdninger, værdier, følelser, mål og/eller roller. Det er en måde at leve et tilfredsstillende, håbefuldt og bidragende liv selv med de begrænsninger, som er forårsaget af sygdommen. *Recovery* indebærer udviklingen af ny mening og formål i ens liv, mens man vokser udover den psykiske sygdoms katastrofale følger« [4].

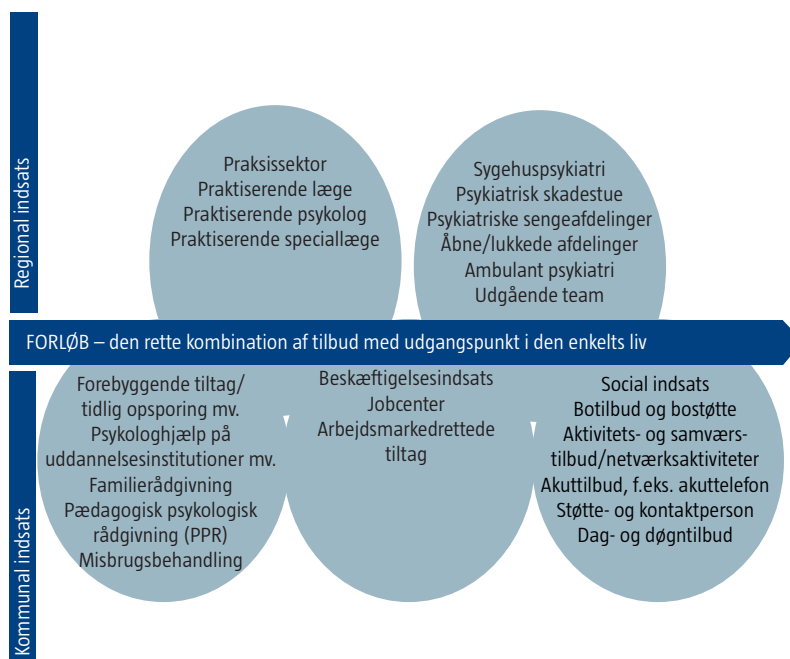
Med udgangspunkt i dette er målet inden for de psykiatriske og sociale indsatser derfor udviklingen af en *recovery*-orienteret rehabilitering. *Recovery*-orienteret rehabilitering medfører, at rehabiliteringen til hver en tid bygger på velovervejet, kritisk, systematisk og eksplicit brug af den aktuelt bedste viden om, hvilke indsatser, metoder og værktøjer der har den største effekt for borgeren, men at det samtidig er koblet til det *recovery*-orienterede værdigrundlag. Det handler således ikke kun om, hvilke metoder eller værktøjer der bruges i samarbejdet med borgeren, men også om, hvordan disse vælges og bruges. I den *recovery*-orienterede rehabilitering tager man udgangspunkt i fire værdier: selvbestemmelse, personorientering, personinvolvering samt håb, og medarbejderne møder, samarbejder og bringer metoderne i spil sammen med borgeren [5].

BEHOV FOR ÆNDRINGER

Der er på internationalt plan enighed om, at hvis målet er, at rehabilitering bygger på *recovery*-orienterede værdigrundlag, kan de nødvendige ændringer ikke blot tænkes som et tillæg eller som noget, der gøres ud over det, der allerede gøres eller som småændringer i indsatsernes periferi. I USA fastslog New Freedom Commission on Mental Health således allerede i 2003, at det drejede sig om et ambitiøst program for at forandre/transformere hele behandlings- og støtteindsatsen med *recovery* som styrende målsætning [6]. I Danmark har kommunerne og regi-

FIGUR 1

Ansvar for indsatsen over for mennesker med psykiske vanskeligheder eller lidelser. Kilde: [1].



onerne i vekslende grad arbejder med at sætte *recovery* på dagsordenen, men der er behov for et langt mere indgribende arbejde jf. ovenstående.

Når målet er en *recovery*-orienteret rehabilitering, er der behov for at ændre kulturen, praksis og de lovgivningsmæssige rammer, at indføre nye indsatser og metoder samt at udvikle ledernes og medarbejdernes kompetencer i et samspil med borgerne [2].

Som det fremgår af **Figur 1** er det endvidere vig-

FAKTABOKS

Der har indtil nu været for lidt fokus på den rehabiliterende indsats i dansk psykiatri. For at forbedre indsatsen for mennesker med psykiske lidelser er der behov for at udvikle en *recovery*-orienteret rehabiliteringsindsats. Dette kræver nogle indgribende ændringer, idet der er behov for at:

- ændre kulturen, praksis og de lovgivningsmæssige rammer
- indføre nye indsatser og metoder
- udvikle ledernes og medarbejdernes kompetencer i et samspil med borgerne
- sikre en sammenhængende indsats ved udvikling af samarbejdsmodeller
- bekæmpe stigmatisering og social isolation.

For at opnå dette er der behov for, at der udarbejdes en national handlingsplan, hvor man fastlægger, hvordan man såvel samfundsmæssigt som direkte i behandling og støtte omstiller til en *recovery*-orienteret indsats, såvel regionalt som kommunalt, i praksissektoren og på alle andre relevante områder.

tigt, hvis man skal lykkes med en rehabiliterende indsats, at der på organisatorisk niveau finder et samarbejde sted både mellem sektorer, dvs. mellem kommune, praksissektor og regional psykiatri, og internt i sektorerne, dvs. internt i regionen mellem psykiatriske sengeafsnit og ambulans psykiatri, herunder lokalpsykiatri, mellem psykiatri og somatik samt internt i kommunen mellem forvaltninger, f.eks. den sociale indsats, jobcentre, børne- og ungeområdet, misbrugsområdet mv. Hertil kommer borgerens personlige netværk og aktører i civilsamfundet, såsom frivillige organisationer, patient- og pårørendeorganisationer og den private sektor [1]. Endelig er det vigtigt, at der lægges vægt på at modvirke den stigmatisering, der i dag sker, over for mennesker med psykiske sygdomme, og at der arbejdes på at sikre en øget inklusion af mennesker med psykiske sygdomme. Social isolation og ensomhed er lige så stor en risikofaktor for tidlig død som f.eks. tobaksrygning [7]. Samlet set kan det konkluderes, at der i den danske indsats er behov for at udvikle en *recovery*-orienteret rehabilitering til mennesker med psykiske sygdomme, og at det kræver nogle indgribende ændringer.

Spørgsmålet er så, om dette behov er tilgodeset i den netop udkomne rapport fra regeringens udvalg om psykiatri. I rapporten redegøres der for, at *recovery*-orienteret rehabilitering er en vigtig ramme og retning i psykiatrien, hvilket vi er enige i. I rapporten beskrives, at en af de væsentlige udfordringer i psykiatrien er, at der er en utilstrækkelig fokus på rehabilitering. Ligeledes påpeger man i rapporten følgende: »... på den baggrund, og som bidrag til regeringens samlede og langsigtede plan for den fremtidige udvikling og udbygning på området, finder udvalget således, at midler til psykiatrien frem mod 2020 herudover bør prioriteres med fokus på:

- Et borgernært *recovery*-baseret kvalitetsløft i en sammenhængende indsats – til gavn for alle, såvel borgere som pårørende. Et sådant løft skal bygge på øget udvikling og anvendelse af metoder med dokumenteret effekt i den regionale og kommunale indsats, et tæt og forpligtigende samarbejde mellem kommuner og regioner, en stærkere inddragelse af arbejdsmarkedet og civilsamfundet.
- Løft af viden og kompetencer på tværs af det kommunale og regionale område, via en prioriteret og fokuseret efteruddannelses- og forskningsindsats, samt et forstærket fokus på forebyggelse, behandling, psykosociale og rehabiliterende indsatser over for alle med psykiske vanskeligheder og lidelser, herunder også angst og depressionsramte [1].



TABEL 1

Anbefalinger fra regeringens udvalg om psykiatri, hvor ordene rehabilitering og/eller *recovery* indgår i (kursivering af ikkeengelsk terminologi ved forf., sidetallene refererer til [1]).

Der *udarbejdes* faglige anbefalinger på det sociale område for behandling og rehabilitering af personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug (s. 23)

Regioner og kommuner *opfordres* til at arbejde med en strategi for rehabiliteringsindsatser for mennesker med ikkepsykotiske lidelser som f.eks. angst og depression med henblik på bl.a. at nedbringe sygefraværet, fastholdelse og tilbagevenden til arbejdet. Løbende fokus på medarbejdernes viden i jobcentre i forhold til hjælp og støtte til arbejdsfastholdelse af personer med psykiske lidelser (s. 25)

Den regionale psykiatri *opfordres* til at prioritere differentierede behandlingsmuligheder og en flerstrengt behandling, hvor der anvendes eksisterende evidensbaserede psykoterapeutiske tilbud og psykosociale tilbud, der tager udgangspunkt i en *recovery*-orienteret tilgang (s. 25)

National platform for *recovery* og brugerinddragelse med henblik på *indhentning og formidling af viden* om *recovery*, udvikling af metoder, formidling af *best practice*, kompetenceudvikling mv. (s. 26)

Udvikling af evidensbaserede metoder med et rehabiliterende sigte i den sociale indsats på botilbud og bostøtte (s. 26)

Der *fastsættes nationale rehabiliteringsmål/målsætninger* for den socialfaglige indsats for mennesker med en psykisk lidelse (s. 26)

En bredt sammensat ekspertgruppe *udarbejder en national strategi for forskning* på psykiatriområdet i regioner og kommuner, og kan fungere som et *rådgivende forum* i forhold til fremtidig prioritering af forskning på området i forhold til *recovery*, pædagogiske metoder, sygdomsårsager, sygdomsmekanismer og behandlingsmetoder samt i forhold til effekt af tilrettelæggelse af forskellige psykiatriske indsatser mv. (s. 27)

Borgeren inddrages aktivt i tilrettelæggelse af behandlings- og rehabiliteringsforløb, hvor der sættes særlig fokus på borgerens ressourcer (s. 29)

Afprøvning og udbredelse af digitale løsninger til at forbedre indsatsen for mennesker med psykiske lidelser med særligt fokus på at understøtte patient-*empowerment* og *recovery* (s. 30)

I anbefalingerne indgår rehabilitering og *recovery* også flere steder, jf. **Tabel 1**, hvor de forslag fra udvalget, hvor ordene rehabilitering og *recovery* er nævnt, gengives. På trods af rapportens redegørelse om rehabilitering og *recovery* forekommer udvalgets konkrete anbefalinger på området ud fra en faglig vurdering at være fragmenterede og upræcise. Begrundelsen for dette skal formentlig findes i de politiske kompromiser, der har været nødvendige, men ud fra et fagligt synspunkt er det betænkeligt, at anbefalingerne ikke i langt højere grad afspejler ovenstående og de internationale anbefalinger på området, da rapportens erklærede formål er at udstikke rammerne for den kommende udvikling på det psykiatriske område.

ANBEFALINGER

I ovenstående er der på et overordnet plan redegjort for, hvilke ændringer der skal til, for at vi med rette kan sige, at vi kan tilbyde mennesker med psykiske sygdomme en *recovery*-orienteret rehabilitering. For at opnå dette vurderer denne artikels forfattere, at

det er nødvendigt, at der udarbejdes en national handlingsplan, hvor man fastlægger, hvorledes man samfundsmæssigt såvel som direkte i behandling og støtte omstiller til en *recovery*-orienteret indsats, såvel regionalt som kommunalt, i praksissektoren og på alle andre relevante områder. I nedenstående vil det blive udspecificeret med fokus på den lægelige indsats. På baggrund i ovenstående betragtninger om udvikling af en *recovery*-orienteret rehabiliteringsindsats er det nødvendigt, at allerede etablerede og evidensbaserede indsatser vurderes og justeres, så de understøtter *recovery*-modellen. Dette gælder ikke mindst den medikamentelle behandling, som i dag står meget centralt og undertiden opfattes som selve behandlingen. I en *recovery*-orienteret praksis vil farmakologisk behandling være et af mange midler, og der vil være øget fokus på den medikamentelle behandlings betydning, ikke kun i forhold til symptomer, men også for funktionsevne og livskvalitet bredt set.

Endvidere er det vigtigt, at en række evidensbaserede indsatser og nye organisatoriske løsninger implementeres med henblik på at sikre en *recovery*-orienteret indsats i behandlings- og socialpsykiatrien, en bedre beskæftigelsesrettet indsats og en bedre indsats i almen praksis. Samtaleydelsen i almen praksis bør tilpasses, så det er muligt at tilbyde en rehabiliterende indsats til mennesker med psykiske lidelser.

Der skal opbygges forskningsmiljøer for at sikre en fortsat udvikling på området. Der skal forskes i allerede lovende indsatser på området, ligesom der skal udvikles nye indsatser, metoder og redskaber.

Endelig skal der undervises i den nuværende viden om *recovery*-orienteret rehabilitering på det medicinske studie og professionsuddannelserne, ligesom der skal sikres undervisning i denne viden og løbende opdatering i videre- og efteruddannelsen.

KORRESPONDANCE: Lene Epløv, Forskningsenheden, Psykiatrisk Center, København, Bispebjerg Bakke 23, 2400 København NV.
E-mail: lene.falgaard.epløv@regionh.dk

ANTAGET: 10. april 2014

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

HOVEDSTADENS SYGEHUSFÆLLESSKAB
Hvidovre Hospital
Tlf. 36323632

Ugeskriftet 176/10

Recept

Sende (Patient, navn og adresse) Apotek

Bem. (Bemærkninger)

Forsendelse og andre bemærkninger

Ordnation

Præparatnavn, doseringsform, styrke, mængde samt brugsanvisning og udløstid

Rp Kognitiv remediering

Individuel mestring og recovery (IMR)

Individuelt planlagt job med støtte (IPS)

Dato og underskrift

Forfatte: apoteker

Udvalget af Læger og Sygeplejersker i Hovedstaden

www.regionh.dk

Rehabilitering på recept.

LITTERATUR

1. Regeringens udvalg om psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013.
2. Epløv LF, Korsbek L, Petersen L et al. Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering – en recoveryorienteret tilgang. København: Munksgaard Danmark, 2010.
3. Maribo T, Melchiorson H, Rubak DB et al. Rehabilitering baseret på den biopsyko-sociale model tager udgangspunkt i patientens sygdom, funktionsevne og kontekst. Ugeskr Læger 2014;176:V01140031.
4. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychiatr Rehabil J 1993;16:11-23.
5. Farkas M, Gagne C, Anthony W et al. Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. Community Ment Health J 2005;41:141-58.
6. New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2003.
7. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS Med 2010;7:1-20.