

## Rehabilitering

Prævalensen af kroniske sygdomme er stigende. Det betyder, at mange danskere lever med kronisk funktionsnedsættelse, som ikke kan normaliseres med medicinsk eller kirurgisk behandling alene. Derfor er der brug for en massiv tværfaglig rehabiliteringsindsats for at forbedre livskvaliteten hos alle, og for at personer i den arbejdsduelige alder

kan genvinde arbejdskapaciteten. I dette nummer af Ugeskrift for Læger har vi samlet en række artikler om forskellige facetter af rehabilitering og lægens rolle i processen. God læselyst.

*Peter Lange*  
Redaktør

TEMA

# Rehabilitering baseret på den bio-psyko-sociale model tager udgangspunkt i patientens sygdom, funktionsevne og kontekst

Thomas Maribo<sup>1,2</sup>, Hanne Melchiorsen<sup>2</sup>, Dorte Balle Rubak<sup>3</sup>, Ejgil Jespersen<sup>4</sup> & Claus Vinther Nielsen<sup>1,2</sup>

Rehabilitering har en lang historie internationalt [1] og er traditionelt blevet opdelt i medicinsk, social og arbejdsmæssig rehabilitering. I Danmark blev rehabilitering initialt udviklet inden for neuroområdet i 1990'erne [2]. Fokus har indtil da især været på kommunal revalidering og genoptræning [3]. Med førtids- og fleksjobreformen er rehabilitering nu for første gang nævnt i dansk lovgivning [4-9] og indgår i vejledninger og bekendtgørelser.

Formålet med denne artikel er at beskrive de elementer, der ligger bag tværfaglig helhedsorienteret rehabilitering, og hvordan rehabilitering, der er forankret i den bio-psyko-sociale model, kan anvendes i praksis.

En ændret demografi, stigende middellevetid og øget prævalens af kronisk sygdom har ført til et større fokus på rehabilitering. Der er behov for rehabilitering, når funktionsevnen er påvirket i en grad, der medfører ændret livsførelse.

Nogle sygdomme påvirker funktionsevnen midlertidigt, men i mange tilfælde ses der blivende konsekvenser. Efter ulykker eller ved kronisk sygdom kan funktionsevnen være langvarigt nedsat på trods af optimal behandling. Målet med rehabilitering er et selvstændigt og meningsfuldt liv med færrest mulige

gener som følge af funktionsevnetab. Rehabilitering adskiller sig således fra behandling, hvor målet er at fjerne symptomer eller at forlænge livet.

Hos patienter med samme sygdomsdiagnose og biomedicinske sværhedsgrad kan der ses vidt forskellige konsekvenser for funktionsevnen afhængigt af sygdommens (evt. flere sygdommes) og kontekstens dynamiske samspil. Den forståelsesramme, der ligger bag dette samspil kaldes den bio-psyko-sociale model [10]. Her forstås sygdom/sundhed og følger af sygdom som et dynamisk samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer. WHO har med baggrund i den bio-psyko-sociale model udarbejdet International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [11], der beskriver funktionsevnen og funktionsevnenedsættelsen i et samspil mellem sygdom og kontekst. Denne tilgang benævnes ICF-modellen og er en væsentlig forudsætning for at forstå bredden i rehabilitering, og hvorledes alle områder og sektorer i samfundet må spille sammen for at mennesker kan opnå et langt liv med gode leveår.

### TO DEFINITIONER AF REHABILITERING

I Danmark findes der to definitioner af rehabilitering. Sundhedsstyrelsens, der er en oversættelse af WHO's

### STATUSARTIKEL

- 1) Sektion for Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
- 2) MarselisborgCentret, Dansk Center for Rehabilitering, CFK, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland
- 3) Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering, Region Midtjylland
- 4) Center for Handicap og Bevægelsesfremme, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet

Ugeskr Læger  
2014;176:V01140031

[12], og en definitionen fra »Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet« [13] (Tabel 1).

I Sundhedsstyrelsens definition er fokus rettet mod systemets indsats, og i Hvidbogens definition er der fokus på den individorienterede proces.

Mange patienter kan selv håndtere og kompensere for nedsat funktionsevne, men det kræver gode personlige resurser, et godt netværk og accepterende og støttende omgivelser. Andre patienter er afhængige af offentlig hjælp, fordi de personlige resurser er svage, netværket resursefattigt, og omgivelserne ikke kan tilrette sig patientens ændrede funktionsevne.

Det er borgere med betydelig nedsat funktionsevne, som skal tilbydes rehabilitering. Dette afgrænser rehabiliteringsindsatsen til borgere, som ikke af egen drift kan kompensere for nedsat funktionsevne.



TABEL 1

#### Rehabiliteringsdefinitioner.

##### *Rehabiliteringsdefinition beskrevet i Hvidbog om Rehabiliteringsbegrebet 2002-2004*

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats [13]

##### *Sundhedsstyrelsens definition af rehabilitering (2012) (fra WHO)*

Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse [14]



TABEL 2

#### Lægens rolle i rehabilitering.

##### *Lægens rolle i rehabilitering er altid afhængig af situationen, men vil ofte omfatte*

at få belyst patientens problemer biomedicinsk

at få belyst de resurser eller mangel på samme, den enkelte patient har i forhold til at følge en behandlingsplan, herunder praktiske, økonomiske og sociale

at vurdere hvilke problemstillinger sundhedsvæsenet kan tage sig af at vurdere hvor der er behov for anden indsats fra andre faggrupper eller sektorer

at støtte patienten i realistiske rehabiliteringsmål og medvirke til at formidle viden om disse til de øvrige samarbejdspartnere, professionelle såvel som private

Ved vurdering af behov og iværksættelse af indsatser skal der være fokus på borgerens hverdagsliv og hele livssituation, omsat i ICF-terminologi – helbred, tidligere og nuværende funktionsevne samt kontekst. Tidsafgrænsning sikrer klart definerede og evaluerbare mål. Rehabilitering skal altid involvere borgeren, og borgerens netværk skal involveres i situationer, hvor borgeren ikke selv er i stand til at handle. Det er borgeren, der beslutter, om de indsatser, der kan tilbydes, skal iværksættes. Rehabiliteringsforløb er altid tværfaglige og tværsektorielle, hvilket stiller store krav til kommunikation og koordination for at sikre sammenhæng.

Sammenlignes rehabilitering med behandling, har man ved behandling på en lang række områder bedre diagnostiske redskaber, evidensbaserede indsatser og veldefinerede effektmål. Det gælder dog både for behandling og rehabilitering, at det i sidste ende er politisk bestemt, hvor omfattende, komplekse og indgribende indsatser der kan tilbydes. Afgørende for borgerinvolvering er på den ene side, at der konstant foretages en afstemning af borgerens forventninger til, at myndighederne påtager sig ansvar for at sikre et problemfrit hverdagsliv og – på den anden side myndighedernes forventninger til borgeren og dennes netværk om selv at tage ansvar for den ændrede situation.

Den helhedsorienterede rehabiliteringsforståelse er internationalt drevet på baggrund af et globalt ønske om lighed med hensyn til deltagelse i alle samfundslivets forhold uanset baggrund, kropslige og mentale forudsætninger [15].

Konsekvenser af nedsat funktionsevne (handicap) er til stede som følge af manglende muligheder for, at borgeren kan kompenseres eller ved egen drift kan kompensere for sin nedsatte funktionsevne.

#### ICD-10 OG ICF

International Classification of Diseases (ICD)-klassifikationen har været et uvurderligt redskab i lægers udvikling af diagnostik og behandling på sygehusene. Imidlertid angiver sygdomsdiagnosen ikke, hvordan sygdommen påvirker funktionsevnen. Behov for genoptræning, hjælpemidler, boligændringer, tilretning af arbejdsplads, personlig assistance mv. efter initial sygdomsbehandling afhænger ikke alene af diagnose og stadium. ICD-klassifikationen kan således kun være ét af flere væsentlige bidrag til planlægning og gennemførelse af rehabiliteringsforløb. Bl.a. i lyset af denne erkendelse udarbejdede WHO den bio-psykosociale ICF-model – og på dette fundament ICF-klassifikationen [11]. ICF-modellen og -klassifikationen er tænkt som hhv. en referenceramme og et redskab, der kan bruges til beskrivelse af funktionsevnen i et

helhedsperspektiv – i en tværfaglig og tværsektoriel kontekst.

ICD-10 og ICF er to komplementære WHO-klassifikationer. I modsætning til ICD-10 er ICF ikke associeret til specifikke diagnoser, men beskriver funktionsevnen i interaktion med helbredstilstanden, de personlige faktorer og omgivelserne [16]. ICD-10 og ICF kan sammen repræsentere et mere dækkende billede af patientens helbredstilstand. I lighed med ICD-10 er ICF opbygget med et antal koder. Det ligger dog uden for denne artikels rammer at præsentere klassifikationen med sine 1.452 kategorier. WHO og en række tværfaglige forskergrupper har udarbejdet Core Sets til udvalgte sygdomsområder. Et Core Set er et antal ICF-kategorier, der angiver de vigtigste problemområder for målgruppen og gør ICF til et anvendeligt redskab i praksis [15].

### ICF-modellen

ICF er en bio-psyko-social model, hvor man integrerer en biomedicinsk og social tilgang. Her ses helbredstilstand som et dynamisk samspil mellem funktionsevne, der består af krop, aktivitet samt deltagelse, og de kontekstuelle faktorer, der består af omgivelsesfaktorer og personlige faktorer (Figur 1).

ICF muliggør et fælles sprog på tværs af kliniske discipliner, termer og begreber og kan derfor anvendes af flere faggrupper og i forskellige sektorer. Dette gør den velegnet i rehabiliteringssammenhænge, hvor en person med funktionsevnedens sættelse kan have problemer, der involverer flere sektorer, f.eks. det sekundære og primære sundhedsvæsen samt uddannelsesområdet, arbejdsmarkedsområdet og det sociale område. Ved at anvende ICF som referenceramme er det muligt at analysere og beskrive en patients resurser og begrænsninger både inden for krop, aktivitet og deltagelse til brug i fastsættelse af mål og indsatser med henblik på et optimalt hverdagsliv efter debut af et helbredsproblem og parallelt med eller efter behandling. ICF giver på den baggrund mulighed for at fokusere på personens samlede helbredstilstand, og hvordan hverdagen kan leves.

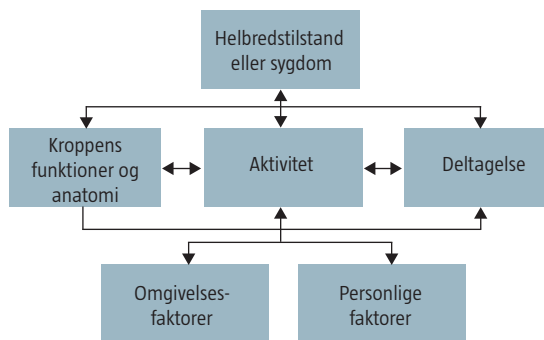
Udgangspunktet for udredning af patientens problemområder kan være baseret på observationer, samtale eller registrerede målinger.

### LÆGENS ROLLE I REHABILITERING

Lægens opgave er primært at afklare, om nedsættelse af funktionsevnen kan tilskrives sygdom, og om den kan behandles (Tabel 2). I praksis vil et ensidigt lægefaglig fokus på diagnostik og behandling, uden fokus på patientens hverdagsliv (f.eks. tilknytning til arbejdsmarkedet), have udsættende virkning på andre indsatser (f.eks. fra jobcentret). Derfor er det af-

FIGUR 1

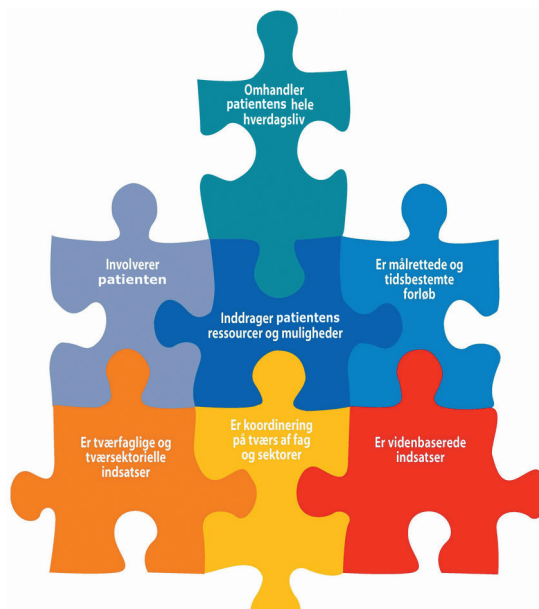
ICF-modellen.



gørende, at lægen forholder sig til, om sygdom og behandling hindrer patientens aktivitetsudfoldelse.

Lægens rolle i rehabilitering begynder således i tilslutning til initial diagnostik og behandling og fortsætter derefter i relation til at sikre effekt af behandling. Lægen skal løbende forholde sig til, om patienten f.eks. kan bøje sit ben eller synke, om han kan gå på trapper eller tage føde til sig, om helbredsproblemet forhindrer ham i at passe sit job, om han kan tage vare på sin familie, køre bil og mange andre forhold.

ICF som referenceramme er et redskab til lægen og andre faggrupper til at identificere eget bidrag til den samlede tværfaglige indsats, der skal sikre, at funktionsevnen på alle områder rehabiliteres optimalt, så patienten opnår højeste grad af et selvstændigt og meningsfuldt liv. ICF kan i den kliniske hverdag anvendes ved anamneseoptagelse, samtale, sygdomsmonitorering og i det social-lægelige samarbejde.



Centrale elementer i rehabilitering

Den klassiske lægejournal omfatter primært tre områder fra ICF: helbred/diagnose, kropsfunktion og omgivelser. En helhedsvurdering, som lægen f.eks. anmodes om ved udfærdigelse af den generelle helbredsattest eller rehabiliteringsattest, kan imidlertid med fordel foretages ved at fokusere på alle ICF-komponenterne, således at »aktivitet«, »deltagelse« og »personlige resurser« inddrages.

ICF-modellen antyder med sine pile, at helbred og kropsfunktion er under indflydelse af behandling og genoptræning, men også af forhold, der er relateret til aktivitet, deltagelse, personlige og omgivelsermæssige faktorer. Kan behandling ikke bidrage tilstrækkeligt til at generhverve tidligere funktionsevne, må koordineret rehabilitering iværksættes. Indsatserne kan være målrettet omgivelserne (f.eks. boligindretning, forandringer i arbejdsforhold, hjælp i hjemmet, pårønderrådgivning, kontaktperson til mindreårige børn, økonomisk rådgivning, medicintilskud og bostøtte) eller borgeren (f.eks. patientskoler, psykoedukation, selvhjælpsgrupper, samtalerapi, træning for sygemeldte i jobcenterregi, uddannelse og omskoling) og medvirke til at styrke den enkelte patients evner og muligheder for at mestre den nye livssituation.

#### ANVENDELSE AF ICF I FORSKNING

ICF beskriver funktionsevne og funktionsevnededsættelse i en sammenhæng med helbredstilstand og kontekstuelle faktorer. Hvor de negative aspekter i form af funktionsevnededsættelse primært er i fokus i klinisk arbejde, er det snarere de positive aspekter i form af funktionsevne og sundhed, der er udgangspunktet i den epidemiologiske og forskningsmæssige anvendelse af ICF.

Som epidemiologisk model bygger ICF på to centrale og forbundne træk i forståelsen af funktionsevne og funktionsevnededsættelse. Dels en universel tilgang i modsætning til andre modeller, der er målrettet diagnosegrupper, og dels et kontinuum af funktionsevne frem for en tærskelværdi, der adskiller funktionsevne fra funktionsevnededsættelse [17].

Den universelle ICF-tilgang bygger på, at funktionsevne forstås som et kontinuum, hvor den ideale tilstand er en tilstand af fuldstændig fysisk, mental og social velbefindende og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse [12]. Set i forhold til en sådan idealtilstand bliver alle gjort mindre end perfekte. Ethvert menneske udviser en eller anden grad af funktionsevnededsættelse i forhold til krop, aktivitet og deltagelse, som er relativ i forhold til den ideale tilstand. Ethvert menneske kan ligeledes ved en forandring i helbredet eller konteksten opleve funktionsevnededsættelse. Funktionsevnededsættelse er på den baggrund et forhold, som ikke blot kan tilskrives en diagnose alene, men afhænger også af individuelle, kulturelle og samfundsmæssige forhold – tid og sted.

Den universelle ICF-tilgang kan være vanskelig at operationalisere i praksis, hvor det primært vurderes, om funktionsevnen er nedsat eller ikke nedsat (er patienten syg eller rask). Syg eller rask defineres i forhold til tærskelværdier (f.eks. »blodtryk højere end 120/80 mmHg« eller »let, moderat eller alvorlig depression«). Disse værdier er dog relative og ikke absolute, og derfor bliver vurderingen snarere et spørgsmål om mere eller mindre funktionsevnededsættelse.

En udfordring i rehabiliteringsforskningen baseret på ICF-tilgangen bliver således at gøre denne universelle tilgang målbar, så der skabes grundlag for komparative studier både over tid og på tværs af lande og kulturer. En anden udfordring, som ikke er omtalt her, er at udvikle evalueringsmetoder af komplekse interventioner, som rummer både skræddersyede individualiserede indsatser og indsatser af strukturel samfundsmæssig karakter.

#### PERSPEKTIVERING

Genoptræning og rehabilitering forveksles ofte, men rehabilitering er mere og andet end genoptræning, som primært har fokus på kroppen. Rehabilitering kræver en bredere tilgang og inkluderer både funktionsevne, personlige faktorer og de samfundsmæssige betingelser (omgivelser), der bl.a. gør det muligt for personen at tage ansvar for sit eget liv.

Rehabilitering er ligeledes tværfaglig, hvilket udfordrer lovgivningen i forhold til mål og delmål, samtykke og udveksling af helbredsoplysninger og sociale oplysninger. I organisatoriske forhold, hvor der ikke blot skal arbejdes tværfagligt, men også tværsektori-



#### FAKTABOKS

Målet med rehabilitering er et selvstændigt og meningsfuldt liv med bedst mulig funktionsevne.

Rehabilitering adskiller sig fra behandling, hvor målet er helbredelse.

Moderne rehabilitering bygger på den bio-psyko-sociale model, hvor sygdom og funktionsevne opfattes som et dynamisk samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer.

WHO har udarbejdet International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

ICF fokuserer på patientens samlede helbredstilstand og hverdagsliv.

Rehabilitering kræver en bred tilgang og inkluderer både helbred, funktionsevne, personlige faktorer og samfundsmæssige betingelser (omgivelser).

Rehabilitering skal tilrettelægges på baggrund af patientens samlede behov og ikke alene på en diagnose.

Patienten og dennes netværk skal inddrages i hele rehabiliteringsprocessen fra vurdering af behov for indsats over målsætning til evaluering.

Lægen har en koordinerende rolle og skal sikre, at funktionsevnen på alle områder rehabiliteres optimalt.

elt internt i kommuner eller mellem kommune og region, er både økonomiske, praktiske og tidsmæssige resurser en udfordring. Hvis rehabilitering alene er tilrettelagt på baggrund af diagnose frem for den enkelte patients samlede behov, er der risiko for, at der skabes social ulighed.

Forudsætningen for en effektiv rehabilitering er et koordineret og velfungerende patientforløb, og en afgørende forudsætning er patientens involvering og ejerskab til mål og delmål. Hvis patientens indsats og engagement er forhindret pga. den samlede helbreds-tilstand eller stopper af anden grund, er de fagprofessionelles vigtigste opgave at forsøge at inddrage patienten eller dennes netværk. Det er dog vigtigt, at rehabilitering altid foregår på patientens præmisser og dermed også i patientens tempo. Dette kan til tider være særdeles svært at acceptere for fagpersonen, men er forudsætningen for et succesfuldt resultat. Det betyder, at patienten skal være involveret i hele processen fra behovsvurdering til afslutning. At der tages udgangspunkt i patientens mål medfører, at rehabilitering ikke altid følger en lige linje, oftest går rehabilitering endog ad krogede veje. Dette indebærer en særlig udfordring for monitorering af og forskning i rehabilitering, da både målet og indsatsen ofte vil være varierende for forskellige patienter med samme diagnose.

**KORRESPONDANCE:** Thomas Maribo, MarselisborgCentret, Bygning 1B, P.P. Ørumsgade 9-11, 8000 Aarhus C. E-mail: thomas.maribo@stab.rm.dk

**ANTAGET:** 2. april 2014

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

#### LITTERATUR

1. Nielsen CV. Rehabilitering for sundhedsprofessionelle. 1. bogklubudg., 1. oplag København: Gyldendals Bogklubber, 2009.
2. National forskningsstrategi: neurorehabilitering af meget svært hjerneskadede. Hammel Neurocenter og Klinik for Neurorehabilitering, Hvidovre Hospital, 2001. [www.google.com/url?q=http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/hjerneskaade/filer/Forskningsstrategi2001.pdf&sa=U&ei=WxlNU8mzIOX\\_ygP2-IkoBw&ved=0CCMQfjAB&sig2=q9jK9bQoPSse3ZodT2zxBQ&usq=AFQjCNGXrwaS-NdxSL3ALESKYcunsG\\_BAw](http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/hjerneskaade/filer/Forskningsstrategi2001.pdf&sa=U&ei=WxlNU8mzIOX_ygP2-IkoBw&ved=0CCMQfjAB&sig2=q9jK9bQoPSse3ZodT2zxBQ&usq=AFQjCNGXrwaS-NdxSL3ALESKYcunsG_BAw) (16. apr 2014).
3. Nielsen CV, Maribo T. Genoptræning og rehabilitering. I: Pedersen BM, Petersen SR, red. Det kommunale sundhedsvæsen. København: Hans Reitzels Forlag, 2014:173.
4. Lov om ændring af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats. [www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=144932](http://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=144932) (15. apr 2014).
5. Lov om aktiv socialpolitik. [www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=1401262012](http://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=1401262012) (15. apr 2014).
6. Lov om social pension. [www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=1580742012](http://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=1580742012) (15. apr 2014).
7. Bekendtgørelse om rehabiliteringsplan og rehabiliteringsteamets indstilling om ressourceforløb, fleksjob, tilskud til selvstændigt erhvervsdrivende eller førtidspension [www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=144514](http://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=144514) (15. apr 2014).
8. Vejledning om hjerterehabilitering på sygehuse. [www.sst.dk/publ/Publ2004/Vejl\\_hjerterehab.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2004/Vejl_hjerterehab.pdf) (15. apr 2014).
9. Vejledning om kommunal rehabilitering. [http://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2011/Kommunal%20rehab/rehab.aspx](http://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2011/Kommunal%20rehab/rehab.aspx) (15. apr 2014).
10. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
11. Schiøler G, Dahl T. Sundhedsstyrelsen, World Health Organization. International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
12. World Health Organization. World Bank. World report on disability. Geneva: World Health Organization, 2011.
13. Marselisborgcentret, Rehabiliteringsforum Danmark. Rehabilitering i Danmark: hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Århus: Marselisborgcentret, 2004.
14. Centrale Handicapråd. FN's konvention om rettigheder for personer med handicap og tillægsprotokol. København: Det Centrale Handicapråd, 2008.
15. World Health Organization. How to use the ICF: a practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO, 2013.
16. Watson N, Roulstone A, Thomas C. Routledge handbook of disability studies. New York: Routledge, 2012.
17. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Sundhedsstyrelsen, 2012. <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2012/SYB/Kraeft/RehabPalliationForloebprog.pdf> (10. marts 2014).

## Rehabilitering af ældre mennesker

Carsten Hendriksen & Pernille Würtz Lyngbye

»Hospital doctors and general practitioners should be aware of the core principles of rehabilitation, be able to recognise rehabilitation need in their patients, and have sufficient knowledge of their local rehabilitation services to trigger the referral process« [1].

Aldring rummer en vidtfavnende individualitet og mangfoldighed. Hvis vi benytter den nuværende pensionsalder på 65 år som usynlig aldersgrænse, vil langt de fleste over denne alder have mulighed for at leve et selvstændigt og aktivt liv i dagligdagen med oplevelser og samvær, som de selv finder relevante.

Den forøgede levetid har ikke medført flere år med afhængighed, men tværtimod flere år med bevaret funktionsevne – såvel fysisk, psykisk som socialt [2]. Generelt sagt rummer gamle en stor diversitet – fra helt velfungerende mennesker uden kroniske sygdomme over velfungerende og velbehandlede med begyndende nedsat funktionsevne til svækkede med stærkt nedsat funktionsevne.

Alderen er således ikke i sig selv det centrale i forbindelse med rehabilitering. Det er funktions- evnen til gengæld.

#### STATUSARTIKEL

Afdeling for Sammenhængende Patientforløb, Bispebjerg Hospital

Ugeskr Læger  
2014;176:V01140013