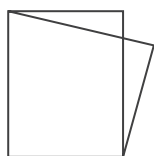


Fra revalidering til rehabilitering

– en dansk begrebshistorie



Marte Feiring,
førsteamanuensis,
Masterprogram i
rehabilitering og
habilitering, Fakultet
for Helsefag,
Høgskolen i Oslo og
Akershus

I artiklen præsenteres et studie af rehabilitering som begreb og praksis, hvor socialt felt forstås som netværk af aktører og institutioner, som over tid former tre delvist overlappende sociale praksisser: revalidering, udvidet revalidering og rehabilitering. Skifte fra revalidering til rehabilitering analyseres som diskursive kampe mellem traditionel og ny viden om, hvordan samfundet håndterer handicappede personer. Denne artikel identificerer tre delvist overlappende sociale praksisser, hvor skifte sker som et produkt af ny læring, nye klientgrupper og nye styreformer. Fysisk genoptræning, social rådgivning og social aktivering er historiske eksempler på det, som her kaldes normaliseringsdiskurser, og de er forbundet med tre historiske integreringsdiskurser: integration i arbejdsliv, i lokalmiljø og i samfundet som helhed.

En begrebshistorie

Den danske begrebshistorie fra revalidering til rehabilitering – er en fortælling om ændringer og kampe inden for tre delvist overlappende sociale praksisser. Rehabilitering er et fænomen, som unddrager sig en præcis definition, skriver Solvang og Slettebø (2012), det er kontekstuel og mangetydigt. I denne fortælling ses revalidering og rehabilitering som flertydige historiske, sociale og diskursive fænomener (Koselleck, 2007). Studiet anvender Bourdieus optik, hvor teoretisering så vel som historisering er del af objektiveringen af empiriske fænomener. En central metodologisk tilgang er en skelnen mellem empiriske hverdagsbegreber og teoretiske begreber (Bourdieu, 2003; Koselleck, 2007). Revalidering og rehabilitering er i denne sammenhæng eksempler på empiriske begreber, som kan have

forskellige betydninger i forskellige historiske og sociokulturelle sammenhænge. Sådanne betegnelser kan bruges som navigeringsinstrumenter i studier af historiske processer ifølge Koselleck (jf Bergström & Boréus, 2012). Eksempler på teoretiske begreber i dette studie er sociale praksisser og socialt felt. Sociale praksisser forstås som "mere eller mindre stabile og varige former for social aktivitet som gennem fælles artikulering konstituerer sociale felter, institutioner og organisationer" (Bourdieu & Waquant, 1992; Fairclough, 2012 s. 454). Forskellige 'sociale praksisser' som revalidering og rehabilitering er altså koblet sammen i omskiftelige netværk af aktører og institutioner, hvor der eksisterer et interessefælleskab, hvor der kæmpes om vidensformer og om myndighed, og dette omtales her som 'sociale felter' (Bourdieu & Waquant, 1992; Fairclough, 2000). Analysen sonder mellem begreb som 'ord', eller hvad fænomenet kaldes i sin samtid – det vil sige, om det omtales som revalidering eller rehabilitering, og begreb som 'indhold' eller sag med andre ord, hvad det samme fænomen indeholder eller betyder – som for eksempel om det handler om fysisk (fysiurgisk) optræning og arbejdsstræning eller om socialpædagogisk rådgivning og praktisk hjælp (Koselleck, 2007). Studiet anlægger et diskursivt perspektiv i den betydning, at sociale aktiviteter samt videns- og meningssystemer skabes i og gennem tekster (Fairclough, 2000). Det fokuserer på skift i vidensformer eller diskursive skift mellem henholdsvis traditionelle ortodokse og nye heterodokse praksisser (Bourdieu, 1977). Vi kan sige, at sociale praksisser er tekstuel medierede. Ifølge Fairclough indeholder enhver social praksis 'semiotik' i betydningen brug af sprog, tegn, genre, repræsentationer og

symbolske positioneringer. Velfærdssamfundets håndtering af personer med funktionsnedsættelser betragtes her som et netværk af mere eller mindre bestandige sociale diskursive praksisser koblet sammen til komplekse sociale felter (Fairclough, 2000). De historiske praksisser har forskellige betegnelser (revalidering eller rehabilitering), forskellige vidensformer og metodikker (fysisk genoptræning eller social rådgivning) og forskellige klientgrupper (invalide, handicappede eller personer med funktionsnedsættelse). Denne optik kan eksemplificeres med henvisning til den franske filosof, historiker og antropolog Henri-Jacques Stiker (1999 [1982]). Han skriver, at rehabilitering som idè og begreb er et produkt af moderne sociale og kulturelle forståelser og indsatser over for personer med handicap. Rehabiliteringens fødsel, dvs. ideen om dets tilblivelse, er af Stiker tilfæstet til første verdenskrig. I de første årtier af det 20. århundrede sker der flere kritiske internationale hændelser, som den store Europæiske krig, og samfundet står pludselig overfor nye talrige grupper af skadede og syge personer. I tillæg til de mange krigsskadede under første verdenskrig var der et forøget antal skadede på grund af industrielle ulykker og et betydeligt antal personer, som bliver ramt af infektionssygdomme som kolera, poliomyelitis og tuberkulose. Dette er eksempler på centrale patientgrupper i rehabiliteringspraksisser i Stikers historiske analyse. Den historiske transformation, som Stiker omtaler som rehabiliteringens tilblivelse, er international, og dette afspejles i diskursive praksisser, som i navneskift til organisationen *Rehabilitation International, RI* (officiel benævnelse i 1972), men som blev dannet i 1922 med

navnet: *The International Society for Crippled Children*, den ændrede i 1939 navn til: *The International Society for the Welfare of Crippled*, og i 1960 til: *The International Society for the Rehabilitation of the Disabled*. Organisationen, RI, som i Danmark er repræsenteret gennem Rehabiliteringsforum, siger selv, at denne sproglige tillempling reflekterer samfundets ændrede holdninger til personer med handicap (www.riglobal.org/about/ Downloaded maj 2016.) Det interessante ved denne tekstlige medierede proces er, at den viser, at 'kerne klienten' i 1920'erne var vanføre børn (*crippled children*), primært efter poliomyelitis eller børnelammelse. I flere ti-år frem er det fortsat de vanføre, som udgør kernepatienterne i rehabilitering, mens det centrale tema i alle vestlige lande nu er at etablere velfærdsydelser for de, som er ramt af sygdom eller skade under 2. verdenskrig (Feiring 2009). Først i 1960 tager organisationen, RI, ordet *rehabilitation* i brug og det mere generelle begreb *disabled* (på dansk invalid eller handicappet). Der går yderligere næsten 30 år, før Landsforeningen for vanføre tager navnet Dansk Handicap Forbund, og endda 30 år til rehabilitering er hovedbegrebet for samfundets tværfaglige indsatser over for personer med funktionsnedsættelse. Begrebshistorien bygger primært på dansk empirisk materiale i form af tematiske uddrag fra politiske dokumenter som: Revalideringsloven 1959, Bistandsloven 1974, Service-, Aktiv- og Rettighedslovene (alle fra 1997) og Sundhedsloven (fra 2005). De aktuelle love er ikke nærlæst i sin helhed, men tekstuddrag om revalidering og rehabilitering og beslægtede begreber som for eksempel invalide, handicappede og personer med funktionsnedsættelser er trukket ud. Hvidbogen fra 2004 og fire ministeriers

Den danske begrebshistorie fra revalidering til rehabilitering – er **en fortælling om ændringer og kampe inden for tre delvist overlappende sociale praksisser.**



Vejledning om kommunal rehabilitering fra 2011 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Undervisningsministeriet, & Beskæftigelsesministeriet, 2011; MarselisborgCenteret, 2004) er læst i sin helhed. Derudover er udvalgte primære og sekundære faglige nationale, men også internationale tekster som har haft indflydelse på dannelsen og omdannelsen af revaliderings- og rehabiliteringspraksisser i tidsperioden 1945-2015 benyttet i analysen (United Nations, 1993, 2006). De anvendte tekster repræsenterer dermed flere forskellige genrer: myndighedernes lovttekster og vejledninger, rehabiliteringsfaglige tekster og lærebøger samt internationale anbefalinger og konventioner. Gennem en kritisk analyse af tekster fra de nævnte kilder og med et blik på, hvordan revalidering og rehabilitering repræsenteres og kontekstualiseres, identificeres tre sociale praksisser og diskursive skift med hver sine faglige teknologier, autoriteter og mere eller mindre dominante videnssystemer

(orto-/heterodoksier) i Danmark efter 1945. I tillæg hertil udvides analysen ved at sammenligne med norske og svenske praksisser samt henvise til internationale institutioners tekster som FN og WHO. Dette er tekster produceret i forskellige socio-kulturelle situationer; og som studeres i form af teksternes diskursive repræsentationer (Fairclough, 2000) som for eksempel navn på målgruppen: invalide, handicappet, bruger eller borger. Sådanne klassificeringer er samtidig eksempler på det Bourdieu kalder 'symbolsk vold'.

Revalidering som genoptræning og arbejdsinkludering af invalide

Efter 2. verdenskrig rekontekstualiserer myndigheder og professioner sine indsatser for invalide, funktionshæmmede og erhvervshæmmede personer i alle de nordiske lande (Feiring, 2009). En skelnen mellem den nye revalideringspraksis og den tidligere særforsorg for døve, blinde og vanføre, er at 'kernepatienterne' har tilegnet sig funktionstabet

efter ulykker, krigshandlinger eller smitte af alvorlig sygdom, altså tilstande som rammer hele befolkningen. Dette er baggrunden for, at Stiker (1999 [1982]) skriver, at samfundet ikke længere ser på indespærring og adskillelse som relevante tiltag, men er optaget af integrering og håndtering af de handicappede, der i Frankrig omtales som 'som om normale'. Med dette udtryk mener Stiker, at samfundet har til intention at de skadede og syge skal tilbage til normal social funktion (Evang, 1952; Harlem, 1949). Der er med andre ord ikke længere samme klare distinktion mellem håndteringen af personer i særforsorgen (de abnorme) og den almene forsorg for alle (de normale) (Feiring, 2009). Den nordiske velfærdsstat er netop skabt på dette ideologiske grundlag, borgerne skal have lige adgang til offentlige goder og tjenester. Velfærdsstaten kendetegnes ved mange i arbejde, økonomisk fremgang, sikkerhed mod sociale og sundhedsmæssige udfordringer gennem beskatning. Der udvikles en ny måde

at styre både økonomien og borgernes sociale og personlige livsførsel på (Rose, 2006).

Ordet 'rehabilitering' bliver i årene efter 1945 i Danmark brugt om tiltag over for tyskvenlige og andre overløbere som samarbejdede med besættelsesmagten under krigen, og således bliver et nyt ord for tiltag overfor krigens ofre, de 'invalidede', taget i brug (Vinther Nielsen, 2008, s. 27). Danskerne valgte derfor betegnelsen 'revalidering af invalide' for den nye sociale praksis, mens nordmændene, som også rehabiliterede sine landsforrædere, valgte betegnelsen 'attføring af uføre'. I Sverige, som havde en neutral position under 2. verdenskrig, bruges det mere internationalt accepterede ord 'rehabilitering' allerede i 1950'erne. Etymologisk kan vi antage at ordet 'revalidering' er udledt fra invalide, som klientgruppen allerede blev klassificeret som i Danmark, 'attføring' i betydningen tilbageføring fra ordet *ufør* som klientgruppen blev omtalt som i Norge på samme tid. Tilsvarende kan vi sige at *rehabilitation of disabled* har samme etymologiske oprindelse (Freidson, 1981). Således er ordene revalidering, attføring og rehabilitering repræsentationer for et og samme fænomen – sociale praksisser for personer med funktionsnedsættelse. De første 10 år efter krigen var der store nye grupper af befolkningen, som blev ramt af poliomyelitis eller af tuberkulose. Mange flere overlevede denne type sygdomme på grund af bedre medicinsk behandling, ved at antibiotika tages i brug ved behandling af tuberkulose. Et andet eksempel på den nye praksis er revalidering af polioramte tilbage til arbejde. I 1956 oprettede det Danske Polioinstitut en fysiurgisk afdeling, hvis centrale opgave var at vurdere polioramtes erhvervsmuligheder ved brug af

fysiurgiske metoder og psykotekniske prøver (Helgøy, 1997).

Myndighederne formaliserer revalidering som en tværfaglig praksis i 1960 med indføring af Lov om revalidering. I §1 kan vi læse: "I denne lov indeholdte bestemmelser tager sigte på at afhjælpe eller begrænse følgerne af invaliditet eller sygdom gennem ydelser af hjælpemidler og hjælp til særlig sygebehandling samt at iværksætte undervisning, optræning, uddannelse og andre erhvervsmæssige foranstaltninger for invaliderede og andre erhvervshæmmede" (Socialministeriet, 1960). Loven henviser med begreberne 'sygdom', 'sygebehandling' og 'optræning' til et medicinsk sprogbrug, mens begreberne 'uddannelse' og 'erhvervsmæssige' foranstaltninger henviser til en udvidet social diskurs med vægt på 'oplæring og arbejde'. Lovteksten repræsenterer således en forståelse af revalidering som aktiviteter rettet mod: (i) følgetilstande af skade eller sygdom for invaliderede og andre erhvervshæmmede, mens (ii) selve indsatserne skal 'afhjælpe eller begrænse en tilstand' i form af særlig sygebehandling, optræning, uddannelse og erhvervsmæssige foranstaltninger (Bonfils & Bangshaab, 2012). Samtidig tillader loven oprettelse af 12 statslige revalideringscentre, som sorterer under Socialstyrelsen og har til opgave at samarbejde med kommuner og amter (Socialministeriet, 1960). Det er med andre ord aktiviteter og tiltag, som er styret af sociale myndigheder. Der udvikles to hovedtyper af klientorienterede institutioner: Revalideringsklinikker, som har medicinske afdelinger med læger, psykologer og fysioterapeuter, beskæftigelsesterapeuter og socialrådgivere og egne værkstedsafdelinger med faguddannede medarbejdere.

Revalideringsinstitutionerne har ikke sundhedspersonale i staben og består af beskyttet produktionsarbejde og en socialfaglig afdeling. Vinther Nielsen (2008, s. 27) skriver, at i 1960'erne var "revalidering spydspidsen af dansk social indsats". I flere fagbøger henvises der til en institutionalisering af revalideringsfeltet i Danmark omkring 1960 (Schrøder & Schultz Petersen, 2012; Vinther Nielsen, 2008), dvs. en statslig formalisering og strukturering af revalidering som en velfærdstjeneste.

Det handler ikke om første gang, revaliderings- eller rehabiliteringssagen bringes frem på den politiske agenda, men om en statslig formalisering og strukturering af revalidering som en velfærdstjeneste. Samfundsfaglige studier viser, at revalidering i denne periode er orienteret mod fysiurgisk genoptræning og arbejdsprøvning af personer med somatisk sygdom eller skader med et udgangspunkt i kropslige defekter, mens hovedformålet var en tilbagevenden til arbejdsmarkedet (Helgøy, 1997, s. 111-112; Mik-Meyer, 2004, s. 152-156). I denne tidlige revalideringspraksis kan vi identificere en 'normaliseringsdiskurs' knyttet til genoptræning af kropslige defekter hos de skadede og en 'integreringsdiskurs', som handler om tilbagevenden til arbejdsmarkedet for tidligere polioramte og tuberkuløse personer (Feiring, 2009; Stiker, 1999 [1982]).

Den dominerende sociale praksis, som identificeres i denne periode, omtales i sin samtid som revalidering, og den repræsenterer primært patienter (invalidede) med kropslige skader og funktions-tab efter skader og infektionssygdomme som for eksempel poliomyelitis og tuberkulose. Talerøret for de invalide er delvis varetaget af *De samvirkende invalideorganisationer* (DSI), som blev

dannet allerede midt i 1930'erne samt en række mindre foreninger, som blev oprettet i efterkrigsårene. De professionelle indsatser, repræsenteret ved fysiurger, fysioterapeuter, beskæftigelsestera-
peuter og socialrådgivere, omtales som færdighedstræning, genoptræning og arbejdstæning primært for at sikre genindtræden på arbejdsmarkedet (Bonfils & Bangshaab, 2012).

Analysen identificerer både en 'normalisering diskurs', som handler om genoptræning og arbejdstæning og "integration diskurs" optagelse i arbejdslivet. Sammenlignet med særfor sorgen er der tale om en ny praksis, baseret på ny medicinsk viden om fysisk behandling og genoptræning (Feiring, 2009). Den dominante faggruppe er fysiurgerne, mens myndighederne er repræsenteret gennem Socialstyrelsen. De regulerer og institutionaliserer denne faglige aktivitet gennem Revalideringsloven fra 1960 og gennem uddannelser for de traditionelle og de nye velfærdsprofessioner.

Revalidering som 'rådgivning' og handicappedes integrering i lokalmiljøet

Velfærdsstatens ideal er både national vækst og individuel behovstilfredsstillelse (well-being) ved at fremme social ansvarlighed for at undgå fælles sociale risici. Ved at tilbyde en politik for fuld beskæftigelse, et nationalt sundhedsvæsen og et nationalt sikkerhedsnet forventes det, at befolkningen viser ansvarlighed for samfundets fælles resurser (dette kan kaldes det politiske felts *doxa*). Samtidig garanterer staten for færre sociale problemer ved sygdom og arbejdsløshed. Det er netop denne type sociale problemer, som velfærdstaten skulle løse gennem rettighedslove og velfærdsstilbud som socialkontor, skole og sygehus. I sådanne processer

kræver velfærdsprofessionerne sin ret til at udøve faglige afgørelser baseret på kundskab, praktisk erfaring og etiske vurderinger (Rose, 2006).

Den fysiurgisk orienterede revalideringspraksis udvides udover perioden 1970'erne og 1980'erne til at omfatte stadig flere personer med psykiske og sociale handicap. "Målsætningen i denne periode var en fuldstændig integration af den handicappede i det lokale miljø" (Lund, 2010, s. 421). Samtidig sker der ifølge Helgøy (1997, s. 140) en redefinerings af det vi kan kalde praksissens politiske begrundelse – fra en målsætning om arbejdsinkludering til en målsætning om livskvalitet og integrering i lokalsamfundet. Dette diskursive skift begrundes med, at det var vanskeligere at opfylde kravet om arbejde for den nye socialt orienterede klientgruppe. Dette problem blev også bekræftet i forskningen. Et studie fra Aarhus (Foldspang, 1979) viste, at kun 1/3 af de revaliderede kom i arbejde, mens et andet studie fra København (Valbak og Wamsler, 1986) konkluderede, at kun 1 ud af 4 blev selvforsørgende efter en revalideringsindsats (begge studierne er citeret fra Michelsen, Modvig, Petterson, Sælan, & Schroll, 1992). De nye psykosociale klienter og det stramme arbejdsmarked skaber altså store problemer for de traditionelle revalideringsprofessioner, med fysiurgerne i spidsen. Socialpædagogisk arbejde og socialrådgivernes casemetoder blev efterhånden dominerende faglige praksisser ved mange revalideringsinstitutioner. Dette ledte til en omfattende ændring af faglig og metodisk indhold. Mik-Meyer (2004) omtaler dette som en psykologisering af aktiviteterne for denne gruppe. Hun kalder det et omdrejningspunkt mod arbejdsmetoder, som lægger vægt på

klienternes psykosociale personlige udvikling og private livssituation. Forandringen i de sociale praksisser var omfattende, og den sker over tid. Det er en sammensat forklaring, som handler om nye faglige teorier og nye metoder, eller det Rose omtaler som *sociale teknologier* (Rose, 2006). Personer, som blev skadet i krig eller gennem industrielt arbejde, kommer i mindretal udover i 1960'erne og 70'erne, samtidig blev de store epidemier (poliomyelitis og tuberkulose) nærmest udryddet i de vestlige lande på grund af biomedicinske landvindinger gennem vaccination og nye behandlingsmåder med brug af antibiotika. I Danmark er 1976 året for den 'sidste' nye poliopatient, mens over 700 døde af polio i 1952-53-epidemien. En ny stor gruppe mennesker med psykosociale problemer overtager pladserne ved revalideringsinstitutionerne og udgør efterhånden flertallet blandt ansøgere til invalidepension. Denne situation kræver andre fagprofessionelle teorier og metoder, og socialpsykologiske samt socialpædagogiske tiltag overtager efter de mere medicinsk orienterede optræningsaktiviteter. De nye professioner, socialpædagoger og socialpsykologer, får sammen med socialrådgiverne en stadig vigtigere position med deres alternative teorier, metoder og indsatser for at sikre livskvalitet i tilknytning til en erhvervmæssig tilpasning. Denne nye sociale praksis udvikler det jeg vil kalde en social-psykologisk-pædagogisk sprogbrug eller diskurs, og en helt ny social identitet konstrueres for de som arbejder med revalidering. Rekontekstualiseringen af revalidering var også et produkt af nye statslige reguleringer. Kommunalreformen og Bistandsloven, som trådte i kraft i 1970'erne, havde til formål at skabe

Den nordiske velfærdsstat er netop skabt på dette ideologiske grundlag, **borgerne skal have lige adgang til offentlige goder og tjenester.**



helhedsløsninger for den enkelte indbygger, som har behov for bistand i sit lokale miljø. Bistandsloven af 1976 fulgte op på tidligere bestemmelser, hvor ansvaret for revalidering var overført fra staten til amter og kommuner i 1970. I lovtjekstens § 1 står, at det offentlige skal yde hjælp til den som: "har brug for rådgivning, økonomisk eller praktisk hjælp, støtte til udvikling eller genoprettelse af erhvervs- evnen eller for pleje, særlig behandling eller opdragelsesmæssig støtte" (Socialministeriet, 1976). Teksten anvender ordet 'handicappet' som et samlebegreb for gamle og nye klienter og har en egen paragraf om revalideringsinstitutioner (§ 91).

Loven repræsenterer og legitimerer et nyt sæt af socialfaglige indsatser: rådgivning, økonomisk eller praktisk hjælp, genoprettelse af erhvervs- evnen, pleje, særlig behandling og opdragelsesmæssig støtte. Den regulerer også handicappede børn og deres ret til at vokse op i eget hjem integreret i de samme daginstitutioner og skoler som andre børn. Det nye system bliver kaldt 'enstrenget' på grund af den omfattende samling af sociale ordninger i lovgivningen. Loven omfat-

tede invalide, erhvervshæmmede, så vel som ældre, børn og syge (Schrøder & Bangshaab, 2012, s. 290).

Et studie af, hvem der besidder de dominerende magt-positioner inden for et socialt felt, kræver analyse. Ved de medicinsk-fysiurgisk orienterede revalideringsklinikker var de tidligere kernepatienter (tuberkulose og polio- ramte) næsten 'udryddede' på grund af ny biomedicinsk viden, som førte til kontrol over de store epidemier, tuberkulose, poliomyelitis og andre infektionssygdomme. I tråd med denne udvikling samt en politisk orientering mod kommunale ordninger, bestemte myndighederne sig for at nedlægge alle de statslige revalideringscentre med hjemmel i Bistandsloven. Fra da af får socialkontorerne et koordineringsansvar for revalideringsarbejdet.

Få år senere nedlægges lægespecialt fysurgi (internationalt kendt som *Physical medicine / Physical medicine and rehabilitation*), som havde været en etableret dansk specialitet i over tres år. Specialistopgaverne overføres formelt til reumatologerne og derefter til indre medicin i 1983, mens et nyt lægespecialt

'samfundsmedicin' oprettes og udvides efter få år med 'socialmedicin' som en egen gren. Dette kan tyde på, at lægerne trækker sig ud af den udvidede og socialt orienterede revalideringspraksis. Lægerne havde fortsat pensionsvurdering som sin mest centrale opgave ved klinikkerne. Dette til trods har de tilbageværende læger i revalideringsfeltet kæmpet for at udvide sine fuldmagter til også at udtale sig om patienternes sociale behov. Ifølge Vinther Nielsen (2008, s. 33) forbød Socialministeriet gennem et dekret i starten af 1990'erne lægerne at udtale sig om patienters behov for sociale ydelser.

Denne udvidede forståelse af revalidering er repræsenteret i den danske oversættelse af FN's standardregler for funktionshæmmede (United Nations, 1993). Det internationalt anerkendte og bredt definerede begreb *rehabilitation* bliver her oversat med det danske ordet revalidering. I hele efterkrigstiden har revalidering været den officielle danske oversættelse på de praksisser, som internationalt har gået under navnet *rehabilitation*. Socialstyrelsen betragter altså revalidering som et overordnet

Det internationalt anerkendte og bredt definerede begreb **rehabilitation** bliver her oversat med det danske ordet **revalidering**.



begreb for "den proces, der tilsigter at sætte handicappede i stand til at opnå og bevare det optimale funktionsniveau på det fysiske, sansemæssige, intellektuelle, mentale og/eller sociale område" (Dansk oversættelse av FN's standardregler, 1994, citeret i Schrøder & Bangshaab, 2012, s. 290). Denne periode kan betragtes som en brydningstid for de invalide og deres organisationer. I løbet af tyve år fra 1960 ændrede DSI's medlemsorganisationer sig fra 6 til 21 (Bonfils, 2006).

Bjarne Frøslev Ibsen (1992, s. 15) lancerer på omtrent samme tid en tredelt typologi af datidens indsatser overfor handicappede og arbejdsudstødte: *primærrevalidering* er tiltag overfor personer, som står i fare for at blive udstødt af arbejdsmarkedet (dette er nye grupper af personer); *sekundærrevalidering* omtales som traditionel revalidering, dvs. de som allerede er definerede som handicappede, og som behøver genoptræning og arbejdsstræning, mens *tertiærrevalidering* handler om det, som her er omtalt som udvidet revalidering og livskvalitet for de, som står udenfor arbejdsmarkedet. Det samlede lovkompleks om revali-

dering i Bistandsloven splittes med Socialreformen fra 1998 op i tre love: Aktivloven redefinerer revalidering som: "erhvervsrettede aktiviteter og økonomisk hjælp, der kan bidrage til, at en person med begrænsninger i arbejdsevnen" (§ 46 i Socialministeriet, 1998a). Serviceloven regulerer hjælpemidler og boligændringer til personer med "varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne" (Socialministeriet, 1998c). Mens retssikkerhedsloven fremhæver borgernes ret til indflydelse, kommunernes ansvar for hele det sociale område og sociale myndigheders ansvar for helhedsorienterede hjælpetiltag (Socialministeriet, 1998b).

Denne udvidede sociale praksis benævnes i sin samtid også som revalidering, men den repræsenterer en bredere klientgruppe end tidligere, personer med psykosociale lidelser og mere usynlige handicap inkluderes i målgruppen. Dette ses også ved, at DSI udvikler sig til en samarbejdende organisation for invalide, handicappede og kronisk syge (Bonfils, 2006). Ordet 'invalid' beholdes i navnet, selv om mange andre lande fandt ordet 'handicap' som mere samlende og

mindre stigmatiserende. De traditionelle medicinske indsatser nedtones til fordel for socialpædagogisk og socialrådgiverarbejde. Der sker et skifte fra en fysisk medicinsk domineret træningsdiskurs til en mere socialfaglig sproglig genre. Med henvisning til Fairclough (2000, s. 186) vil jeg sige, at der både sker en ændring i form af nye handlemåder og ny viden repræsenteret ved flere socialt orienterede professioner og flere psykosociale lidelser hos klienterne. Denne udvidede diskursive praksis omhandler 'integrering i lokalsamfundet' frem for arbejdslivet og den reguleres og legitimeres af Socialstyrelsen gennem Bistandsloven, men også af de nye sociale videnskaber som socialpsykologi og socialpædagogik.

Rehabilitering som ny sundhedsfaglig praksis og borgerens integrering i samfundet

Fra 1990-tallet omskabes relationen mellem stat, profession og borgere. Professionerne får nu til opgave at opdrage borgerne gennem overtalelse, uddannelse og motivation på opdrag fra myndighederne og opererer ikke længere som klienternes advokat. Antallet af

bureaukratiske standarder, statslige vejledere og forskrifter vokser gennem den nye styringsform og borgerne defineres som kunder eller forbrugere inden for helse- og velfærdstjenesterne. Individet er aktivt ansvarlig for egne valg (Rose, 2006).

I denne periode tager sundhedsprofessionerne: læger, fysioterapeuter og ergoterapeuter (tidligere beskæftigelses-terapeuter) oftere ordet 'rehabilitering' i brug for sine indsatser overfor handicappede og kronisk syge personer. Ifølge Ibsen (1992, s. 13) var der da allerede etableret en skelnen mellem rehabilitering og revalidering: "Inden dansk sprogbrug er der dog tradition for at rehabilitering først og fremmest knytter sig til medicinske forhold, medens revalidering traditionelt forbindes med erhvervsforhold". Et eksempel på den nye sprogbrug kan knyttes til den danske kræftforening, Kræftens Bekæmpelse, som midt i 1990'erne introducerer rehabilitering som et tilbud for kræftoverlevende, og kort tid derefter bliver rehabilitering en del af det officielle tilbud til denne patientgruppe (Hansen & Tjørnhøj-Thomsen, 2008). Samme brug af begrebet ses også inden for neuro-rehabilitering, og det kan bekræftes i titlen på Tove Borgs ph.d.-afhandling fra 2002: *Livsførelse i hverdagen under rehabilitering*. Sundhedsprofessionerne argumenterer for at ordet 'revalidering' repræsenterer en smallere forståelse end det internationale begreb 'rehabilitation', som betyder en helhedslig situationsorienteret praksis (Borg, 2003). Samtidig vokser en række diagnoseorienterede praksisser som kræftrehabilitering, neuro-rehabilitering, hjerte- og lungerehabilitering frem i sundhedsvæsenet. En mulig forklaring på de nye medicinske praksisser kan knyttes til

paradigmatiske skift inden for medicinsk og psykologisk viden. Fra midten af 1980'erne etableres nye medicinske teknologier (Rose, 2006) inden for kardiologi og neurologi samtidig som forebyggelse af livsstilssygdomme bliver bedre med brug af medicin og med mere fokus på motion og mindre rygning hos de mest udsatte klientgrupper.

Den tidligere forståelse af revalidering fra 1970'erne udvides yderligere i oversættelsen af FN's standardregler fra 1993, mens det faglige arbejde samtidig splittes op i en medicinsk og en social- og arbejdsrettet praksis (Ibsen, 1992). I Norge sker der en tilsvarende antydning af en opdeling af rehabiliteringsfeltet med henholdsvis 'Attføringsmeldingen' (rettet mod arbejdsinkludering) af 1994 og Rehabiliteringsmeldingen (rettet mod indsatser i sundhedsvæsenet) af 1998 (Feiring, 2004). Denne todelingen af feltet – i en socialfaglig revalidering og en sundhedsfaglig rehabilitering – tager aktørerne bag arbejdet med Hvidbogen (2004) fat i (Lund, Bjørnlund, & Sjøber, 2010). Der sker et diskursivt skifte og *rehabilitering* lanceres som det overordnede begreb på dansk og repræsenterer medicinske, sociale, arbejdsrettede og pædagogiske indsatser. Dette udviklingsarbejde pågår over flere år i form af en tænketank med repræsentanter fra myndigheder, professioner, interessegrupper og NGO'er. Ifølge Lund et al. (2010) var det fremvæksten af den lokale rehabilitering og de mange deltagende aktører som inspirerede fagfolk og patientorganisationer til at udvikle en fælles dansk definition af rehabilitering. Det omfattende faglige miljø knyttet til MarselisborgCenteret og Rehabiliteringsforum Danmark arbejder i en bred proces frem mod det, de omtaler som en 'helhedslig forståelse af rehabili-

tering'. De introducerer denne definition af rehabilitering i 2004: "en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. [...] Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation, og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats" (Marselisborg-Centeret, 2004, s. 4). På samme måde som norske og svenske kilder bygger Hvidbogen på begrebsapparatet udviklet af Verdens Sundhedsorganisation (WHO).

Hvidbogen fremhæver tre nøgleaktører: administration og forvaltning, faglige aktører og almene borgere. De administrative aktører repræsenterer statsforvaltningen og den politiske ledelse på sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområderne. Repræsentanter for beskæftigelsesmyndighederne kom imidlertid noget sent med i processen. Dette viser, at uddannelsesfeltet og specialpædagogikken inkluderes som en del af rehabiliteringsfeltet. Fagudøverne er både forskere og professionelle i sundheds- og socialfagene. De socialfaglige professioner og myndighederne deltager ikke i styringsgruppen, men i arbejdsgrupper som beskrives som tænketanke. Borgerne repræsenterer enkeltpersoner og kollektive foreninger i form af etablerede organisationer for personer med funktionsnedsættelser. Fra 2008 skifter de samvirkende invalideorganisationer (DSI) navn til Danske Handicaporganisationer.

Dette navneskifte følges op da FN's 'Konvention for rettigheder for personer med handicap (disabilities)', oversættes og underskrives i Danmark. Her konstitueres rehabilitering som et nyt hovedbegreb for alle tiltag for bedring af funktionsevne og håndtering af handicap. FN's 'Handikapkonvention' (2006/2008),

som den kaldes på dansk, præciserer, at rehabilitering er samfundets tværfaglige indsats for personer med handicap med det formål, at de kan opnå sundhed, uddannelse, erhverv og anden social aktivitet. I Artikel 26 er rehabilitering og habilitering afgrænset til: "effektive og passende foranstaltninger [...], for at gøre det muligt for personer med handicap at opnå og opretholde den størst mulige uafhængighed, fuld fysisk, psykisk, social og erhvervsmæssig formåen samt fuld inkludering og deltagelse i alle livets forhold" (United Nations, 2006).

På samme tid implementeres en ny styringsreform: Strukturreformen (af 2007). De nye store kommuner (som er reduceret fra 271 til 98 i antal) tildeles økonomisk ansvar for sundhed og forebyggende tiltag i tråd med det nye styringsregime. Kommunerne indgår i et økonomisk samarbejde med sygehusene om behandling af egne borgere (administreret af de fem nyetablerede regioner mod tidligere 14 amter). Hensigten med Strukturreformen omtales som et forsøg på at få kommunerne til at satse mere på forebyggende tiltag samt effektivisering af behandling og rehabilitering idet patienterne generelt får kortere indlæggelsestid på sygehuse og institutioner (Bilde, Hansen & Søgaard, 2010). De nye kommuner tildeles et omfattende ansvar for forebyggende tilbud, for de kronisk syge, for generel rehabilitering og for medfinansiering af behandling og rehabilitering på sygehusene (Pedersen, 2007).

Dette nye styringsregime følges op med en egen 'Vejledning for kommunal rehabilitering' (2011). Den er altså baseret på, at kommunerne har ansvaret for alle "indsatser med et rehabiliterende sigte". De forskellige tilbud forholder sig til lovgivning inden for det sociale-, beskæf-

tigelses- og undervisningsområdet. På sundhedsområdet har kommunerne det primære ansvar, men samarbejder tæt med regionerne om rehabiliterende indsatser i sygehus- og praksissektor (Indenrigs- og Sundhedsministeriet et al., 2011). Den kommunale vejledning præciserer, at rehabiliteringsbegrebet bruges og defineres på forskellige måder afhængig af tradition og situation, og at indsatserne derfor kan have forskelligt indhold og formål. Den bekræfter, at lovgivningen inden for de fire områder ikke nævner ordet rehabilitering, men henviser til begreberne: 'genoptræning', 'personlig og praktisk hjælp', 'revalidering' og 'kompenserende specialundervisning' (Indenrigs- og Sundhedsministeriet et al., 2011).

På tilsvarende måde tilskrives ordet 'funktionsevne' forskellige betydninger: inden for sundhedsvæsenet tager det udgangspunkt i kroppens funktioner, på det sociale område er funktionsevne en fællesbetegnelse for forudsætninger for evnen til at udføre daglige aktiviteter og deltagelse, mens beskæftigelsesområdet bruger ordet 'arbejdsevne'. På uddannelsesområdet har de ikke en egen forståelse af funktionsevne, men sætter evnen til læring i fokus (Indenrigs- og Sundhedsministeriet et al., 2011 s. 29). Helhedslige praksisser med et 'rehabiliterende sigte' er målet for de nye kommuners indsatser over for personer med funktionsnedsættelser. Sundhedsfaglig sprogbrug som "genoptræning af kropsfunktioner i rehabilitering" og socialfaglige og pædagogiske begreber som "erhvervsrettede aktiviteter og økonomisk hjælp ved revalidering" betragtes som momenter i en og samme diskursive praksis inden for det, der i dag omtales som rehabilitering.

Den aktuelle praksis omtales altså som

rehabilitering, og i daglig sprogbrug sættes borgere med funktionsnedsættelser i centrum for tværprofessionelle indsatser fra sundheds-, erhvervs-, uddannelses- og socialfaglige aktører. Indenfor den rådende sociale diskursive praksis, støttet af FN, er den dominerende sprogbrug: lige rettigheder og aktivering af borgere med fysiske, intellektuelle, mentale eller psykosociale handicap; og hovedstrategien omtales som integrering af alle borgere i samfundet. Dette tolker jeg som både en 'aktiveringsdiskurs' og en ny type 'integreringsdiskurs', fra fokus på lokalsamfund og nærmiljø, til vægt på 'retfærdighed i samfundet' på lige fod med andre borgere. Samtidig styres rehabiliteringsindsatserne af kommunale myndigheder gennem økonomiske incitamenter og en bureaukratisk vejledning af rehabiliteringspraksisser i kommunerne udviklet af fire forskellige ministerier (Indenrigs- og Sundhedsministeriet et al., 2011).

Opsummering

I Danmark repræsenterer revalidering hovedbegrebet for håndtering og integrering af invalide, handicappede og kronisk syge personer fra 2. verdenskrig og frem til 2000-tallet. Dette er indskrevet i den danske oversættelse af ordet *rehabilitation* til revalidering i FN's standardregler for personer med funktionsnedsættelse (1994). Rehabiliteringsbegrebet kommer oftere i brug op gennem 1990'erne og er det centrale tema i Hvidbogen (MarselisborgCenteret, 2004). Først i 2008 bliver ordet 'rehabilitering' taget i brug som det formelle navn på praksis i den danske oversættelse af FN's *Konvention for personer med funktionsnedsættelse*. Dette er i tråd med sprogbrugen hos internationale aktører som *Rehabilitation International*,

FN og WHO, og det er også i tråd med begrebsanvendelsen i de andre nordiske lande. Samme år skifter *De samvirkende invalideorganisationer* (DSI) navn til *Danske handicaporganisationer* (DH), dette var 20 år efter at *Landsforeningen for vanføre* havde skiftet navn til *Dansk Handicap Forbund*.

Analysen anvender begrebet socialt felt om det mere eller mindre bestandige netværk af aktører og institutioner, som former tre delvis overlappende sociale praksisser: revalidering, udvidet revalidering og rehabilitering. I tråd med

Bourdieu er et socialt felt et analytisk begreb for de positioneringer og stridigheder, som finder sted inden for et interesseområde. Sådanne stridigheder kan ses som diskursive kampe mellem en traditionel (ortodoksi) og ny lære (heterodoksi) i håndteringen af personer med funktionsnedsættelse.

I artiklen identificerer jeg tre relativt distinkte og samtidig overlappende sociale praksisser. De dannes gennem diskursive skift, som er et produkt af ny viden, nye klientgrupper og nye politiske styringsreformer. Diskursive praksisser

eller diskurser som: fysisk optræning, praktisk rådgivning og aktivering er alle eksempler på, hvordan det enkelte menneske må tilpasse sig en mere eller mindre standardiseret norm for, hvordan de skal leve deres hverdagsliv – dette kaldes her 'normaliseringsdiskurser'. Videre har studiet identificeret tre integreringsdiskurser for, hvordan det enkelte mennesket ideelt set skal være en del af sociale arenaer: arbejdslivet, lokalmiljøet og samfundet i øvrigt.¹ ♦

TID	1945-1975	Ca. 1970-2000	Ca. 1990-2015
Social praksis	Revalidering	Udvidet revalidering	Rehabilitering
Diskursive skift	Fra forsorg til fysisk genoptræning	Fysisk genoptræning udvides med social rådgivning og praktisk hjælp	Helhedslig: Genoptræning, revalidering, rådgivning, praktisk hjælp og specialpædagogik
Vidensbaserede og sociale teknologier	Fysiurgisk behandling og fysisk genoptræning arbejdsoplæring	Socialpædagogisk, socialpsykologisk hjælp og social-rådgivning	Neurorehabilitering Kræftrehabilitering Hjerterehabilitering Kommunal rehabilitering Arbejdsrehabilitering Specialundervisning
Borger (patient) organisering	DSI: De samvirkende invalides forening	DSI omfatter: invalide, handicappede og kronisk syge	DSI omdefineres til DH: Danske handicaporganisationer
Statslig organisering (reformer/love/myndighed)	Revalideringsloven Socialministeriet	Kommunereform Bistandslov Amt (kommune) og Socialministeriet	Socialreform (3 love) Strukturreform Kommune, region og Sundhedsministeriet
International organisering (RI, FN)	Rehabilitation International 1960	FN's år og 10-år 1980 FN's standardregler 1993	Handikapkonvention 2008
Integreringsdiskurs	Inkludering i arbejdslivet	Inkludering i lokalmiljøet	Inkludering i samfundet
Normaliserings-diskurs	Genoptræning og arbejdsstræning	Genoptrænings- og livskvalitet	Aktivering og rettigheder

Tabel: Rehabiliteringsfeltet – et studie af tre sociale praksisser: revalidering, udvidet revalidering og rehabilitering og tre diskursive skift

REFERENCER

- Bergström, Göran, & Boréus, Kristina. (2012). *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Bilde, Lone, Hansen, Anne Rytter, & Søgaard, Jes. (2010). *Økonomi og styring i sygehusvæsenet*: Notat udarbejdet for Foreningen af Speciallæger. www.laeger.dk/nyhed/download/docs/F17293/DSI.pdf.
- FOA – Fag og Arbejde, HK/Kommunal, Sundhedskartellet og Foreningen af Yngre Læger (Economy and management in the health care sector).
- Bonfils, Inge Storgaard. (2006). *Den Handicappolitiske Aktør*. Munksgaard, Københavns Universitet.
- Bonfils, Inge Storgaard, & Bangshaab, Jette. (2012). Rammer og vilkår for rehabilitering. I Inger Schrøder & Kirsten Schultz Petersen (red.), *Sociologi og rehabilitering*. København: Munksgaard.
- Borg, Tove. (2003). *Livsførelse i hverdagen under rehabilitering: et socialpsykologisk studie*. Århus: Forskningscenter Sundhed, menneske og kultur.
- Bourdieu, Pierre. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, Pierre. (2003). Participant Objectivation*. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 9(2), 281-294. doi:10.1111/1467-9655.00150.
- Bourdieu, Pierre, & Waquant, Loïc J. D. (1992). *An Invitation to Reflexive Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Evang, Karl. (1952). *Health and Rehabilitation Services in Norway*. Paper presented at the Modern Methods of Rehabilitation of the Adult Disabled, Stockholm.
- Fairclough, Norman. (2000). Discourse, social theory, and social research: The discourse of welfare reform. *Journal of Sociolinguistics*, 4/2, 163-195.
- Fairclough, Norman. (2012). Critical discourse analysis. *International Advances in Engineering and Technology (IAET)*, 7 July, 452-487.
- Feiring, Marte. (2004). Et streiftog gjennom rehabiliteringsfeltets begrepshistorie. I Kjersti Vardeberg & Lena Lande Wekre (red.), *Lærebok i rehabilitering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Feiring, Marte. (2009). Sources of Social Reforms, 1870-1970. *The Rise of a Norwegian Normalisation Regime*. (PhD), University of Oslo, Oslo.
- Freidson, Eliot. (1981). Preface. In Gary L Albrecht (Ed.), *Cross National Rehabilitation Policies*. London: Sage.
- Hansen, Helle Ploug, & Tjørnhøj-Thomsen, Tine (2008). Cancer Rehabilitation in Denmark. *Medical Anthropology Quarterly*, 22(4), 360-380. doi:10.1111/j.1548-1387.2008.00035.x.
- Harlem, Gudmund. (1949). *Registreringscentralen og dens utføring av tuberkulose*. Oslo: Norske lægers tuberkuloseselskap.
- Helgøy, Ingrid. (1997). *Den institusjonsbaserte utføringen i Skandinavia*. Universitetet i Bergen, Bergen.
- Ibsen, Bjarne Frøslee. (1992). Revalideringsbegrepet. I Jørgen Riis Jespen & Anne-Grethe Holm Jensen (red.), *Revalidering og arbeidsmedisin*. Esbjerg: Sydjysk Universitetsforlag.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Undervisningsministeriet, & Beskæftigelsesministeriet. (2011). *VEJLEDNING OM KOMMUNAL REHABILITERING*.
- Koselleck, Reinhart. (2007). *Begreber, tid og erfaring: en tekstsamling* (Jens Busck, Niklas Olsen, & Mark Nevers (red.)). København: Hans Reitzel.
- Lund, Hans, Bjørnlund, Inger Birthe, & Sjöber, Nils Erik. (2010). *Basisbog i fysioterapi*. København Munksgaard.
- MarselisborgCenteret. (2004). *Rehabilitering i Danmark: Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Århus: www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/5/1855/1385432168/hvidbog_rehabilitering.pdf.
- Michelsen, Niels, Modvig, Jens, Petterson, Birgit, Sælan, Henrik, & Schroll, Marianne (red.). (1992). *Klinisk socialmedicin*. København: Munksgaard.
- Mik-Meyer, Nanna. (2004). *Dømt til personlig udvikling: identitetsarbejde i revalidering*. København: Reitzel.
- Pedersen, Kjeld Møller. (2007). Kommunalreformen og sundhedsvæsenet: En forbedring? *Ledelse & Erhvervsøkonomi*, 71(4), 173-186.

REFERENCER

Rose, Nikolas. (2006). Governing "Advanced" Liberal Democracies. In Aradhana Sharma & Akhil Gupta (Eds.), *The Anthropology of the state: A reader*. Malden, Mass.: Blackwell.

Schrøder, Inger, & Bangshaab, Jette. (2012). Dilemmaer og spæningsfelter i rehabilitering (Kapittel 16). I Inger Schrøder & Kirsten Schultz Petersen (red), *Sociologi og rehabilitering*. København: Munksgaard.

Schrøder, Inger, & Schultz Petersen, Kirsten. (2012). *Sociologi og rehabilitering*. København: Munksgaard.

Socialministeriet. (1960). Lov om revalidering (revalideringsloven) LOV nr 170, af 1959.

Socialministeriet. (1976). *Lov om sosial bistand. Bistandsloven. LOV nr 333 af 1974.*

Socialministeriet. (1998a). *Lov om aktiv sosialpolitikk, Aktivloven. LOV nr 454 af 10/06/ 1997.*

Socialministeriet. (1998b). *Lov om Retsikkerheds (Retsikkerhedsloven) LOV nr 1997.*

Socialministeriet. (1998c). *Lov om social servece LOV nr 454 af 19/06 1997.*

Solvang, Per Koren, & Slettebø, Åse (Eds.). (2012). *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stiker, Henri-Jacques. (1999 [1982]). *A History of Disability*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press.

United Nations. (1993). *Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*.

United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.

Vinther Nielsen, Claus. (2008). *Rehabilitering for sundhedsprofessionelle*. København: Gads Forlag.

ENDNOTES

- ¹ Denne artikel er også trykt som: "Rehabiliteringsfeltet i Danmark – en begrepshistorie" i: *Profession og rehabilitering – Om viden, magt og status i velfærdsstaten*, redigeret af Søren Gytz Olesen, 2016.