

ÆLDRE OG KOMMUNAL REHABILITERING

Jette Thuesen

Kommunal rehabilitering på ældreområdet er et relativt ubeskrevet område i Danmark, på trods af at der mere end nogensinde er brug for at indtænke rehabiliteringens brugerorientering, helhedssyn og tværfaglige orientering i den kommunale opgaveløsning. I artiklen diskuteres vanskelighederne i at afdække behov for rehabilitering, og der argumenteres for at gøre rehabilitering til et overordnet princip for de kommunale indsatser på ældreområdet.

Jette Thuesen er uddannet ergoterapeut, og har beskæftiget sig med ældreområdet i mange år, dels gennem kommunale ansættelser, dels gennem projektarbejde, blandt andet i Ældremobiliseringen.

Artiklen er skrevet med udgangspunkt i afsluttende teoretisk opgave på Masteruddannelse i Humanistisk Sundhedsvidenskab og Praktisudvikling på Institut for Filosofi, Århus Universitet. Specialet kan rekvireres elektronisk hos forfatteren.

Gerontologi og samfund 2004; 20, 3: 63-65

KOMMUNAL REHABILITERING

Som kommunalt ansat ergoterapeut har jeg ofte i mødet med ældre brugere været i tvivl om, hvorvidt en tilbagetrækning fra et aktivt hverdagsliv var en sund tilpasning eller et nødvendigt resultat af, at omstændighederne ikke gjorde andre valg mulige. Når man arbejder med yngre mennesker, er det måske indlysende, at nedsat funktionsevne skal udløse en rehabiliteringsindsats. Men i arbejdet med ældre mennesker med nedsat funktionsevne er behovet ikke så indlysende: Resignation og accept af nuværende situation kan måske betragtes som psykisk sunde tilpasningsformer i forhold til senlivets grundbetingelser. Mens vi i de yngre år betragter oplevelsen af egenkontrol over livet som vigtigt for den psykiske sundhed, og forbinder det passive menneske med afmagt og opgiveness, synes billedet at være anderledes, når det gælder de helt gamle¹. Dette stiller professionelle på ældreområdet over for store udfordringer, når vi skal finde

Ergoterapeut Jette Thuesen
Blåbærvej 8, Tørrøse
5450 Otterup
jette.thuesen@mail.dk

ud af, om en tilbagetrækning fra det aktive hverdagsliv er en sund tilpasningsstrategi, eller om rehabilitering er påkrævet. Og det har været drivkraften til at se nærmere på, hvordan vi finder ud af, om ældre med nedsat funktionsevne har behov for rehabilitering.

Der er flere gode grunde til at beskæftige sig med kommunal rehabilitering: Vi er midt i en større strukturreform, hvor de opgaver, der knytter sig til rehabilitering, fx genoptræning, fremover i højere grad skal løses i kommunerne. Rehabilitering eksisterer imidlertid ikke i den lovgivning, der omfatter de kommunale opgaver, og det synes ikke at være særligt anvendt på det kommunale ældreområde, ud over i snævre terapeutfaglige kredse. Indtil for nylig har kulturen i den kommunale opgaveløsning især været orienteret mod pleje², men med offentliggørelsen af Fælles Sprog II har Kommunernes Landsforening understreget, at også genoptræning er en af de kommunale kerneydelser.

REHABILITERING

Der eksisterer ikke en officiel definition af rehabilitering i Danmark. Hvor nordmændene allerede i 80'erne lovgav om rehabilitering, findes lignende lovgivning ikke i Danmark. Og hvor nordmændene længe har opereret med en officiel definition, er en sådan først nu på vej i Danmark. For arbejdet står Tænk tank om Rehabilitering, der er nedsat af Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborgcentret. De har i august 2004 foreslået rehabilitering defineret som »en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få 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«³. Livskvalitet angives som et vigtigt mål i rehabiliteringen. Man mener, at en systematisk og velfunderet indsats baseret på rehabiliteringstankgangen vil øge livskvaliteten for den enkelte patient / bruger.

GENOPTRÆNING

Mens der således er kræfter, der arbejder for, at rehabiliteringstankgangen bliver udbredt, har det indtil nu været genoptræ-

ning, der er på den kommunale dagsorden. Socialministeriet udgav i 2003 »Rundt om kommunernes træningsindsats«, som skal gøre det muligt for kommunerne at styre og udvikle kommunernes træningsindsats⁴. Rapporten omhandler fysisk grundtræning. Den banebrydende lovgivning fra 2001, lov om genoptræningsplaner og lov om kommunal genoptræning⁵, omtaler genoptræning, og ikke rehabilitering. Og Kommunernes Landsforening skrev i et centralt notat fra 2001, at »Det er nødvendigt at se på sammenhængene mellem forebyggelse, pleje og træning...« og »Det virker ikke logisk at man tildeler hjemmehjælp for en funktionsnedsættelse, uden at man samtidig tager stilling til, om man via træning kan gøre noget ved funktionsnedsættelsen, og det er derfor nødvendigt i forbindelse med alle visitationer at vurdere borgerens træningspotentiale«⁶. Også her er det træningspotentiale, og ikke rehabiliteringspotentiale, der tales om.

HELHED OG TVÆRFAGLIGHED

Når vi taler om rehabilitering, og ikke bare genoptræning, er det for at sætte fokus på det helhedsorienterede og tværfaglige perspektiv. I projektbeskrivelsen til ovennævnte tænketank betegnes det som et problem, at det danske social- og sundhedssystem er organiseret i enkeltdele, hvis fokus sjældent rækker videre end til egen sektor: Udviklingen af det sundhedsmæssige og sociale område foregår typisk inden for de enkelte fagområder, specialer mv, og denne optimering af enkeltdele medfører ofte underprioritering af helheden⁷. Risikoen for optimering i enkeltdele – og deraf følgende underprioritering af helheden – synes at være overhængende i en kommunal struktur, der bliver stadig mere fragmenteret, når de forskellige ydelser leveres af hver sin driftsenhed, privat eller offentligt. Det fragmenterede ydelseslandskab søges opvejet af en samlet visitation, men spørgsmålet om koordinering af indsatserne er uløst. Rehabiliteringstankgangen kan med sit helhedsorienterede og tværfaglige perspektiv udgøre et samlende begreb for de forskellige kommunale indsatser: Genoptræning, praktisk bistand i forhold til hverdagslivets aktiviteter (= hjemmehjælp), hjælpemidler, kørselsordninger, bolig, fysiske, sociale og kulturelle aktivitetstilbud. Et af de overordnede formål med Lov om



Social Service, som er den lov, der regulerer størstedelen af den kommunale indsats over for ældre, er, »at tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer«. Livskvalitet angives i loven som et overordnet mål med den sociale kommunale indsats, og som jeg tidligere skrev, er dette også et mål for rehabilitering. Rehabilitering som samlende begreb for den kommunale indsats kan derfor danne grundlag for en diskussion om værdigrundlaget for den samlede indsats, for eksempel diskussionen om, hvordan man egentlig skal forstå »livskvalitet« som mål. Denne diskussion er sværere at tage, når de forskellige indsatser optimeres i enkeltdele.

BEGRUNDELSER FOR REHABILITERING

Når velfærdsydelser fordeles, sker det med henvisning til borgernes behov. Behov er et kernebegreb i den danske velfærdsmodel. Iflg. filosofen Uffe Juul Jensen skelnes grundlæggende mellem subjektive ønsker og objektive behov, og mens subjektive ønsker generelt betragtes som en privatsag, er objektive behov en gyldig begrundelse for, hvorfor fx sundhedsprofessionelle skal handle⁸. Når den ydelse, der skal fordeles, er rehabilitering, synes det imidlertid klart, at fordelingen ikke alene kan begrundes ud fra borgerens objektive behov. Når målet for rehabilitering blandt andet er livskvalitet, selvstændighed og deltagelse, må man nødvendigvis tage udgangspunkt ikke bare i behov, der kan afdækkes objektivt, men i det enkelte menneskes subjektive ønsker, og i forestillingen om det gode liv. I den aktuelle måde at indrette velfærdssamfundet på lægges der nok mere vægt på subjektive ønsker end på fælles forestillinger om det gode liv. Det gode liv er noget, den enkelte selv definerer gennem sine valg, og samfundets opgave er at lægge ydelserne til rette, så der skabes mulighed for valg. De professionelle skal respektere borgernes valg og acceptere, at borgeren lever det liv, han har valgt at leve. Uden fælles forestillinger om det gode liv er det den enkelte borgers forestilling om, hvad det gode liv er for netop ham eller hende, som kan begrunde tildeling af de »livskvalitetsfremmende« ydelser, der knytter sig til rehabilitering, for eksempel mobilitetshjælpe midler: Om den enkelte har behov for at kunne komme omkring, må være noget han bedst selv ved. Hermed bliver brugerperspektiver en væsentlig begrundelse for tildeling af rehabilitering.

BRUGERPERSPEKTIVER IFØLGE FÆLLES SPROG II

Et aktuelt eksempel på ovenstående tendenser findes i Fælles Sprog II, som Kommu-

nernes Landsforening har offentliggjort i juli 2004⁹. Fælles Sprog II er en IT-baseret sproglig ramme for kommunikation om behov og indsatser. Redskabet skal kunne anvendes til at beskrive og afdække brugerens funktionsevne, behov og udviklingspotentialer i forhold til træning. Fælles Sprog II afspejler således behovet for i visitationssituationen at vurdere brugerens træningspotentialer, også selv om det er hjemmehjælp, der efterspørges. Fælles Sprog II skal kunne anvendes i en helhedsorienteret visitation, hvor der kan visiteres til forskellige ydelser, herunder træning og hjemmehjælp. Allerede i dag har 40 % af kommunerne integreret visitation af træning og hjemmehjælp, og 63 % forventer at have det om 1 – 2 år¹⁰.

Fælles Sprog II er blevet fremhævet for at lægge vægt på brugerens perspektiver. »Ved at lade borgeren sætte ord på sin tilstand, bliver der ikke nødvendigvis et problem ud af situationer, som fagfolk i dag vurderer som et problem«, som KL's Fælles Sprog konsulent udtrykker det¹¹. Der vil dog ikke være isoleret sammenhæng mellem brugerens vurdering og afgørelsen om bevilling. Brugerinddragelsen skal foregå ved at registrere brugerens vurdering af, hvordan han fungerer på en række områder, der angives som centrale i hverdagslivet. Inden for disse områder skal brugeren angive, dels hvordan han udfører aktiviteten, dels hvad det betyder for ham, at han udfører aktiviteten på denne måde, og endelig om han er motiveret for forandring. Desuden skal brugeren angive sine ønsker og prioriteter i visitationssamtalen. Det forventes, at man herved kan afdække, hvad der giver mening og er vigtigt for den enkelte borger, så man kan tilrettelægge hjælpen i relation til, hvilke aktiviteter der har betydning for den enkelte. Den individualistiske forståelse af det gode liv, som Juul Jensen omtaler, genfindes her: Det menes udelukkende at være brugeren selv, der i udgangspunktet kan afgøre, hvad der kunne være en hjælp, og hvad der giver livskvalitet.

BETYDNING PRODUCERES

Fælles Sprog II opererer ikke med begrebet rehabilitering. Men når indsatsen gøres målrettet og tilrettelægges i relation til, hvad brugeren i visitationssamtalen formulerer som betydningsfuldt, er spørgsmålet, om ikke visitation efter Fælles Sprog II automatisk vil føre til rehabilitering af dem, der har behov? Vil ikke netop en afdækning af, hvad der er betydningsfuldt, understøtte brugerens ønsker om forandring og respektere ønsker om tilbagetrækning?

Et par eksempler om mobilitetshjælpe midler kan belyse det vanskelige i at afdække begrebet »betydning«: I en kommune, hvor jeg har arbejdet, var der bevilget mange

trehjulede el-scootere til ældre med nedsat fysisk funktionsevne. Nye ansøgere refererede ofte til, at de havde set andre køre på el-scooter, og derigennem var kommet til at tænke på, at det måske også var en mulighed for dem. At de måske ikke behøvede at blive hjemme, men kunne genoptage et mere udadvendt liv, for eksempel begynde at handle igen, eller bare komme ud. Et andet eksempel er fra et plejecenter, hvor en gammel mand blev bevilget en elektrisk kørestol. Kort tid efter kom en ansøgning fra manden i naboeligheden. Han var, inspireret af sin nabos forøgede mobilitet, kommet i tanker om, at hvis han kunne blive bevilget en el-kørestol, kunne han selv besøge sin kone, der boede i nærheden af plejecentret.

Ovenstående eksempler viser tydeligt, hvordan betydning produceres hele tiden og ikke bare er en størrelse, der endegyldigt kan afdækkes i visitationssamtalen. Brugerens svar vil afhænge af, hvad han kender til, og hvordan han er i stand til at forestille sig sit liv anderledes. Den, der lever i et lokalsamfund, hvor der er ringe muligheder for at komme omkring, vil ikke i samme grad kunne forestille sig, at det kan være anderledes, og dermed vil hans vurdering afspejle de eksisterende forhold. Og den borger, der ikke er i stand til at forestille sig sit liv anderledes, vil være mindre tilbøjelig til at efterspørge forandring end ham, der har en god evne til at forestille sig, at livet kan være anderledes, end det er nu.

Den politiske filosof Nussbaum kan udbyde ovenstående: Hun beskriver, hvordan omgivelser og betingelser understøtter selve evnen til at gøre sig forestillinger om det gode liv. Ønsker og subjektive præferencer, som de formuleres i en enkeltstående situation (som fx i visitationssamtalen) er påvirkelige og orienterer sig mod det, man kender til, og dermed begrænser omgivelserne forestillingerne. Så hvis man tror på tilfredshed som et mål for livskvalitet, vil det som regel føre til resultater, der understøtter status quo og forhindrer radikale ændringer. Hun siger, at det at finde frem til, hvad et menneske virkelig behøver for at kunne realisere det gode liv, kræver tid og en deltagende dialog. En dialog hvor man anerkender, at omgivelserne »taler med« og præger den måde, hvorpå vi hver især forestiller os forandring. Og hun siger, at vi i et vist omfang er nødt til at operere med en fælles forestilling om det gode liv. Fx at det er bedre at kunne komme omkring end ikke at kunne det. Hvis vi ikke kan tale om centrale fælles goder, kan vi ikke sikre borgernes adgang til dem, og vi har ikke et grundlag for at underkaste umiddelbare subjektive præferencer et eftersyn. Hun insisterer på, at vi i mødet med den anden altid spørger os selv, hvad han aktuelt er i stand

til at forestille sig, at gøre og være, og i særdeleshed at ønske¹².

KONKLUSION

Det at afdække, om mennesker med nedsat funktionsevne har behov for rehabilitering, synes at være vanskeligt. Betydning og motivation, som de formuleres i visitationssamtalen, kan ikke udgøre en gyldig begrundelse for adgangen til rehabilitering; Når betydning og motivation produceres i praksis, og dermed også i rehabiliteringen, kan man have »behov« for rehabilitering, selv om man ikke er motiveret, og selv om ens liv mangler mening.

Betyder det så, at alle ældre med nedsat funktionsevne skal rehabiliteres? Det ville nok være for drastisk. For dermed risikerer rehabiliteringen selv at være med til at bekræfte, at det at blive gammel er noget, man skal forsvare sig mod. Men det forekommer mig, at rehabiliteringstankegangen med dens fokus på helhedstænkning, tværfagligt samarbejde og brugerens perspektiver, er et velegnet generelt princip for de kommunale indsatser på ældreområdet. Ikke kun for de privilegerede ældre, som kan efterspørge forandringer. Men også – og måske mest – for de ældre, som i mindre grad er i stand til at agere som forbrugere på den kommunale markedsplads. Det er dem, der har brug for, at de professionelle, der omgås dem i

det daglige, er lydhøre og opmærksomme på, hvordan brugerens perspektiver, for eksempel betydningen af at kunne komme omkring, formes i de handlesammenhænge, man deltager i. Brugerens behov er forankret i en lang række forhold, herunder karakteren af de tilgængelige sociale og sundhedsmæssige tilbud, de sociale og materielle rammer om hverdagslivet, generelle forestillinger om, hvad det er at være gammel i Danmark, og i selve evnen til at gøre sig forestillinger om det gode liv. ■

LITTERATUR

- 1 Fromholt, P. Senlivet og forestillingen om den gode alderdom. In A.L.Blaakilde & C.E.Swane (Red.) Aldring og ældrebilleder – mennesket i gerontologien. København, Munksgaard 1998.
- 2 Engberg, L., Søgaard, J. & Tang, K. Kortlægning af ressourceforbruget på kommunalt niveau til træning af ældre. DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2000.
- 3 Jensen, L. & Møller, K. Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. MarselisborgCentret og Rehabiliteringsforum Danmark, 2004.
- 4 Socialministeriet. Rundt om kommunernes træningsindsats Socialministeriet, 2003.
- 5 Socialministeriet. Vejledning om træning i amter og kommuner. Vejledning nr 9292 af 10/06/2004 Socialministeriet, 2004.
- 6 Kommunernes Landsforening. Genoptræning – et oplæg til inspiration og debat. Kommunernes Landsforening, notat november 2001.
- 7 Marselisborgcentret. Udvikling og afklaring af rehabiliteringsbegrebet i Danmark. <http://www.marselisborgcentret.dk/files/Projektbeskrivelse.pdf> 2003.
- 8 Juul Jensen, U. Sundhed og retfærdighed – har vi et værdigrundlag for prioritering i sundhedsvæsenet? In U.Juul Jensen, J.Qvesel & P.F.Andersen (Red.) Forskelle og forandring – bidrag til humanistisk sundhedsforskning. Philosophia, 1996:207-230.
- 9 Poulsen, M.V. Fælles sprog II. Dokumentation af afgørelser på det kommunale ældre- og handicapområde. Kommunernes Landsforening, 2004.
- 10 Kommunernes Landsforening og Ergoterapeutforeningen. Ny struktur, en chance for genoptræningen. <http://www.kl.dk/308727> 2004.
- 11 Løvgren, M. Fælles Sprog til træningen. Ergoterapeuten, 2002, 9:6 – 7.
- 12 Nussbaum, M.C. Aristotelian Social Democracy. In R.B.Douglas, G.M.Mara & H.S.Richardson. Liberalism and the good. New York and London, Routledge, 1990: 203 – 252.
- 13 Nussbaum, M.C. Human functioning and social justice. I: Political Theory, 1992, Vol 20 No 2: 202 – 246. Sage Publications, Inc.

