

Vi skal deltage for at trives

Hun gled på det glatte gulv

Karen var gledet på gulvet på den fiskefabrik ved Vestkysten, hvor hun havde arbejdet i mere end 26 år. Hun havde stået ved det summende samlebånd sommer og vinter, forår og efterår, og kun været syg en håndfuld gange. Men da hun gled i fiskeslimet på det glatte betongulv, gik det hårdt ud over knæet. Så hårdt, at hun ikke kunne stå op uden støtte, smerter og besvær.

Efter en kompliceret operation var Karen sygemeldt og igennem en længere genoptræning. På trods af de mange smerter og et opslidende forløb mistede hun ikke modet. Hun havde så meget, der gjorde hende livsstærk. Rækkehuset, veninderne og Blå Kors.

For Karen kunne godt ekspedere nogle timer om ugen i den lokale Blå Kors, hvis bare hun indimellem kunne tage sig et hvil på havestolen ved butikkens indgang. Ved at ekspedere i den lille butik med de gamle lamper, aflagte stel og brugte kjoler holdt hun fast i sine sociale relationer på trods af arbejdsskaden. I Blå Kors deltog hun nemlig i et af de mange, små, sociale fællesskaber, som Danmark er så rigt på. Hun blev ved med at tage aktivt del i samfundet, og det gav hende en oplevelse af meningsfuldhed og livskvalitet, selvom hun var sygemeldt.

For de fleste, der oplever deres funktionsevne svigte, er det afgørende at holde fast i de sociale relationer og fællesskabet – hvad enten det er på arbejdspladsen, i bridgeklubben, sangkoret eller genbrugsbutikken. En undersøgelse af livskvaliteten blandt mennesker med kroniske lidelser under den første coronanedlukning i 2020 viste, at der sker noget negativt med livskvaliteten og livslysten, når man udelukkes af fællesskabet¹.

Og er man der, hvor en kronisk lidelse eller ulykke betyder nedsat funktionsevne, har mange brug for en håndsrækning fra pårørende, venner, kolleger og ikke mindst fra de fagprofessionelle.

Men hvordan kan socialrådgivere, terapeuter og læger – ja, os alle sammen – forstå, hvor vigtig det *også* er for mennesker med nedsat funktionsevne at være en del af et fællesskab? Vi må starte med at spole tiden lidt tilbage. 2.400 år for at være mere præcis.

Intet menneske er en sygdom

Hippokrates var en græsk læge, der blev født på ferieøen Kos nogle århundreder før vor tidsregning. Han er siden blevet kendt som lægekunstens fader, og en af hans mest berømte udtalelser var, at der ikke findes sygdom, kun syge mennesker.

Sagt på nutidsdansk mente Hippokrates sandsynligvis, at intet menneske *er* en diagnose. Intet menneske er eksempelvis skizofren, men det menneske

kan have nogle symptomer, som læger er blevet enige om at samle under betegnelsen skizofreni. På samme måde er ingen kroniker, selvom den enkelte kan have en kronisk sygdom såsom diabetes eller KOL, som kan påvirke ens funktionsevne på forskellig vis.

Hippokrates tilføjede nøgternt, at ”Lægen skal se ud over landskabet og ind i husene og forstå, at det er de sumpede egne, den dårlige kloakering samt de vanskelige familieforhold, der gør mennesker syge”². Det er ikke længere de sumpede egne og den dårlige kloakering, som spiller en rolle for sundheden på vores breddegrader, men der er stadig forskel på de miljøer, vi bor og færdes i.

I dag ved vi, at levealderen for mennesker i svært belastede boligområder er markant kortere end for mennesker fra bedre stillede boligområder. Sundhedsstyrelsens rapport om social ulighed fra 2020 viser for eksempel, at de, som bor i en af de pænere forstæder til Aalborg, gennemsnitligt lever 13 år længere end beboerne i et belastet boligkvarter i den anden ende af byen³. Vi ved også fra samme forskning, at både arv og miljø påvirker, hvilke sygdomme vi mennesker får, hvor syge vi bliver af dem, og hvordan vi håndterer dem. Især det sidste er afgørende, når vi taler om rehabilitering.

For Hippokrates var der altså en tæt sammenhæng mellem menneskers sygdomme og deres omgivelser. Derfor er det også vigtigt, at det rehabiliteringsforløb, som igangsættes, rummer andet end

sygdom og diagnose. Der skal tages *højde* for menneskets samlede ressourcer og muligheder i deres respektive omgivelser.

Historien om Karen, der fik nedsat sin funktions- evne efter en arbejdsulykke, er et godt eksempel på Hippokrates' pointe. Hvis Karen skal trives og have det godt, er det ikke nok at fokusere på hendes dårlige knæ. Det er også vigtigt at se på, hvad hun kan og ikke kan i sit hverdagsliv og i de fællesskaber, hun indgår i.

Svært at knappe bukserne

Blandt fagprofessionelle er det almen viden, at mennesker med nedsat funktionsevne ofte har en række daglige udfordringer med at få hverdagslivet til at fungere. Nogle har problemer med den personlige hygiejne såsom at gå på toilettet, vaske sig eller knappe bukserne, mens andre har svært ved at holde fast i deres relationer.

Et større registerstudie i 2019 viste, at så mange som to ud af tre danskere over 16 år har én eller flere kroniske sygdomme⁴, og vi ved fra internationale studier, at mellem en fjerdedel og en tredjedel af verdens befolkning har en kronisk sygdom og et samtidigt rehabiliteringsbehov⁵. De hyppigste er kroniske sygdomme i muskler og led, diabetes, angst eller depression.

I Danmark er op mod en femtedel af de mennesker, der har kroniske sygdomme, så hæmmede af

deres sygdom, at det udfordrer deres funktionsevne og dermed deres hverdag i større eller mindre grad⁶. Forskere har eksempelvis fundet, at 17 procent af den danske befolkning mellem 16 og 64 år, som har en kronisk sygdom, også har nedsat arbejdsevne, og at hele 14 procent af befolkningen på 25 år og derover har brug for hjælp til at klare de daglige gøremål⁷.

Mange mennesker oplever altså et behov for rehabilitering på et tidspunkt i deres liv. I helt grove træk kan disse inddeles i to grupper – dem med behov for kortvarig og dem med behov for langvarig hjælp. Et kortvarigt behov kan eksempelvis være at træne op efter en skade med knæ, skulder eller ryg. De vil primært være tilknyttet et kommunalt genoptræningscenter, hvor fysioterapeuter og ergoterapeuter hjælper.

Det kan dog også være et menneske med diabetes, som får hjælp til at komme i gang med motion, eller et menneske, som skal tilrettelægge sin kost anderledes, så det forhøjede blodtryk daler. Her er det ernæringsterapeuten, den praktiserende læge eller måske en sygeplejerske i diabetescentret eller på hospitalsafdelingen, som hjælper på vej. Der er tale om en gruppe, som relativt hurtigt, enten ved egen drift eller blot med lidt hjælp og et skub fra fagfolk, er i stand til at tilrette de nye krav, som den ændrede kropsfunktion kræver, til egne ressourcer.

Det er også den gruppe af mennesker med rehabiliteringsbehov, som, hvis behovet er der, ofte er gode til at lave aftaler med venner, familie eller arbejdsgiver

om mindre krævende opgaver eller færre krav, som er forenelige med den ændrede funktionsevne.

Vi ved ikke, præcis hvor mange mennesker gruppen med kortvarige behov for rehabilitering består af. Men en undersøgelse fra 2017 viste, at ud af 2.292 repræsentativt udvalgte danskere trives de 78 procent med deres tilværelse og har relativt få helbreds- og sociale problemer⁸.

Den samme undersøgelse finder, at 22 procent af den voksne danske befolkning er i risiko for at blive socialt udsatte. Socialt udsatte er mennesker, som oplever vanskelige livsvilkår på en lang række indikatorer kendetegnet ved et komplekst samspil mellem sociale og helbreds- og sociale problemer. De har en lav livstilfredshed, en oplevelse af at blive holdt uden for samfundet, en høj forekomst af psykisk sygdom og depressive symptomer, eksklusion fra arbejdsmarkedet samt alvorlige økonomiske afsavn. De mennesker, som udgør den gruppe, har brug for massiv og længerevarende hjælp, og det er her, fagprofessionelle skal være i stand til at yde noget særligt.

Et eksempel kan være en ung kvinde, der bor alene og mangler et netværk. Hun har symptomer på skizofreni og har svært ved at gennemføre en uddannelse. Hun har to væsentlige samtidige behov. Behov for psykiatrisk behandling og behov for en social, uddannelses- eller beskæftigelsesmæssig indsats.

Det kan også være en midaldrende mand, der har været ude for en arbejdsulykke og delvist mistet