



V/ Anette Jackson

VEJLEDER I ARBEJDE OG LIV

Aut. Ergoterapeut, Master i Rehabilitering

Essay 13. maj 2020 af Anette Jackson

FRA OFFER TIL AKTØR

- skab bevægelse i rehabiliteringsprocessen

En kvinde i Østjylland får efter en svær depression tilkendt fleksjob. Hun går selv i gang med at søge job. Citat: "Og jeg får et ja fra en arbejdsplads. Jeg ringer til sagsbehandleren, der siger, at det kan du da ikke. Vi skal ikke risikere, at du bliver sygemeldt igen. Der er jo ikke dokumentation for, at du kan klare det". Kontaktperson fra psykiatrien og Jobcentret frygter tilbagefald. Citat: "Jeg svarer, jeg er lige trådt ind i den her elevator som kan føre mig op. Nu skal du ikke kappe snoren". Kvinden bliver fyldt af tvivl, men har i samspil med mig erfaret, at hun selv er aktør. Hun har undersøgt, at jobbet er meningsfyldt og at de arbejdsmæssige omgivelser vil støtte hende. Hun vælger at slutte forbindelsen til dem, der begrænser hende. Hun får fleksjobbet, hvor hun skal øge omsætningen så meget, at hun finansierer sin egen løn. Og hun bevæger sig videre i livet – et skridt ad gangen.

Eksemplet er et blandt mange på hvilket potentiale, der går tabt under den såkaldte rehabilitering af mennesker med symptomer, der bliver diagnosticeret som værende, f.eks. whiplashlæsion, fibromyalgi, post traumatisk stress (PTSD) eller andre stress-, angst- og depressionstilstande.

Det er ikke kun borgerens egne begrænsninger, som påvirker rehabiliteringen. Nej, det er i høj grad omgivelsernes begrænsninger. Herunder de social- og sundhedsprofessionelles tilgang i mødet med den sygemeldte borger. Med dette essay ønsker jeg at give en indsigt som skaber aktører i stedet for ofre.

Den holdning, vi møder det enkelte menneske med, har betydning for vedkommendes udvikling¹. Det har jeg også erfaret. Når et menneske er skadet, har den holdning du som social- og sundhedsprofessionel møder den sygemeldte med betydning for hans/hendes rehabilitering. Hvis du ser ham/hende som **syg** grundet belastninger af fysisk og mental karakter, som skrøbelig og stagneret, så bliver han/hun offer både ift. sig selv og omgivelserne. Hvis du ser ham/hende som **skadet**, med sunde reaktioner som er i konstant bevægelse selv om de er voldsomme, så bliver han/hun aktør.

Er du bevidst om, at du som professionel misser mulighederne for en borgers rehabilitering, hvis du gribes af frygt for forværring, irritation over den sygemeldtes adfærd eller når du fokuserer på lovgivningens begrænsninger? Jeg har i min praksis erfaret, at når smerten udtrykkes allerkraftigst og måske virker skæmmende eller overvældende, er der grobund for vækst. Det kræver dog, at den sygemeldte er i stand til at være i det, at stoppe op og se en sammenhæng, selv om han/hun har mest lyst til at kæmpe eller flygte. Det er her, det har stor betydning, at du som professionel er i stand til at *bevidne* uden at *behandle*. Du behøver ikke *gøre* så meget, råd er ikke væsentlige, men det er samspillet. Det er betydningsfuldt, at du bevarer medmenneskeligheden, den respektfulde nysgerrighed, opmærksomhed på at det er en andens liv (dermed den andens unikke udgangspunkt), og at du åbner op for mulighederne, så vedkommende gradvist finder sin egen vej². Et skridt ad gangen, hvor "langsomt er hurtigt" – og "meget langsomt kan være meget hurtigt".

©Anette Jackson 2020

+45 20 46 22 77 | anette@jact.dk | www.jact.dk



V/ Anette Jackson

VEJLEDER I ARBEJDE OG LIV

Aut. Ergoterapeut, Master i Rehabilitering

FRAGMENTERET "REHABILITERING"

Jeg tilbyder som privatpraktiserende ergoterapeut individuelle forløb til mennesker, som i mere eller mindre grad er påvirket af reaktioner på belastninger af fysisk og mental karakter. Jeg kalder målgruppen mennesker med belastningsreaktioner - i dette essay også sygemeldte. Træningsforløbene tager udgangspunkt i livet, hvor det leves; I eget hjem og i dagligdagens aktiviteter, det kan også være på arbejdspladsen. Min intention er at skærpe borgerens evne til at udvikle grundlaget for et aktivt, meningsfuldt hverdagsliv med bevidsthed om omgivelsernes betydning.

Jeg møder mine klienter bl.a. i ressourceforløb. Jeg har oplevet en tendens til en fragmenteret "rehabilitering". Den er *ikke en nuanceret, sammenhængende og målrettet tværfaglig indsats som baserer sig på borgerens hele livssituation*³. Jævnligt er jeg den eneste, der kalder mit tilbud en del af en rehabilitering. Det "tværfaglige" tilbud består af diverse aktører, som fokuserer på arbejdsevne, på dokumentationer af skaden eller på behandling af symptomer uden videre opmærksomhed på sammenhæng, helhed og (udvikling af) borgerens langsigtede mål. Læs Hvidbogens definition af rehabilitering i Danmark⁴ eller WHO's definition⁵. Det, der foregår, er *ikke* rehabilitering. Det er da for ærgerligt!

Betydningen af sammenhæng underbygges af Aroon Antonovskys forskning. Han nuancerede forståelsen af hvordan sundhed kan opbygges og genoprettes, men det kræver en form for modstandskraft, som bl.a. bygger på følelsen af sammenhæng i sit liv⁶. Her ser jeg, at sygemeldte udfordres massivt. De har mistet følelsen af sammenhæng i deres indre virkelighed – den menneskelige organisme. I deres ydre virkelighed - "rehabiliteringsforløbet" - er der heller ikke følelse af sammenhæng.

Jeg forstår godt, den sygemeldte har svært ved at bevare fornemmelsen af at være aktør, når jeg gang på gang oplever eksempler som følgende: En kvinde diagnosticeret med PTSD. Hun beder sagsbehandleren i Jobcentret om at komme til en ny *praktik*, som er meningsfuld for hende og realistisk i forhold til en fortsat udvikling af hendes funktionsevne. Lægekonsulenten tilknyttet Jobcentret vurderer *ud fra sagsakter*, at hun ikke bør flytte *praktikplads*, fordi man *frygter tilbagefald* lige før sygemeldingsperioden stopper. Borgeren oplever, at de bremser hendes forsøg på at ruste sig til et aktivt selvstændigt liv. Hun har selv sammensat sit behandlingsforløb, fordi der i det offentlige tilbud kun var fokus på arbejdsevneafklaring. Da hun får afslaget, oplever hun sig igen som et offer. Hendes *funktionsevnenedsættelse øges* mærkbart. Men hun VIL være aktør. Efter hørings svar og møde bliver hendes ønske godkendt. Det er de professionelle egen frygt ift. borgerens diagnose og fokus på de lovgivningsmæssige rammer, der tager styringen og dermed er ved at skabe et offer.

Hvis du har lave forventninger til den sygemeldtes fremtid, påvirker det resultatet. Den enkelte borger har behov for at opnå indsigt og rum til at erkende *eget* funktionsniveau – ikke eksperter vurderinger og "domme" i forhold til sine egne evner⁷. Mennesker med belastningsreaktioner er sårbare og ikke altid bevidste om skadens omfang. Virkeligheden er at man som svært traumatiseret skal være rustet til et langt liv med såkaldte tilbagefald. Der er behov for en *reel rehabilitering*⁸.

©Anette Jackson 2020

+45 20 46 22 77 | anette@jact.dk | www.jact.dk



V/ Anette Jackson

VEJLEDER I ARBEJDE OG LIV

Aut. Ergoterapeut, Master i Rehabilitering

ALMEN-MENNESKELIGE REAKTIONER

Som jeg ser det, har mennesker med belastnings-reaktioner været udsat for en massiv psykisk/fysisk belastning eller gentagende mindre, der påvirker hele den menneskelige organisme: kognitivt, fysisk, perceptuelt, emotionelt og socialt. Deres nervesystem er i ubalance. De oplever sig fanget eller fastlåst, hvilket kan medføre en adfærd, der har tendens til at være passiv (handlingslammet) eller fyldt med modstand eller undvigelse (kamp/flugtberedskab). De overvældes af reaktionerne i organismen eller af input fra omverden og de har en handleadfærd der mere eller mindre bevidst beskytter organismen.

Alt dette påvirker deres aktivitetsudførelse og evnen til deltagelse, som en borger med whiplashlæsion, der har kompenseret for smerter/frygt for smerter. Det har påvirket bevægemønstret i hele kroppen og dermed aktivitetsudførelsen. Hun har haft tendens til at re-agere og presse sig selv. Herunder reageret på massive impulser (smerter, kvalme, svimmelhed) fra kroppen ved at begrænse sig og øge behandling, samt haft en tendens til at lade sig styre af omgivelsernes krav. Fuldt forståeligt, men så er det ekstra ærgerligt at fokus i sagsakter og tiltag har været på begrænsninger i forhold til diagnose, kroppens funktioner eller på kontekstuelle faktorer som f.eks. personlighed og lovgivningsmæssig rammesætning. Konsekvensen af ovenstående tilgang betød at borgerens mål blev at bevise, at hun ikke var i stand til at arbejde. Det har ændret sig i dag, fordi hun har erfaret betydningen af en reel rehabilitering, hvor funktionsevne ikke sidestilles med arbejdssevne, og hvor hun er aktøren.

Giv plads til helikopterperspektivet og et bio-psyko-socialt aspekt⁹ (se bilag 1). Ellers mister både borgeren og du som professionel muligheden for et mere frugtbart mål. Hvis jeg benytter ICF som referenceramme støtter jeg både klient, pårørende og andre professionelle i at skabe en sammenhæng. Det kræver, at jeg - bevidst om egne kompetencer og teoretiske baggrund - benytter *ICF's Interaktionsmodel* med opmærksomhed på delelementer som *aktivitet*, *evne til deltagelse* og de *kontekstuelle faktorer*¹⁰. Jeg mener, at diagnosen og symptomerne bør ses som en *lille* del af en helhed for denne målgruppe. Fokus på diagnose/symptomer kan fastholde reaktioner og sygeliggøre/ pacificere et menneske, hvis nervesystem i forvejen er i kamp/flugtberedskab.

Det er vigtigt at forstå det almen-menneskelige perspektiv. Som mennesker har vi vores unikke udgangspunkt og unikke funktionsevnenedsættelser¹¹. Bjerget og stenen i Sisyfosmyten kan ses som et billede på ens funktionsevnenedsættelse¹². Vi har alle en stor eller lille sten at skubbe op ad et mere eller mindre stejlt bjerg. Derfor er funktionsevnenedsættelse et menneskeligt vilkår. Mødet med massive udfordringer giver mulighed for, at vi mærker en ny form for mening. Vi finder fornyet drivkraft og opnår en styrke til fortsat bestigning. Den kraft skaber du ikke rum til, hvis du i mødet med den sygemeldte fokuserer på sygdom (disease) istedet for besvær (dis-ease)¹³.

ET HELT LIV KAN VÆRE EN BEHANDLING I SIG SELV

Mennesker kan forbedre sit helbred indenfor mulighedernes altid ukendte grænser. Det er især vigtigt, når det drejer sig om lidelser, der ikke umiddelbart kan kureres men hvor ens egen og omverdenens indstilling

©Anette Jackson 2020

+45 20 46 22 77 | anette@jact.dk | www.jact.dk



V/ Anette Jackson

VEJLEDER I ARBEJDE OG LIV

Aut. Ergoterapeut, Master i Rehabilitering

har en betydning¹⁴. For kvinden med whiplashlæsionen, drejede det sig om at erfare nye detaljer i sammenhængen imellem krop, hjerne, bevidsthed, handleadfærd og egne omgivelser. Hun havde oplevet sin krop som så begrænsende for sin handleevne. Det var nødvendigt at bevæge sig langsomt, så hun kunne være på forkant med reaktioner som overvældede, blive opmærksom på roller/rutiner og på sigt blive rustet til at bryde uhensigtsmæssige bevægemønstre. Hele kroppen var i alarmberedskab og hun havde gavn af at opnå en ny form for tillid til sin krops signaler. Hun fik plads til at favne reaktionerne i stedet for at bagatellisere eller bekæmpe dem. Det krævede, at jeg vidste, at det hun mærkede var ok. Det var hendes fornemmelser, ikke mine, og ikke noget hun behøvede at frygte. De var hele tiden *i bevægelse*, selv om det umiddelbart kunne være svært at mærke.

Jeg har erfaret gevinsten i, som professionel, at støtte op om *bevægelsen*. Reaktionerne er en nødvendig ventil, der er blevet aktiveret. "Sunde" reaktioner på noget der har været "sygt". Det bør favnes, ikke fjernes¹⁵. Uhensigtsmæssige handlemønstre kan brydes ved særlig opmærksomhed på, hvordan det enkelte menneske kan opnå kontrol over eget liv og gradvist slippe behovet for kontrol/styring af omgivelserne og egen adfærd.

Det har store konsekvenser, når professionelle betragter sygemeldte som *afvigende*, hvis de ikke erkender de har et individuelt psyko-socialt problem¹⁶. Her mindes jeg en mand, flygtet fra et borgerkrigsramt land 5 år tidligere. Han var sygemeldt pga. en rygskaade efter en ulykke på arbejdspladsen. Han var i forvejen diagnosticeret med PTSD, men havde afvist yderligere psykologbehandling. Læge, socialrådgiver, psykolog, fysioterapeut i teamet vurderede ham som usamarbejdsvillig og farlig *udfra sagsakterne* – ikke ud fra mødet med ham. De havde fokus på hans PTSD og på et psykologisk problem, hvor han så sin sygdom som et fysisk. De skabte en forudfattet holdning som mindskede mulighederne for at han blev aktør. I forbindelse med den ergoterapeutiske funktionsevnevurdering erfarede han, hvordan hans aktivitetsadfærd blev påvirket af hans neurofysiologiske og neuropsykologiske skader. Samt hvilke konsekvenser det havde for ham som menneske. Ved de første møder var han aggressiv, på vagt og tydeligt smerteplaget. Det ændrede sig undervejs. Som han sagde ved afslutningen af forløbet, var det første gang i Danmark, at han oplevede at blive mødt som et menneske og ikke som psykisk syg. Det er som professionel nødvendigt at slippe noget af behovet for at vurdere/dømme, men i stedet blot registrere, så mennesker som manden med rygskaaden får et spejl op foran sig. Det gav ham motivationen til at tage ansvar og vælge en ny vej¹⁷.

Håb og tillid giver grobund for rehabilitering, men det kan ikke fremtvinges¹⁸. Det kræver at du reelt set kan opleve den sygemeldte som troværdig, og han oplever dig som troværdig. Hvis ikke du kan, så vær bevidst om konsekvenserne.

Kvinden med PTSD oplevede ikke, at Jobcentret støttede op om håbet og havde tillid til hendes egen vurderingsevne. Hun oplevede at miste kontrol over væsentlige dele af sit liv, "de bestemte", hvornår hun skulle skifte praktik-plads og til hvilken type, nemlig ud i primærsektoren, hvilket ikke var kvindens drøm. Jeg vil pointere den sygemeldte var *ikke i praktik*. Hun var *i genoptræning*. *Det var en del af et rehabiliteringsforløb, men det blev ikke praktiseret!* De burde have haft opmærksomhed på borgerens



V/ Anette Jackson

VEJLEDER I ARBEJDE OG LIV

Aut. Ergoterapeut, Master i Rehabilitering

langsigtede mål baseret på hele borgerens livssituation og en genoptræning til arbejdsmarkedet som en del af en rehabilitering¹⁹.

Det drejer sig om støt og roligt at udvide erfaringsgrundlaget for den sygemeldte. Ikke på hvorvidt der er risiko for forlængelse af helingsprocessen. Intet trin er et fejltrin. Den enkelte får indsigt i (*hvordan* han/hun kan tackle) de kropslige, emotionelle, perceptuelle, kognitive og sociale konsekvenser af den skade, vedkommende har oplevet. Giv plads til at handle aktivt og til at stoppe op, *at lytte og erfare*. Det kræver, at du som professionel er bevidst om, hvornår din egen frygt eller fokus på rammer tager styringen.

GRÆSSET ER GRØNNEST DER, HVOR DU VANDER DET

Den sygemeldte har unik viden og er (potentiel) aktør. For at det kommer til udtryk, kræver det, at du som professionel stopper op og ser på din egen handleadfærd og din evne til samspil. Du behøves ikke at være medskaber af "varige" skader og begrænsninger.

Vær nysgerrig og medmenneskelig – også mod dig selv. Tænk langsigtet og i nye muligheder, der bevæger sig ud over en rammesætning og hvor du målrettet arbejder sammen på tværs af fag og grupper. Giv plads til reel rehabilitering.

©Anette Jackson 2020

+45 20 46 22 77 | anette@jact.dk | www.jact.dk



V/ Anette Jackson

VEJLEDER I ARBEJDE OG LIV

Aut. Ergoterapeut, Master i Rehabilitering

LITTERATURLISTE

- ¹ Hart, Susan. HJERNE, SAMHØRIGHED, PERSONLIGHED. Introduktion til neuroaffektiv udvikling. Kbh: Hans Reitzels forlag; 2006.
- ² Brown, Brené. GLEM HVAD ANDRE TÆNKER. Mod til at være sårbar. Oversat fra "Daring greatly", USA: Borgens Forlag; 2013: Her henvises til Kap. 5, "Pas på mellemrummet. At befordre forandring og lukke hullet efter manglende engagement"
- ³ Marselisborgcentret et al: Hjortbak BR, Bangshaab J, Johansen JS, Lund H. Udfordringer til rehabilitering i Danmark. Århus: Rehabiliteringsforum Danmark; 2011
- ⁴ MarselisborgCentret et al: Rehabilitering i Danmark, Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. St ed. Århus: Rehabiliteringsforum Danmark, Marselisborgcentret; 2004
- ⁵ WHO World Report on Disability, Geneva 2011, Chapters 1,2,4, Download chapters from http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/
- ⁶ Thybo: Sygdom er hvordan man har det – Sundhed er hvordan man ta'r det – om Antonovskys salutogenetiske idé. *Kognition og Pædagogik*, nr. 49; 2003.
- ⁷ Normann, Sandvin, Thommesen. OM REHABILITERING, helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset. Trine Normann, Johans Tveit Sandvin, Hanne Thommesen, Oslo: Kommuneforlaget; 2013: Kap. 8, "Brukerens perspektiv og brukerrollen"
- ⁸ DT Wade. Rehabilitation is a way of thinking not doing. *Journal of Clinical Rehabilitation* 2002: 16:579-581.
- ⁹ WHO (2001). ICF: The international Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva. (Sundhedstyrelsens oversættelse, maj 2010)
- ¹⁰ Solvang, Sletterbø. REHABILITERING. Individuelle processer, fagutvikling og samordning af tjenester, Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013: Kap. 18, "ICF som begrepsapparat og klassifikasjonssystem"
- ¹¹ Inge Schrøder, Kirsten Schultz Petersen. Sociologi og Rehabilitering, Kbh: Munksgaard; 2012, kap. 1

©Anette Jackson 2020

+45 20 46 22 77 | anette@jact.dk | www.jact.dk

- ¹² Undervisning på MR 13 d. 25. Oktober 2013. v/Centerleder for Handicap og Bevægelsesfremme Studielektor Ejgil Aggerholm, Jespersen: Abstract til artikel. Life on Mount Obstacle: Dis-ease as condition and possibility udleveret ifm præsentation af projektet: "Life on Mount Obstacle". Heri referes til Camus udlægning af Sisyfosmyten, hvor Sisyfos er en "absurd helt"; citat: "Han er som en blind, som ønsker at blive seende, og som ved, at natten aldrig får ende. Han er altid på vej. Stenene bliver ved med at rulle(...) kampen for at nå op til tinderne er nok til at fylde et menneskehjerte. Man må tænke sig Sisyfos som en lykkelig mand" (Camus, A. (1967). *Sisyfos myten* ['The Myth of Sisyphus'] København: Gyldendal, s. 117).
- ¹³ Aggerholm, Jespersen: Abstract til artikel. Life on Mount Obstacle: Dis-ease as condition and possibility. udleveret ifm præsentation af projektet: "Life on Mount Obstacle". Undervisning på MR 13 d. 25. Oktober 2013. v/Centerleder for Handicap og Bevægelsesfremme Studielektor Ejgil Jespersen.
- ¹⁴ Kabatt-Zinn, Jon. LEV MED LIVETS KATASTROFER. Sådan bruger du din krops og dit sinds visdom til at håndtere stress, smerte og sygdom. Kbh: Dansk Psykologisk forlag; 2013: s. 61-63 "Du har kun øjeblikke at leve i".
- ¹⁵ Kabatt-Zinn, Jon. COMING TO OUR SENSES. New York: Hyperion; 2005: Part 2 s. 118-126 "The Power of Attention and the dis-ease of the world"
- ¹⁶ Mik-Meyer: Personlig udvikling, – en frigørende proces eller social kontrol i danske revalideringscentre? Nanna Mik-Meyer. 25. Kbh: Psyke & Logos, 2004: 598-612 .
- ¹⁷ Gitte Stokholm, Jensen: Rehabilitering – teori og praksis. LiseLotte Jensen, Lotte Petersen, Gitte Stokholm. Kbh: Munksgaard; 2013: Kap. 4, "Funktionshæmning i et samfundsmæssigt perspektiv", herunder s. 102- 106"Stigmatisering og Kategorisering"
- ¹⁸ Normann, Sandvin, Thommesen. OM REHABILITERING, helthetlig, koordinert og individuelt tilpasset. Trine Normann, Johans Tveit Sandvin, Hanne Thommesen, Oslo: Kommuneforlaget; 2013: kap. 5 "Motivasjon".
- ¹⁹ Inge Schrøder, Kirsten Schultz Petersen. Sociologi og Rehabilitering. Kbh: Munksgaard; 2012: Kap. 15 "Aktører i Rehabiliteringsprocessen"

Bilag 1

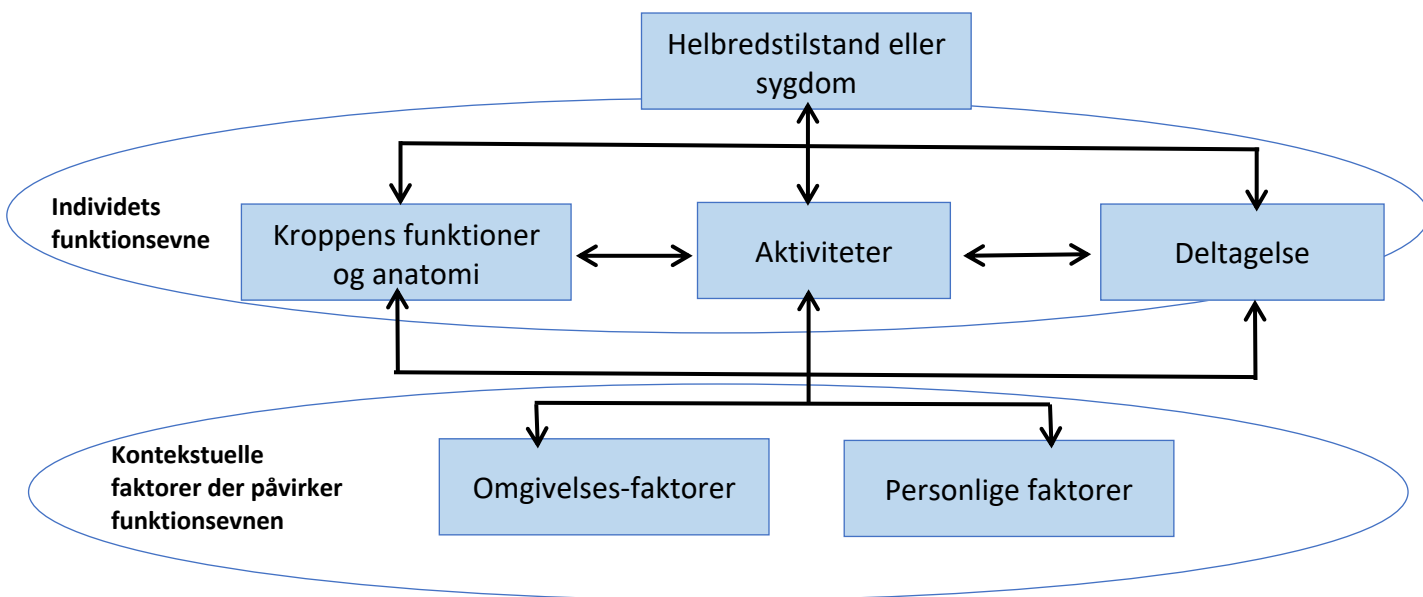
ICF

International klassifikation for funktionsevne

ICF er WHO's klassifikation for funktionsevne og består af en klassifikation og en interaktionsmodel. Sidstnævnte kan benyttes som referenceramme. Den giver overblik over hvilke komponenter der påvirker funktionsevnen, og den illustrerer det dynamiske samspil.

Kroppens funktioner og anatomi giver sammen med vores evne til aktivitet og deltagelse et billede af vores funktionsevne. Vores funktionsevne påvirkes af vores helbredstilstand, af omgivelserne og af personlige faktorer.

ICF som interaktionsmodel:



Aktivitet:

Udførelse af en opgave eller handling. Repræsenterer funktionsevne på individniveau.

Deltagelse:

Involvering i dagliglivet. Repræsenterer funktionsevne på samfundsniveau.

Kilde:
Sundhedsstyrelsen
ICF - International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand
København: Munksgaard; 2003