

# Kan teori om hverdagsliv udfordre ergoterapeuter?

**«Hverdagslivets aktivitet og deltagelse» har været ergoterapiens kerne siden 1970'erne. Hverdagsmestring (som I kalder det i Norge) og hverdagstræning (som det ofte kaldes i Danmark) er et nyt initiativ indenfor sundhedsvæsenet og på det sociale område. Det er ikke ergoterapeuter, der alene varetager disse tilbud, men ergoterapeuter spiller en rolle for deres etablering og gennemførelse. Initiativer af denne type skærper - endnu engang - nødvendigheden af, at vi ergoterapeuter er præcise om de indsatser, vi stiller til rådighed for borgerne og samfundet og de grundsyn vi sætter bag.**

Av Tove Borg



*Tove Borg er ergoterapeut, ph.d. og seniorforsker. Hun er tilknyttet forskningscentret Sundhed, Menneske og Kultur ved Århus Universitet og har i 10 år været forsker på Hammel Neurocenter. Hun har arbejdet med ergoterapeuters uddannelse på alle niveauer og har herudover en stor skriftlig produktion. E-post: tove.borg@mail.tele.dk*

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.*

Denne artikel har ikke direkte det formål at argumentere for «hverdagsmestring» til brug for diverse forhandlinger eller at give kritik af de oplæg, der aktuelt formuleres hertil. Hensigten er at bidrage til ergoterapeuters professionsudvikling ved at udfolde en forståelse af borgeres og ergoterapibrugeres hverdagsliv undervejs i rehabilitering baseret på teori om sådanne hverdagsliv. Ergoterapeuters professionsparadigme er blandt andet et svar på, hvordan vi varetager vores engagement og forpligtelse i forhold til de borgere, vi kommer i kontakt med. Måske kan sådanne teoretiske forståelser udfordre vores måde at varetage dette ansvar på i udviklingen af vores professionsparadigme.

## **ERGOTERAPIPROFESSIONENS DOBBELTE ANSVAR**

Som professionelle sundhedsarbejdere har vi ergoterapeuter et dobbelt ansvar. Når vi udvikler vores professionelle paradigme, vores teorier, metoder og redskaber, påtager vi os på en gang et

samfundsmæssigt ansvar og et ansvar i forhold til borgerne. Med det samfundsmæssige ansvar skal vi tjene samfundets interesser og gøre vores professionelle bidrag gældende i et samfundsmæssigt perspektiv. Gennem vores engagement og forpligtelse overfor borgerne skal vi tjene borgernes interesser og forstå vores indsatser i borgernes perspektiv.

Der finder store forandringer sted i verden, borgernes livsvilkår ændres, prioriteringer og magtforhold i staternes sundhedstjenester ændres. Derfor bliver vores professionelle paradigmeudvikling også stadig udfordret og vi må til enhver tid reflektere og efterprøve, om vi er på rette vej.

Den sundhedspolitiske udvikling har ifølge den amerikanske professionssociolog Eliot Freidson to tydelige udviklingsretninger. På den ene side har managementstrategier stor indflydelse på udviklingen i samspil med den biomedicinske forsknings evidensforståelse. På den anden side spiller en professionsforståelse en vigtig rolle (1). Tabell 1 opregner

de kendetegn som de to retninger fremviser i praksis.

Nogle forandringer sker direkte på foranledning af ministerielle direktiver, fx er der i Danmark på Sundhedsministeriets påbud indført «frit sygehusvalg» og «behandlingsgaranti». Men udviklingen af sundhedssektorens strategier og praksis sker typisk i *spændingsfeltet* mellem de to nævnte udviklingsretninger.

Udviklingen af det ergoterapeutiske paradigme bliver til i det samfundsmæssige handlerum, som vores faggruppe kan skabe mellem disse kræfter. Kampen for det finder sted i organisatoriske sammenhænge, men bestemt også i ergoterapeuters daglige praksis. Vi er optagede af hvilke ergoterapeutiske muligheder og indsatser vi kan skabe plads til og forfølge i den aktuelle samfunds- og sundhedspolitiske situation. Handlerummet skabes i konflikt mellem de dominerende kræfter, i dilemmaer undervejs og under pres. Udviklingen af den faglige interesse skal formuleres klart og må her stå sin prøve.

Den udviklingsretning som New Public Management repræsenterer er - allieret med den biomedicinske evidens-tænkning - blevet stadig mere dominerende. Professionernes kamp for en selvstændig stillingtagen til borgerne behov og til indsatsers art og varighed, til værdier og videnskablighed bliver stadig vanskeligere, den professionelle dømmekraft har svære vilkår - det gælder ikke alene for ergoterapeuter. Vi ser, at en «top down»-styring med standardisering og dertil knyttet specialisering får stadig mere vind i sejlene, ligesom indsatser, der kan dokumenteres øverst på den biomedicinske evidens' rangliste, har de bedste muligheder for at

New Public Management Kendetegn	Professionsforståelse Kendetegn
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Central styring (top down)</li> <li>• Standardisering</li> <li>• Opdeling i kontrollerbare mindre indsatser</li> <li>• Indsatser der kan bestilles, udføres og prissættes</li> </ul> <p>Sameksisterer godt med: <b>Biomedicinsk evidens</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indsatser der hviler på 'teknisk rationalitet'</li> <li>• Instrumentel tænkning og handling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decentral styring (bottom up)</li> <li>• Borgerorientering</li> <li>• Tilpasning af indsatser til den enkelte</li> <li>• Professionelle skøn</li> <li>• «Best practice»</li> </ul> <p>Mere end en instrumentel indsats En indsats der hviler på professionel dømmekraft</p>

Tabell 1 viser de kendetegn som New Public Management og Professionsforståelse fremviser i praksis.

vinde indpas. Det er krav, som ergoterapeuter ikke blot kan føle sig pressede af, men også er lydhøre overfor. Vi ser blandt andet hvordan mange unge forskere meget forståeligt vælger disse veje. Det er krav, der måske allerede er ved at ændre det faglige paradigme og vores syn på en række centrale forhold, på vores sundhedsbegreb og på de visioner vi har, om hvad ergoterapeuter kan bidrage med og hvad faget skal udvikle sig til.

Vi må stille spørgsmål som følgende: Vi har brug for den biomedicinske forskning, men er det rimeligt, at den dominerer i det omfang vi ser i dag? Er det rimeligt at de sider af vores professionsparadigme, der kun kan underbygges gennem kvalitativ forskning, udsultes? Tilpasser vi i for høj grad vores profession til den aktuelle sundhedssektor- og biomedicinske styring, og bliver det på bekostning af vores engagement og ansvar i forhold til borgerne?

Det er ikke første gang i vores professionshistorie at sådanne spørgsmål er blevet formuleret. Tidligt i 1970'erne drejede diskussionen sig om «et bredere sygdomsbegreb» - det er næsten

et «deja vu» i forhold til i dag. Vi mente ikke, at patienterne var tjent med et snævert medicinsk sygdomsbegreb. Det blev til professionens indtil nu vigtigste paradigmeskift (1). Som et led heri diskuterede vi «helhedssyn», og vores faggruppe har taget konsekvenser heraf i alle de professionsteorier og modeller, der kom frem fra det tidspunkt (1). Fra sidst i 1990'erne husker vi initiativer til «Occupational Science» (2) der efterfølgende inspirerede til lignende initiativer blandt andet aktivitetsvidenskab i et nordisk perspektiv (3). «Disability Studies» trak i 1970'erne - og gør det fortsat - på tilsvarende, måske endnu tydeligere synspunkter (4). som Karen Whalley Hammell i 2006 tog op igen i sin bog *Perspectives on Disability & Rehabilitation* (5). Alle disse initiativer har forsøgt at fastholde den humanistiske sundhedsforsknings perspektiver, herunder sådanne menneskesyn og sundhedsbegreber, etiske og både kvantitative og kvalitative indsigter, der formuleres som hørende hertil.

Det følgende er et oplæg til læseren af denne artikel, hvor brugen af teori om hverdagsliv

præsenteres i relation til rehabilitering og ergoterapi. Det bliver læserens refleksion herom, der kan besvare de spørgsmål, der blev stillet ovenfor. Teksten omfatter følgende afsnit:

1. Hvad skal vi forstå ved hverdagsliv?
2. Teori om hverdagsliv sat i spil i forhold til menneskers oplevelser af egne hverdagsliv med sygdom og traumer.
3. Nogle ansatser til en borger - og hverdagslivsorienteret tilgang til rehabilitering og ergoterapi.
4. Overvejelser om hvorvidt dette bidrag er en utopi forstået som virkelighedsflugt eller en udfordring i forhold til rehabilitering og ergoterapi.

Men allerførst: Hvad er hverdagslivsteori?

## HVERDAGSLIVSTEORI

Hverdagslivsteori bliver til gennem forskning. Teorierne omfatter forbundne begreber, der fanger centrale sider af menneskers hverdagsliv. Bag teoriudviklingen ligger både kvalitativ forskning med kendte metoder: interviews, deltagerobservationer, fortællinger, dagbøger m.v. og kvantitativ forskning. Teorierne er for manges vedkommende under stadig udvikling. Det er formålet med teorierne, at de kan bruges til at forstå og forandre fænomener og processer i menneskers hverdagsliv.

Forskning i hverdagsliv drejer sig om menneskers perspektiver på eget hverdagsliv, de sammenhænge de tilbringer det i, hvem de deltager sammen med, hvilke aktiviteter eller opgaver de giver sig af med, hvad der betyder noget for dem, de grunde de har til at handle og hvordan de binder hverdagslivet sammen. Herudover

handler teori om hverdagsliv i høj grad også om forskelle i hverdagsliv og om forandring heraf (6).

De forskellige teoretiske tilgange er fra dette og sidste århundrede. Det ligger i hensigten med udformningen af dem, at de tager højde for at samfund forandrer sig. De anses derfor stadig at være aktuelle. Udvalget er foretaget under hensyn til at de videnskabssteoretisk kan fungere sammen og bidrage til den analyse, der følger i teksten. De udvalgte forskere er: den tyske fænomenolog Alfred Schutz (7), den norske socialantropolog Marianne Gullestad (8), den danske kultursociolog Birthe Bech-Jørgensen (9), den tyske kritiske psykolog Klaus Holzkamp (10) og den danske kritiske psykolog Ole Dreier (11,12).

## I. HVAD SKAL VI FORSTÅ VED HVERDAGSLIVET?

Hverdagslivet er den virkelighed, man oplever med sin sunde fornuft. Det er det man tager for givet og selvfølgeligt. Det er organiseret omkring ens egen krop. Hverdagslivet er genstand for vores handlinger og vores interaktion med andre. Det leves i og på tværs af en række sammenhænge: hjem, diverse institutioner, arbejde og fritid. Vi italesætter hver vores hverdagsliv ved hjælp af sprog.

Vi deler hverdagsliv med andre. Det forbinder os med andre. Dagsrytmer og tid i hverdagslivet strukturerer vores fælles og adskilte liv med hinanden.

For at opretholde et hverdagsliv må man kunne genskabe det og forandre det. Det sker i og på tværs af de forskellige sammenhænge vi er en del af og det sker sammen med andre mennesker.

Vi varetager en lang række

aktiviteter, alene og sammen med andre. Vi former dem som rutiner eller de bliver til som særlig betydende aktiviteter, der kan være lystbetonede eller udfordrende og vanskelige, og som bliver udtænkt i den konkrete situation og sammenhæng - bevidst eller måske spontant. Tidsmæssigt koordinerer vi vores aktiviteter og tænker dem ind i forskellige samfundsmæssige strukturer.

Det har en særlig betydning, at mennesker ofte stræber efter at skabe sammenhænge i egne hverdagsliv. Det sker *i og på tværs* af de forskellige kontekster, som de er en del af, men også *på langs* mellem fortid, nutid og fremtid. For mange er det vigtigt at binde deres deltagelse time for time, dag for dag, måned for måned sammen til én livshistorie og én identitet. Der er forskellige begreber, der indfanger bestræbelser på at skabe sammenhæng i eget hverdagsliv. Bech-Jørgensen skriver om: *at håndtere hverdagslivets betingelser* (9), Antonovsky bruger begrebet *mestring* (13), Bateson taler om: *at orkestrere sit liv* (14), Holzkamp og Dreier om: *Livsførelse i og på tværs af forskellige sammenhænge* (10, 11,12). Det er måske også det som WHO's funktionsevnebegreb står for (15)?

## 2. MENNESKERS OPLEVELSER AF EGNE HVERDAGSLIV MED SYGDOM OG TRAUMER

### Hverdagsliv med sygdom og traumer

Hvordan ser hverdagslivet ud når mennesker bliver syge eller får et traume? Hverdagens kontinuitet bliver afbrudt, for nogen slås det i stykker. Den enkelte forsøger spontant at integrere det der nu er problematisk, i det som i forvejen er uproblematisk. Men er

symptomer og skade omfattende, kan det vise sig ikke at være muligt. Situationen peger da frem på andre virkeligheder, der er usikre, ukendte, uafklarede og måske truende.

Ved en eventuel indlæggelse bliver borgeren patient og kommer ind i nye sammenhænge, der er fremmede. Der skal erfares og læres meget nyt, og det er kun i begrænset omfang, man selv er medskabere af betingelserne. Man får nye relationer, både professionelle og medpatienter, der er nye praktisk forhold, nye regler og nye normer, man må indrette sig på og efterleve. Strækker dette sig over en periode, kan man godt sige, at der også her bliver tale om et hverdagsliv - om end det er et særligt hverdagsliv. I de andre sammenhænge man plejer at være en del af, i familien, på arbejdspladsen og andre steder går livet videre - uden ens medvirken og uden man rigtigt har mulighed for aktivt at påvirke det, der sker.

I løbet af indlæggelsen og den efterfølgende tid må det afklares i hvilket omfang det kendte hverdagsliv kan genskabes, eller hvordan det kan skabes på ny og på hvilke vilkår. De forandringer der er sket, kan have flere af følgende konsekvenser: forandringer i kroppen og af kroppens brug, forandringer i sanserne, forandringer af relationerne til andre, forandrede muligheder for deltagelse i tidligere kendte sammenhænge og dermed også forandret selvforståelse. Hverdagslivets sammenhænge skal skabes på ny. For mange personer ramt af sygdom eller traume er det en kompleks og langvarig proces, med konsekvenser i mange forskellige sammenhænge og på mange forskellige niveauer. Det er det også for de berørte

familier, voksne og børn og andre relationer. Det er en proces, det derfor også ofte er nødvendigt at give professionel støtte.

### **Tre eksempler på utilstrækkelig professionel indsigt i borgerens og de pårørendes hverdagsliv**

Der er mange eksempler på at rehabilitering lykkes. Alle sundhedsprofessionelle kender og husker levende situationer med borgere og familier, der kommer vel igennem vanskelighederne. Men mange vil også huske indsatser, der fejler, borgere der opgiver og tilfælde, hvor der ikke er offentlige ressourcer til stede og på de rette tidspunkter, til at følge hele processen op til der er skabt en rimelig ny situation. Her skal nævnes nogle eksempler på skævvredne processer, der - i al fald for en tid - ikke lykkes. Eksemplerne er fra min egen forskning (16).

*A. Når det overses at borgeren er en del af en familie:* Henrik, direktør for mindre firma, indlægges som 51-årig med højresidig hemiplegi. Han er hurtigt i gang med sin fysiske genoptræning i samarbejde med en fysioterapeut. Han ønsker selv at håndtere situationen omkring genoptagelse af sit hverdagsliv hjemme. Hans kone, Karen, der netop holder pause fra arbejde og vil i gang med noget nyt, støtter ham i det. Familien vil klare situationen selv.

Senere besøger jeg dem hjemme. Det går godt for Henrik. Meget lykkes. For Henrik er det heldigt, at Karen har tid. Hun står parat med al den hjælp, han har brug for. Hjælper ham det tøj på, som stadig er svært for ham, kører ham til og fra arbejde, så han forsøgsvist kan begynde sit arbejde igen og meget mere. Men

situationen er ikke holdbar for Karen. Hun havde ikke regnet med at blive Henriks hjælper i stort og småt og at deres hverdagsliv skulle fyldes ud med hans hverdagsliv. Hun er blevet bundet i en situation, hvor hun selv satsede på et mere spændende liv. Nu kan hun ikke se sin vej frem og vover ikke at tage spørgsmålene op med Henrik. Problemløsningerne omkring Henriks situation har påført hende problemer - uden at nogen har bemærket, hvad der er sket.

*B. Når betydningsaspekter overses:* Helene, hjemmearbejdende husmor på 54 år, har pådraget sig en hjerneskade og er indlagt på rehabiliteringshospital. Hun samarbejder med de professionelle om sin fysiske genoptræning, hendes gangfunktion er dårlig. Også køkkentræning er på dagsordenen. Det fremgår af status ved udskrivelsen, at køkkentræning ikke lykkedes på grund af Helenes kognitive problemer, hun har apraksi - og må have megen hjælp.

Da jeg besøger hende hjemme, fortæller hendes mand, at de blandt andet hygger sig med at lave mad sammen. Flemming gør meget for, at de har fælles aktiviteter. Ved at gøre noget sammen, kan de have et godt hverdagsliv. Ved madlavning støtter han hende i det hun kan gøre, finder ting frem m.v., og så kompenserer han for det, hun ikke kan. Jeg kan høre, at det der tæller, er deres egne perspektiver på dette hverdagsliv. Her findes fælles livskvalitet, og hvad den enkelte så ikke magter er ind imellem mindre afgørende. Denne indsigt i det hjemlige hverdagsliv gik de professionelle glip af.

*C. Når den institutionelle kontekst*





*for rehabilitering ikke er afstemt med den hjemlige:* Karla indlægges på rehabiliteringshospital med højresidig hemiplegi. Hun er en kontant og aktiv kvinde, 49 år, tidligere sjakbajs i malerfirma. Genoptræningen går strygende. I samarbejde med de professionelle og hjemme på besøg i weekender, afprøver hun genvundne færdigheder og finder nye opgaver, hun vil klare. Hun har et livligt forhold til sine medpatienter, fejrer sine «sejre» sammen med dem og føler stor opbakning i miljøet.

Familien glæder sig til at få hende hjem igen og hun ser frem til alt det, hun skal i gang med igen.

Men hjemme oplever hun situationen anderledes. Der er kun positive forventninger til hende, hun fortsætter også med den planlagte genoptræning, men pludselig er hun ikke centrum for alles bestræbelser. Nu drejer det sig om familiens hverdagsliv, om alles forskellige aktiviteter, ude og hjemme – bekymringer og glæder. Hendes problemer, der før var så centrale for alle, er nu bare noget, hun selv må løse. Men det er vanskeligt at genfinde motivationen, der ellers var så klar. Ingen dårlige stemninger, bare en anden situation. Den kontekst som Karla skal fungere i er ændret fra en rehabiliteringskontekst med stærkt fokus på mål og målrealisering til den gammelkendte hjemlige kontekst, som Karla plejer at elske, men som mangler noget vigtigt i denne bestemte situation. Det kunne måske være tænkt ind i planen?

### **Eksempler på utilstrækkeligt organisation**

På den organisatoriske side ses også ofte problemer. Rehabiliteringsprocesser kan afbrydes med problematiske konsekvenser til følge. Det er ikke ualmindeligt at overgange mellem indlæggelse

på forskellige institutioner eller mellem institution og hjem bliver afbrudte. Al viden peger på, at forløb bør være uafbrudte kæder. Brud kan skyldes, at relevante tilbud ikke er til rådighed, at tilbud fungerer mindre godt eller at tilbud ikke er til stede rettidigt. Det kan tage sig ud som mindre «fejl», men sådanne brud i rehabiliteringsprocessen vil ofte have store konsekvenser. Gennemførelse af et hverdagsliv med genoptræning og rehabilitering kræver stor motivation, og det kræver planlægning, der involverer flere. Brud kan på dette tidspunkt virke ind i disse dynamikker med nedbrydende kraft, fordi borgeren og familien netop i sådanne perioder skal opbyde særlig energi og netop her ofte er særlig sårbare og uden professionel støtte. De står i overgangen mellem flere situationer - ofte mellem indlæggelse og hjem. Brud kan forlænge processen uhensigtsmæssigt og kan skabe nye genoptræningsproblematikker og nye problemer i relationerne mellem de mennesker, der skal få det hele til at fungere.

Fælles for de nævnte eksempler er, at problematiske sider af de situationer, som disse mennesker befinder sig i, først for alvor ses og bliver tydelige i de involveredes konkrete hverdagsliv, når de bliver en del af den daglige livsførelse og livssituation.

### **Reorientering, restituering, reorganisering og reidentifikation**

Den mangefacetterede og komplicerede rehabiliteringsproces kan beskrives ved hjælp af forskellige begreber, der kendetegner de bestræbelser personen slås med: resorientering, restituering, reorganisering og reidentifikation. Bestræbelserne omfatter kroppen, det mentale, det sociale og de bestemte kontekster personen

er en del af - på alle niveauer. De finder sted i personens håndtering af sit hverdagslivs betingelser. Betingelserne er relationelle, institutionelle og samfundsmæssige og altså også kulturelle.

Det er således på en gang en proces med praktiske dimensioner og en mental og emotionel reflektionsproces. Igen: det er ikke en proces der kan klares på kort tid, den er langvarig. Dens omdrejningspunkt er *læring i praksis*. Retningen for læreprocessen er at nå frem til - igen - at blive og *at være et menneske blandt andre mennesker - ens nærmeste relationer og alle andre - med mulighed for at deltage i aktiviteter i forskellige sammenhænge til fælles bedste - såvel i et snævrere som i et bredere perspektiv* (17). Dette mål, og alle de nødvendige konkrete mellemliggende mål, fører ikke nødvendigvis til det samme hverdagsliv som tidligere, men ofte til et hverdagsliv, der på en anden måde - alligevel og måske lige så godt - tilfredsstillende samme menneskelige søgen.

Når målet er vellykkede rehabiliteringsindsatser er der altså afgørende grunde til at inddrage borgerens og de pårørendes konkrete hverdagsliv i det professionelle arbejde. I det fornyede hverdagsliv skal borgeren igen kunne håndtere sit hverdagslivs betingelser. Det er kun borgeren og de pårørende, der kender dette hverdagsliv, dets problemer og ressourcer og derfor må det ske i deres perspektiv.

Tager vi den forskning, der her er præsenteret til indtægt, peger den frem mod en ny tilgang til rehabilitering og ergoterapi. En tilgang, der på en mere direkte og kompromisløs måde end den vi kender, sætter borgernes hverdagsliv og deres egne perspektiver herpå i centrum for undersø-

gelse, prioriteringer, beslutninger om mono- og tværfaglige indsatser, samt for evalueringer i og af processen.

### III. ANSATSER TIL BORGER- OG HVERDAGSLIVSORIENTERET REHABILITERING OG ERGOTERAPI

Med udgangspunkt i de teoretiske præciseringer fremstilles her nogle ansatser til en teoretisk tilgang til rehabilitering og ergoterapi, der har borgerens hverdagsliv og hans eller hendes perspektiver på eget hverdagsliv med sygdom, traumer og rehabilitering i centrum (17).

#### Et perspektivskifte

Denne tilgang repræsenterer et perspektivskifte fra fokus på de institutionaliserede rehabiliteringstilbud til fokus på borgerens og de pårørendes perspektiver på eget hverdagsliv. Udgangspunktet for alle initiativer bliver borgerens (og de pårørendes) daglige handlinger og refleksioner. De professionelle indsatser gøres til en del heraf. De store variationer der er i menneskers

hverdagsliv betyder, at der kun kan fastlægges få standarder – eller at de standarder, der formuleres netop påbyder variation. Normen for vellykkede indsatser bliver: at skabe *samme muligheder* fremfor at give samme tilbud.

Den videns- og videnskabsforståelse og det menneskesyn, der anerkendes i denne tænkning, tager afsæt i borgerens og de pårørendes *sociale praksis*. De professionelle sociale praksis spiller sammen hermed og bygger til enhver tid på alle aktørers subjektperspektiver. Humanistisk sundhedsforskning er det overordnede perspektiv, forståelse af den biomedicinske videns- og videnskabsforståelse indgår heri.

#### Det fornyede fokus

Denne tilgang drejer sig om de relationer og sammenhænge, der forbinder mennesker og enkelt-situationer, den drejer sig om menneskers deltagelse, læring og rehabilitering, om deres livsførelse over tid og om igen at kunne

indgå i et samfundsmæssigt liv i interaktion med andre.

På den måde drejer denne tilgang sig ikke alene om funktioner, den drejer sig heller ikke kun om bestemte isolerede situationer – men om *at leve et liv*.

#### Rehabiliteringens professionelle praksisformer – et professionelt perspektiv

Rehabilitering inddrager et væld af forskellige sundhedsprofessionelle og andre indsatser, der bidrager med fagligt arbejde i en tværfaglig rehabilitering. Hver af professionernes indsatser omfatter forskellige praksisformer med hver deres mål og indsatser ligesom de bygger på en række forskellige videnskabelige forståelser.

De kendte professioner omfatter mangfoldige eksempler på flere af følgende tre praksisformer: *en sygdomsorienteret praksis*, hvis formål det er at forlænge liv og som er baseret på biomedicinsk forskning, *en situationsorienteret praksis*, hvis formål er livskvalitet og hvis videnskabelige basis er

#### Grunde til at vi skal interessere os for borgernes og de pårørendes perspektiver på eget hverdagsliv

- Når borgerne får brug for professionelle rehabiliteringstilbud er de på vej i deres liv med deres forskellige relationer, i de sammenhænge de er en del af.
- Sygdomme og traumer skaber brud i dette hverdagsliv.
- De professionelle og deres indsatser bliver således i perioder en del af borgernes liv.
- Indsatserne kan anvendes på mange forskellige måder, de skal kunne bruges af borgerne i det liv de lever – ikke bare som en standard udtænkt ved de professionelle skriveborde eller på de institutioner, hvor det professionelle arbejde ofte finder sted, men der, hvor borgerens liv skal udfolde sig.
- Det er kun borgeren og de pårørende, der kender det hverdagsliv de lever og som kan redegøre for den betydning de forskellige dele og sammenhænge i hverdagslivet har for dem – praktisk og mentalt.

#### Grunde til at forstå hverdagslivet som forudsætning for professionelt arbejde

- Menneskers livsførelse i hverdagslivet er mangfoldigt og forskelligt.
- De sammenhænge mennesker lever i er mangfoldige og forskellige, deres relationer, deres hjem, deres aktiviteter og arbejde, deres interesser og vaner, deres materielle og økonomiske vilkår, m.m.
- Den betydning de tillægger begrænsninger i funktions-evne varierer – når den ses i forhold til livsførelsen i eget hverdagsliv.



humanistisk sundhedsforskning, og *en samfundsorienteret praksis*, der har sunde livsbetingelser som sit formål og hvis videnskabelige grundlag er epidemiologi. I forhold hertil har hver af professionerne forskellige metoder og redskaber de råder over (18).

Alle disse former for praksis forstås af de professionelle i «*et udefra-perspektiv*». Det vil sige de professionelle kender indsatserne, de har lært dem under uddannelse og efterfølgende har de fået erfaringer med dem i praksis med mange forskellige borgere. Praksisformerne - i deres forskellige professionelle ikklædninger - står på denne måde til rådighed for den ansattes professionsudøvelse i et «*udefra-perspektiv*». Når den ansatte står overfor samarbejde med den enkelte borger kan han eller hun tage de forskellige praksisformer i anvendelse. Her undersøger den professionelle hvilke indsatser, der kan være relevante og hvordan i samarbejde med denne særlige borgers eget «*indefra-perspektiv*». Forskellige professionelle har deres måder at varetage *denne borgerorienterede praksis* på. Her skal den beskrives på baggrund af den teoretiske hverdagslivsforståelse, som denne artikel redegør for.

### **Den borger- og hverdagslivsorienterede praksis**

Denne tilgang rettes imod støtte af borgeren (og de pårørendes) livsførelse i og på tværs af de forskellige handlesammenhænge, som de er en del af - i borgerens (og de pårørendes) perspektiv.

### **Mål på kort og langt sigt og det overordnede formål**

Den borger og hverdagslivsorienterede praksis i samarbejdet skal

endvidere sikre:

- at der formuleres mål på kort sigt og dannes billeder af 'mulige fremtider'
- at de forskellige praksisformer prioriteres, sammensættes og koordineres
- at praksisformernes tværfaglige samspil indgår i og virker sammen med borgerens hverdagsliv.

Formålet er: Udvikling af personlige forudsætninger og samfundsmæssige vilkår for en - i borgernes perspektiv - meningsfuld deltagelse i et hverdagsliv i fællesskab med andre. Det indebærer oftest både forandring af borgerens egne forudsætninger og forandring af den kontekst livet leves i.

### **Et handlings-, refleksions- og eksperimenterings-rum**

Den sammenhæng, som den borger- og hverdagslivsorienterede praksis finder sted i, skal kunne rumme handling, eksperimentering og refleksion. Det skal være et rum, hvori muligheder kan afprøves. Store forandringer kræver tid, der vil altid være mange muligheder for formning af et hverdagsliv på ny - efter sygdom eller traume. Det afgørende er ikke altid at vælge den første den bedste løsning, flere muligheder kan fremme valget af de veje, det er bedst at gå.

### **Relevans, betydning og effekt**

Hvordan vurderes da indsatsernes relevans, betydning og effekt? De professionelle har en mangfoldighed af psykometriske, kvalitetssikrings- og evidensbaserede procedurer til at afprøve disse forhold. For borgeren og de pårørende drejer det sig primært om den indsigt de kan få i de mu-

### **Tilgangen skal muliggøre:**

- at borgerens hverdagsliv bliver udgangspunktet
- at borgerens egne perspektiver sættes i centrum
- at borgeren deltager, ikke bare medvirker
- at borgeren deltager i både udformning og gennemførelse af indsatser - ikke kun i standardiserede professionelle initiativer
- at også de pårørende deltager
- at de relationer, sammenhænge og betingelser, som borgeren og de pårørende skal håndtere, inddrages.

### **Det vigtigste ved hverdagslivsorienteringen er inddragelse af:**

- de sammenhænge som borgeren er en del af (hjem, arbejde, fritid, institutioner), herunder de praktiske forhold, betydningen, værdier og kultur
- de personer som borgeren deler sit hverdagsliv med
- aktiviteter og deltagelse, der har betydning for borgeren, evt. også de pårørende
- den tidsmæssige koordinering

Og her skal det centrale være det borgeren og de pårørende finder vigtigst - med både dets problemer og ressourcer.



ligheder, som indsatserne byder på i forhold til de perspektiver, de har på eget hverdagsliv, på det de ønsker, tror og håber på.

### **Rehabiliteringskæder**

De inter-professionelle indsatser skal koordineres for at blive sammenhængende rehabiliterings-tilbud og rehabiliteringskæder. Borgerens og de pårørendes egne perspektiver på eget hverdagsliv i forandring er et egnet fokus for koordinering og sammenhæng. Det gælder også for de koordinationsfunktioner, der evt. etableres.

### **Sammenhænge på tværs og på langs**

I samarbejde om processen og i beslutninger om fremtiden er der nogle situationer, hvor det særligt brænder på. Det er undervejs i rehabiliteringen, når der skal skabes sammenhænge på tværs mellem de kontekster borgeren er en del af (hjem, arbejde, fritid, institution). Det gælder ikke mindst i overgangen mellem forskellige opholdssteder. Andre vigtige situationer hvor sammenhænge har betydning, er sammenhænge på langs mellem det tidligere, det nuværende og det fremtidige liv.

### **Opsummering**

Disse fragmenter til en ny tilgang til rehabilitering og ergoterapi fremhæver - til forskel fra andre kendte - ikke alene hverdagslivet som ét indsatsområde blandt flere. Perspektivskiftet består i, at de professionelle som det første - og hele vejen igennem - fokuserer på *borgerens og de pårørendes perspektiver på eget konkrete hverdagsliv i og på tværs af forskellige sammenhænge* - og på hvordan dette konkrete hverdagsliv igen kan blive tilfredsstillende for vedkommende. Det er

det afgørende, det som det hele drejer sig om. Det er i princippet udgangspunktet for alle indsatser, her for ergoterapi, men også for rehabiliteringens øvrige professioner. Indsatserne gøres til en del af det hverdagsliv som borgerens og de pårørendes selv ser det - hverdagslivet under forandring. Herved bidrager de professionelle til en tværfaglig rehabiliteringsindsats, der er relevant, som får betydning og som bliver effektiv - for borgeren og de pårørende.

### **IV. UTOPI - VIRKELIGHEDS-FLUGT ELLER KONSTRUKTIV UDFORDRING**

Nu kan vi så stille spørgsmålet: Lad os antage at ansatsen til en borger- og hverdagslivsorienteret tilgang repræsenterer borgeres og pårørendes perspektiver og interesser, lever de kendte rehabiliteringsinitiativer og ergoterapeutiske indsatser da op til det? Ergoterapeuter er nået et godt stykke vej m.h.t. at inddrage borgerne, men tager vi skridtet fuldt ud og bruger denne inddragelse til at forstå borgerens perspektiv på eget hverdagsliv? Vi inddrager også allerede borgerne og de pårørendes hverdagsliv i det professionelle arbejde, men gør vi det som selve udgangspunktet for den professionelle indsats? Den forskning, der her er redegjort for, siger: måske kan vi gøre det bedre - og måske kan vi slippe nogle af de standarder, vi ofte møder frem med?

Kan vi blive dygtigere til at vurdere hvilke konsekvenser, det har for den hele familiens hverdagsliv, hvis et af medlemmerne får bestemte funktionsevne-nedsættelser og rehabiliterings-tilbud? Sker det at vi, gennem bestemte indsatser til et familied medlem, øger belastningen på andre familiemedlemmer? Over-

ser vi, at den borger vi står overfor, måske fungerer på én måde sammen med familiemedlemmer eller andre, som han eller hun og de selv er tilfredse med - men ikke alene og ikke i andre sammenhænge? Husker vi på, at det at være selvhjulpnen i hverdagslivet, kan være et helt mangelfuldt parameter i forhold til at muliggøre livskvalitet, der forudsætter menneskelige fællesskaber? Kan afhængighed ikke være en side af det at være gensidigt forbundet med et andet menneske og derfor ikke behøver at være belastende? Den slags eksempler har at gøre med betydningen af at være en del af menneskelige sammenhænge og viser hvor mangfoldigt og varieret menneskers hverdagsliv er. Får vi integreret de professionelle indsatser, så de bliver hensigtsmæssige dele af dette hverdagsliv, både fagligt og kulturelt? Gør vi vores arbejde godt nok, når borgerne skal klare overgangen mellem institution og hjem? Kan forståelse af hverdagsliv hjælpe os til at vi blive bedre til at skabe sammenhænge i sådanne situationer og organisering af dem?

I forhold til den biomedicinske tænkning kan den borger- og hverdagslivsorienterede tilgang hurtigt blive kaldt en utopi, forstået som virkelighedsflugt og drømmeri? Den biomedicinske tilgang vi kender og som så fint sameksisterer med management tænkningen placerer borgeres og pårørendes viden nederst i evidenshierarkiet, ligesom den i forskningen opdeler menneskelig aktivitet i små afgrænsede dele og oftest udelukker menneskelige sammenhænge og fællesskaber som forskningsområde. Borgeres og pårørendes viden betragtes ofte som mindre værdifulde eller ligefrem som fejlkilde.

Men ergoterapeuter, der er optaget af professionsudvikling, vil også engagere sig i de anderledes værdier, der underbygger professionsudviklingen. Her er den videnskæssige forudsætning humanistisk sundhedsforskning, der anerkender og forsker i borgerne og de professionelles subjektive perspektiver på praksis. Den biomedicinske forskning er også uundværlig indenfor denne ramme. Den humanistiske tilgang stræber efter at bygge bro mellem de forskellige tilgange (19). Her står vi med en utopi og nogle visioner i en helt anden betydning, nemlig: en udviklingsretning, det er værd at overveje - som en udfordring og en berigelse. I ergoterapeuter, der er optaget af udviklingen af vores professionen og af nye samfundsmæssige ergoterapiinitiativer, vil finde svaret i den praksis, I står midt i. Svaret er jeres.

#### Referencer:

1. Borg T. & Winding K. Ergoterapifagets professionalisering. Kapitel 27. I: Borg T, Runge U, Tjørnov J. Red. Basisbog i Ergoterapi. 1. og 2. udg. København: Munksgaard; Danmark; 2003 og 2007. Heri refereres til Eliot Freidson. Professionalism, The Third Logic. 2001.
2. Zemke R, Clark F. Eds. Occupational Science. The Evolving Discipline: Philadelphia: FA Davis Compagny; 1996.
3. Bendixen HJ, Borg T, Pedersen EF, Altenborg U. Red. Aktivitetsvidenskab i et nordisk perspektiv. København: FADL's Forlag; 2005.
4. The Disability Archive, Centre for Disability Studies. Leeds. UK. (hjemmeside på internettet).
5. Hammel KW. Perspectives on Disability & Rehabilitation - contesting assumptions; challenging practice. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevir; 2006.
6. Borg T. Begreber om hverdagsliv. Kapitel 3 I: Borg T, Runge U og Tjørnov J. Red. Basisbog i Ergoterapi (1. og 2. udg.). København: Munksgaard Danmark; 2003 og 2007.
7. Schutz A. Hverdagslivets sociologi. København: Hans Reitzels Forlag; 2005.
8. Gullestad M. Kultur og hverdagsliv. På sporet af det moderne Norge. Oslo: Universitetsforlaget; 1989.
9. Bech-Jørgensen B. Når hver dag bliver til hverdag. København: Akademisk Forlag; 1994.
10. Holzkamp K. Daglig livsførelse som subjektvidenskabeligt koncept. Nordiske Udkast 1998: 2. Dansk.
11. Dreier O. The person and her conduct of everyday life. Nordiske Udkast 2013: 2. Dansk.
12. Dreier O. Psychotherapy in Everyday Life. Cambridge: Cambridge University Press; 2008. En del af artiklens pointer er inspireret af Dreiers forskning.
13. Antonovsky A. Helbredets mysterium. København: Hans Reitzels Forlag; 2000.
14. Bateson MA. Enfolded Activity and the Concept of Occupation. In: Zemke R, Clark F. Occupational Science. The Evolving Discipline: Philadelphia: FA Davis Compagny; 1996.
15. WHO. International Classification of Functioning. [www.who.int/classifications/icf/en/](http://www.who.int/classifications/icf/en/)
16. Borg T. Livsførelse i hverdagen under rehabilitering. Århus: Forskningscentret Sundhed, Menneske og Kulturs tidsskriftserie; 2002, nr 2. Pdf-fil fås evt. hos forfatteren.
17. Borg T. En teori om et praksisområde. Kapitel 15. I: 16. Artiklen bygger primært på dette forskningsprojekt.
18. Borg T og Juul Jensen U. Paradigmer og praksisformer i rehabilitering - en analytisk tilgang. 2004-2005. Ikke-publiceret artikel. Fås evt. hos forfatteren.
19. Schwandt T. Evaluating Holistic Rehabilitation Praxis. Oslo: Kommuneforlaget AS; 2004.