

Rehabilitering er en menneskerett - også for eldre

Rehabilitering av eldre er en stor utfordring – av to grunner. Både fordi mange eldre har behov for rehabilitering, og fordi det er spesielle vanskeligheter i rehabiliteringen av eldre mennesker.

Den opprinnelige betydningen av ordet rehabilitering var oppreisning, gjeninnsettelse i tidligere stilling og gjenreisning av tidligere anseelse. Det er viktig å huske dette, fordi det sier noe om hvor viktig oppreisningen er, både i egne og andres øyne. For den som arbeider med gamle mennesker er det spesielt viktig å forstå dette.

Den store svenske rehabiliteringsboken bruker en kort og enkel definisjon: «... å gjenvinne best mulig funksjonsevne og forutsetninger for et normalt liv (1).» De offentlige norske rapportene (2,3) og FN's standardregler (4) har liknende, men litt tyngre definisjoner.

Poenget er å gjenvinne best mulig funksjon, mestringsevne, selvbilde og sosialt liv. Det er enighet om at dette er et ansvar og en oppgave for helsetjenesten.

Alderdømmen preges av to helt forskjellige prosesser. Den ene er aldersprosessen, og den går sin ubønnhørlige gang i oss alle. Det sentrale i aldersprosessen i kroppen er at den funksjonelle kapasiteten reduseres jevnt med litt under én prosent per år. Kapasiteten er på topp i midten av 20-årene og er falt til omlag halvparten i midten av 70-årene. Det betyr at reservene er mindre og sårbarheten større. Personligheten forandrer seg ikke, men selvbildet og selvtilit svekkes, spesielt når den eldre blir avhengig av andres hjelp. Da svekkes også ofte motivering og innsatsvilje, og en tendens til depresjon er ikke sjelden. Kognitivt blir den eldre langsommere, men ikke dummere. Aldersprosessen gjør at rehabiliteringen foregår på et skråplan, og det må en ta hensyn til.

Den andre prosessen er alderssykdommene. De rammer ikke alle, men de fleste eldre har kroniske helseproblemer som ofte kommer i tillegg til den sykdom eller skade som er årsaken til at det er blitt behov for rehabilitering. Det må en også ta hensyn til.

Det er viktig å understreke de store forskjellene mellom eldre mennesker. De er så store at alderen i seg selv ikke har så stor betydning. Det er den generelle helsen og graden av fysisk og psykisk styrke som blir avgjørende.

Endelig er det liv og den livsstil den eldre har bak seg viktig. Den som har levd et godt liv i gode kår og med en sunn livsstil har bedre helse og større ressurser enn den som har levd et



Peter F. Hjort er professor i medisin. Han har ledet Samfunnsmedisinsk avdeling ved Folkehelse, og er i dag professor II i geriatri ved Universitet i Tromsø.

Hjort takker Sunnaas sykehus for lærdom og inspirasjon.

tungt og vanskelig liv. To negative faktorer i livsstilen er spesielt viktige, nemlig røyking og fysisk inaktivitet. Spesielt er det lettere å rehabilitere en person som er vant til og glad i fysisk aktivitet.

Alle disse forholdene gjør at rehabilitering av eldre krever lenger tid enn hos yngre. Tålmodighet er en forutsetning for å rehabilitere eldre. Det er både oppsiktsvekkende og beklagelig at FNs standardregler (4) ikke tar opp eldre menneskers spesielle behov for rehabilitering. Samtidig er det grunn til å understreke punkt 25 i standardreglene: «Prinsippet om like rettigheter innebærer at hvert enkelt menneske er av like stor betydning». Det betyr at rehabilitering er en grunnleggende menneskerett, også for eldre.

Motivering er nøkkelen som ofte mangler. Mange tror at rehabilitering er noe andre skal gjøre med dem og for dem. De synker ned i sofaen og sier: «Helsevesen, kom og rehabiliter meg.» Det gjelder spesielt eldre kvinner som aldri har drevet noen form for fysisk aktivitet. Men denne innstillingen henger også sammen med den moderne rettighetstenkningen: Rehabilitering er noe en har krav på. Sannheten er selvfølgelig at den eneste som kan rehabilitere meg, er meg selv. Jeg trenger hjelp, støtte og råd, men jeg må gjøre det meste selv. Dette betyr at helsepersonellet ofte har en vanskelig pedagogisk utfordring i rehabiliteringen av eldre. De må klare å bygge opp lyst og vilje til den treningen som er nødvendig. Her fins det ingen hemmelige triks, men en må merke seg Søren Kierkegaards ord om: «... at finde Ham der hvor Han er og begynde der (5).» Motiveringsarbeidet må gå som en rød tråd gjennom hele rehabiliteringen.

De fleste eldre som kommer til rehabilitering har hatt spesielle sykdommer og/eller skader. De viktigste er: hjerneslag, brudd – spesielt lårhalsbrudd, ortopediske operasjoner, skader, amputasjoner, hjerteinfarkt og KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom). For disse pasientgruppene preges rehabiliteringen av årsaken, og flere av gruppene har egne programmer.

En del eldre mennesker taper funksjon uten noen slike spesielle årsaker. De bor hjemme, ofte alene, og utløsende årsaker kan være tap av ektefelle eller annen sorg. Det kan også være en akutt sykdom, for eksempel influensa. Pasientene er ofte deprimerte, mister «gnisten», spiser dårlig og taper funksjon. Slike pasienter trenger en grundig medisinsk vurdering og deretter behandling og rehabilitering.

Eldrebølgen ruller videre, og befolkningen over 80 år vil øke med omlag én prosent per år frem til år 2020. Deretter går økningen raskere, og denne gruppen dobles frem til år 2050 (6). Det betyr at hele helsetjenesten – inklusive rehabiliteringen – må innstille seg på flere eldre. Eldreomsorgen må dobles i løpet av de kommende 50 år. Samtidig blir det færre barn, unge og yngre mennesker.

Undersøkelser i mange land har vist at de eldre lever lenger og er blitt friskere. En viktig konsekvens av det er at alderen betyr mindre i de medisinske vurderingene enn den gjorde tidligere. Vi kan ikke lenger se på en 80-åring som nødvendigvis gammel og skrøpelig, men må vurdere henne (to tredjedeler er kvinner) individuelt – som den person hun er.

Det er to store problemer i rehabiliteringen av eldre. Det ene er senil demens, og her er erfaringene dårlige. Det andre er svak motivering for egen innsats. Det moderne slagordet i helsetjenesten er: «På brukernes premisser.» Det nærmer seg handelsstandens gamle slagord: «Kunden har alltid rett.» Men det er umulig å rehabilitere en pasient som ikke er motivert for egen innsats. Hvis pasienten ikke «tar saken», er den tapt. Utfordringen for helsepersonellet er selvfølgelig å hjelpe pasienten og bygge opp motiveringen, for pasienten må ville det hun må. Dette er en vanskelig kunst, for å si det mildt.

Håp om bedring er drivkraften i all rehabilitering. Samtidig må en sette realistiske mål, og denne balansen er vanskelig. Helsepersonellet må være profesjonelle og bygge på faglige kunnskaper om sjansen til å lykkes. Men erfaringen viser at den av og til lykkes mot store odds, spesielt når pasienten er sterkt motivert.

Den faglige vurderingen må være grunnlaget, men jeg tror en bør legge på ti prosent for håp og optimisme. Hvis pasienten er sterkt motivert, kan en kanskje legge på enda litt til, men ingen – heller ikke pasienten – er tjent med urealistisk optimisme. Dette er vanskelige avveininger. På den ene siden skal vi ikke sløse bort rehabiliteringsressursene, men på den andre siden har vi råd til å mislykkes av og til.

Rehabilitering er samarbeid, først og fremst med pasient og pårørende, men også mellom yrkesgruppene i helsetjenesten. Det er viktig at gruppen har en felles forståelse av problemene, mulighetene og metodene. Jeg vil spesielt understreke samarbeidet med de pårørende, som er pasientens viktigste ressurs. Noen pårørende er vanskelige, og noen steder i helsetjenesten er det tradisjon for ikke å samarbeide

med dem, blant annet pga. taushetsplikten. Det er viktig å legge slike tanker bak oss: Rehabilitering er samarbeid.

Det er store likheter mellom forebygging og rehabilitering. På begge områder er motiveringen avgjørende, og på begge områder er fysisk aktivitet et sentralt virkemiddel. Derfor er det også vesentlig lettere å rehabilitere en person som har vært vant til fysisk aktivitet gjennom livet. Spesielt i den sekundære forebyggingen – etter at sykdom har oppstått – henger forebygging og rehabilitering nært sammen. Det er viktig at helsepersonellet ser denne sammenhengen og tar de praktiske konsekvenser av det.

De offentlige utredningene om rehabilitering (2,3) går grundig inn i organisering og økonomi. Jeg tror det er riktig å legge ansvaret på kommunene. For de eldre betyr det at sykehjemmene må få kunnskaper og ressurser til å drive rehabilitering. Men jeg tror også at opptreningsinstitusjonene (7) har en viktig rolle i rehabiliteringen av eldre, og det er et mål å få et rettferdig fordelt tilbud over hele landet. En forsømt gruppe er eldre som gradvis taper funksjon uten noen kjent grunn. Egenandelene må ikke være så høye at de hindrer et rettferdig tilbud til alle som trenger det.

Ett viktig punkt er den kommunale organiseringen. Kommunene har en lovpålagt plikt til å drive et forebyggende og helsefremmende arbeid. I de fleste kommuner har dette ikke ført til noen praktiske resultater. Årsaken er ganske sikkert at dette arbeidet har manglet budsjett, adresse og plassering av ansvar i kommunene. Jeg tror at løsningen nå må bli at det opprettes en egen enhet for forebygging og rehabilitering i alle kommuner. Enheten må ha en leder og et budsjett. Uten et slikt grep tror jeg rehabilitering – som forebygging – blir alles og dermed ingens ansvar.

Det er et stort behov for forskning om rehabilitering, for eksempel om prognostiske indikatorer, og motivering, om metoder for forskjellige typer rehabilitering, om resultater og om oppfølging. Dette forskningsbehovet er spesielt stort innen rehabilitering av eldre. Aldersforskningen er skammelig lavt prioritert i Norge. For å sette dette på spissen, vil jeg si at forskningsbehovet er langt viktigere enn behovet for enerom til alle sykehjemspasienter (selv om det også er viktig).

I KORTTEKST

- Rehabilitering av eldre er et stort og forsømt kapittel. Pga. eldrebølgen vil behovet øke.
- Motivering hos den eldre er avgjørende, og det er en hovedoppgave for helsepersonellet å styrke motiveringen.
- Rehabilitering er samarbeid, også med de pårør-ende.
- Rehabilitering og forebyggende helsearbeid har så mye til felles at de bør ses som ett stort felt.
- Alle kommuner bør bygge opp en enhet for forebygging og rehabilitering. Enheten må ha egen leder og eget budsjett.

LITTERATUR

1. Höök O (red.): *Rababiliterings-medicin, Stockholm: Liber, 1997.*
2. *Helsedirektoratet: Medisinsk rehabilitering – planlegging og organisering. Oslo: Helsedirektoratets veiledningsserie, 3-91.*
3. *Sosial- og helsedepartementet: Ansvar og meistring. Mot ein beilskapleg rehabiliteringspolitikk. Oslo: St.meld. nr. 21 (1988-99)*
4. *De Forente Nasjoner: Standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonsbemming. Oslo: Rådet for funksjonsbemmede, 1995.*
5. *Kierkegaard S: Synspunktet for min forfattervirksomhed En ligefrem meddelelse. Rapport til historien. København: C.A. Reitzels Forlag, 1859. (Søren Kierkegaards Samlede Verker. Bd. XIII. København: Gyldendalske Boghandel 1906.)*
6. *Norges offisielle statistikk: Franskriving av folkemengden 1996-2050. Nasjonale og regionale tall. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1997.*
7. *Statskonsult: Tilskudd til opptrening. Oslo: Statskonsult, Rapport 1997: 19.*