

K REHABILITACIJSKEMU TRENUTKU

Tone Brejč

Zdi se mi, da se, kadar utegnemo malo premišljevati o svojem delu, pokaže tudi dvojnost našega rehabilitacijskega "dejanja in nehanja": bolj ali manj smo vsi ujeti v prostor, ki ga omejuje tisto, kar dosegamo, in tisto, kar bi želeli. Razpeti smo med težnje in dejansko ravnanje zato se nam je marsikdaj najudobneje zateči v varno okrilje samozadostnega prakticizma, nesposobnega kritične refleksije rehabilitacijske dejanskosti. Vendar pa je čas tak, da tudi ta dejanskost ne more biti otok zmerom primernih in v celoti uspešnih nazorov in ravnanj, še več, znaki strokovne in družbene apatije ter vztrajanja na doseženih pozicijah so vsaj toliko očitni, kolikor so razvidne težnje, da bi jih prikrili z voluntarističnim normativnim (pre) urejanjem in administrativno-tehnokratskimi poskusi poenotenja in povezovanja razdrobljenega, zapletenega in včasih prav malo učinkovitega rehabilitacijskega sistema. Kaj torej postaja del "rehabilitacijskega sindroma" sodobne slovenske družbe, ki pogostoma deklaracije zamenjuje z resničnostjo, ki vse težnje po novem in drugačnem lovi v mreže vsakršnih partikularizmov in ki se neuspešno pretvarja, da struja splošnih družbenih procesov ne more kaj dosti premikati dobrih starih temeljev na katerih počiva aktualna skrb za invalide osebe? Če poskušamo poiskati nekaj odgovorov, se moramo najprej na kratko pomuditi pri poskusu "kritike tradicionalnih teoretičnih pristopov in prakse rehabilitacije" oziroma "definiranja pojavov na osnovi njihove narave, ne pa praktične pojavnosti", kar naj bi bila ena temeljnih teženj novega premišljevanja o rehabilitaciji¹. Močno namreč dvomim, da lahko izpeljemo kaj več kot zgolj poskus, saj ne moremo govoriti o neki uveljavljeni koherentni teoriji rehabilitacije v smislu pojmovne (konceptualne) opredelitve pojavov in procesov, s katerimi se v rehabilitaciji ukvarjamo, ter metod, ki jih pri tem uporabljamo. Dejstvo je pač, da nimamo razvite **problemske teorije rehabilitacije**, bolj ali manj imamo opraviti z njenimi zametki, sicer pa je večina znanj in spoznanj organizirana na ravni prakseologije. Z drugimi besedami: v mišljenju o rehabilitaciji srečamo predvsem **konceptcije**, ki opredeljujejo pojave na operativni (izvršilni) stopnji, se pravi, kako (naj) se nekaj v rehabilitaciji "delá" (opravlja). V rehabilitaciji torej manjka splo-

šen vseobsegajoč *logos*, ki bi pojave in procese opredeljeval na pojmovni (konceptualni) ravni, se pravi na ravni teorije. Zato si z relativnim obiljem empiričnega in študijskega gradiva ne moremo kaj prida pomagati, saj prinaša uspeh neki družbeni aktivnosti, to pa navsezadnje tudi je rehabilitacija, le tisto gradivo, ki to aktivnost preverja s stališča družbene filozofije in teoretičnih tez.

Takšno stanje povzroča vrsto miselnih zadreg. Najbolj očitna je ta, da imamo dokaj resne težave pri opredeljevanju določene družbene prakse v zvezi z rehabilitacijo, to je pri razvijanju **doktrine rehabilitacije**, zapadamo v kratkoročni praktičizem in sterilni pragmatizem, saj pač manjka tisti usmerjevalni duh, ki temelji na razumevanju narave, zgodovinske pogojenosti in družbene funkcionalnosti rehabilitacije. Ta duh seveda lahko polno odrazi le **antropološko in teleološko umevanje rehabilitacije**, ta tudi omogoča, da se prepoznajo vsi nazori, ki so postali preživetli ali zgrešeni. Naj na kratko spomnimo, da je za to umevanje značilno, da mora doktrina rehabilitacije temeljiti na takem antropološkem modelu, ki meni, da mora akcijski prostor rehabilitacije zajeti vse tiste vidike, ki omogočajo popolno uveljavitev človeka kot generičnega, družbenega in osebnega bitja. To pomeni preseganje pragmatizma in utilitarizma, ki izpostavljata koristnost rehabilitacije v smislu izboljšanja človekove funkcionalnosti oziroma dviga produktivnih sposobnosti: pred te koristne cilje rehabilitacije je postavljena teleološka norma, omogočiti uveljavitev (oblikovanje) celovitega človeka. Rehabilitacija torej ni delovanje (služba) za "obnovo zdravstvene in poklicne sposobnosti do največje možne mere", pač pa dejavnost, ki ima za cilj doseči celovit razvoj in popolno uresničitev posameznika v korist skupnosti, v kateri živi. Ali ni, na primer, razbitost na posamezne discipline, ali, kar se dogaja v zadnjem času, celo po finančnih virih, posledica pomanjkanja nekega osmisljujočega, celovitega pogleda na rehabilitacijo? In, ali ni s tem v zvezi tudi iluzija o avtonomiji posameznih področij zgolj posledica zgodovinsko determinirane delitve dela, ne pa stalnica rehabilitacijske prakse? Če imamo tedaj opraviti z "utopičnostjo" rehabilitacijskih delavcev, ima potemtakem t^r svoje korenine predvsem v pomanjkljivi miselni osveščenosti o realnih pomenih in dosegih njihovega dela. V takih duhovnih razmerjih se "utopičnost" najbolj pokaže v nezadostni in celo napačni analizi rehabilitacijske in družbene resničnosti, vodi v izmišljanje novih pristopov in organizacijskih oblik, vsebina pa je pri tem

zanemarjena. Mar ni prenos pristojnosti za strokovno-praktične naloge v zvezi z delovnimi invalidi na ozde lep primer take "utopičnosti"? In ali ni nekaj samozavarovalnega sprenevedanja, ko slišimo, da se invalidu rehabilitacija "ne izplača", da mu prinese kaj malo koristi (ali pa je celo materialno na škodi), hkrati pa ničesar bistvenega ne storimo, da bi stvari postavili drugače?! Emancipacija "invalidov" je seveda predvsem in najprej udejanjenje zavzete in odgovorne navzočnosti rehabilitacijskih delavcev v **skupnem življenju** z njimi.

Priznati moramo, da v aktualni rehabilitacijski praksi na Slovenskem delujejo nekatera konfliktna dejstva in realna protislovja. Medicinski pristop (model) v rehabilitaciji kot posebna oblika socialne kontrole, posejaja vedno bolj nevzdrženo dominacija sistema in ideologije zdravstvene oskrbe in "lidnih ljudi", v katerem prevladuje usmerjenost v patologijo, ohranja tisto obliko "strokovnega gospostva", ki nujno ogroža enakovrednost in "normalnost" prizadetih ljudi. Takšno gospostvo utrjuje tudi prevladujoči rehabilitacijski pozitivizem. Vse rehabilitacijsko delo se želi opreti na čimveč "objektivnih" podatkov, ki se štejejo za več vredne kot izkušnje rehabilitanda. Njegovi izkusveni podatki se upoštevajo le kot stranski pojav: znanstvena resnica o njem naj bi bilo predvsem tisto, kar je v njegovem dosjeju in tako se za celoto proglašajo enostranski seštevek delov, ki jih vsebuje dosje. To metodološko omejevanje spoznavnega procesa zgolj na tisto, kar prinašajo podatki, kaže na dogmatično težnjo po "tehnokratski kontroli" (Habermas), ki pozablja, da je to le ena oblika vednosti, ki je podvržena vsem slabostim dosežene stopnje metodološkega razvoja znanosti, ki so udeležene v rehabilitaciji, in njihovim metafizičnim predpostavkam. Fenomen rehabilitacije nujno zahteva kritično metodo, ki je sposobna prikazati večstranske ravni in okvire - tem pripadata obe strani, ki se srečujeta v rehabilitaciji: strokovnjak in rehabilitand - in ki zna prikazati ter razumeti medsebojno povezanost med interesi obeh skupin, ki koreninijo v izkušnjah. Če se želi rehabilitacija dejansko uveljaviti kot socialna znanost, potem mora seči prek pozitivizma v interpretativnost. Interpretativnost pa je mogoča le, če pristanemo na številne resničnosti, ki so plod različnih življenjskih okoliščin udeležencev rehabilitacijskega procesa. S tem pristanemo tudi na različne vrednote in na nujnost, da se razkrije povezava med cilji, metodami za njihovo dosego in vrednotami. Interpretativni pristop v rehabilitaciji končno tudi pomeni, da je treba problem prizadetih ljudi postaviti med "zdrave" in v okviru družbenega

sistema.

Priznati pa je tudi treba, da je prizadetost oziroma oviranost predvsem **osebna zadeva**, individualno doživetje ovir, ki jih družba postavlja pred telesno in (ali) duševno drugačne, in šele nato zdravstvena oz. družbena zadeva. Klasičen, medikocentrični rehabilitacijski odnos predstavlja torej del problema, ne pa njegove rešitve, to kar potrebuje je, da se tudi pri nas v polni meri uveljavi **nova paradigma neodvisnega življenja**, ki bo preseгла obstoječi prevladujoči odnos med "rehabilitacijskimi strokovnjaki in klienti", podrejen sistemu in institucijam, in razvila dejaven, odprt odnos, v katerem bo ob dostojanstvu "rizika", ki nujno spremlja potrebo po svobodnem odločanju v procesu rehabilitacije, tudi dovolj čvrstega delovanja izven in prek okvirov institucij za spreminjanje ovirajočih duhovnih in materialnih družbenih pogojev. Nekateri znaki, zlasti kar zadeva spodbudno delovanje invalidnih organizacij, kažejo, da takšen paradigmatški preobrat ne bi pomenil nevarnega prekúcuštva, čeprav bi prinesel sveže vode v rehabilitacijske žive in mrtve rokave.

Očiten je tudi problem prevladujočega etosa strokovnjakov, ki so s svojim ravnanjem udeleženi v sami opredelitvi problema invalidnosti. Mar ni nesmiselno znamenje preživetega ločevanja med "normalnostjo" in "deviantnostjo", ki pa seveda poskrbi za primerno socialno razdaljo v odnosu med "dajalci pomoči" in prizadetim osebami, da jih v vseh uradnih postopkih najprej **etiketiramo kot socialno drugačne** (npr. "težje zaposljive osebe") in jih s tem tudi nehote marginaliziramo? Ocenjevalna rehabilitacijska praksa kljub vsem besedam in geslom očitno ni pripravljena sprejeti dokončne in javne legitimizacije njihovega statusa, seveda v smislu odprtih in spodbudnih možnosti za osebni razvoj do največje možne mere. Zato tudi rehabilitacijski postopki reintegracije, ki jih izvajajo tisti, ki so sami udeleženi pri marginalni opredelitvi t.i. "invalidske problematike", težko presegajo v tradicionalna družbena razmerja med "socialno potentnimi" in socialno manj "potentnimi" državljani.

Seveda so prav stališča oz. vrednote strokovnjakov, ki poudarjajo **koristnost, smotrnost in učinkovitost** rehabilitacije na račun **kakovosti** rehabilitacijskega odnosa, bistvena ovira boljšemu nudenju pomoči. Stalni organizacijski posegi, ki po eni strani povečujejo razdrbljenost po drugi pa vodijo v hiperorganiziranost rehabi-

litacijskega sistema, pri čemer se le v manjši meri odpravljajo metodološke vrzeli, ne morejo povečati splošne nizke rehabilitacijske učinkovitosti: oblika ne more reševati vsebine. Zdi se, da so tudi "rehabilitatorji", tako kot družba nasploh, preokupirani sami s seboj; frustracija, ki jo povzroča stopnjevanje proces invalidizacije slovenskega ljudstva, poskušajo odpraviti predvsem s tem, da se še bolj ukvarjajo z zunajimi znaki svojega delovanja, po možnosti zapisanimi v različnih sporazumih in pravilih, v bistvo odnosa pa ne posežejo. Zato je danes ključni problem slovenske rehabilitacije predvsem problem operativnih, konkretnih ciljev in metod, ki pomagajo te cilje doseči, zlasti na področju poklicne rehabilitacije. To je pravzaprav vprašanje, ali bodo prevladali strokovni nad finančnimi, pravno-formalnimi in politično-taktilnimi kriteriji. Kajti če je formalno-pravna segmentarizacija posameznih faz rehabilitacijskega postopka, ki omogoča povsem birokratskim nivojem odločanje o strokovnih vprašanjih, taka, da je izvajanje kontinuirane rehabilitacije stvar vsakokratnega posebnega tehtanja, potem smo seveda še daleč od intenzivnega, dinamičnega in učinkovitega postopka, ki bi bil v prid prizadetim osebam, ne pa v prid sistemu, ki mu različni rehabilitacijski delavci tako samoumevno služijo. Mar se potem lahko sploh še čudimo, da kar precej invalidnih oseb doživlja naš sistem rehabilitacije kot nespodbuden in raje ostane v varnem zavetju zajamčenih pravic, ki jim jih ni treba potrditi s kakšnim dodatnim rehabilitacijskim prizadevanjem?

Naša ujetost v rehabilitacijske danosti se pokaže na poseben način tudi tedaj, ko poskušamo pogledati prek domačega plota in se ozreti za aktualnimi razvojnimi trendi v sodobni rehabilitaciji. Zdi se najprej, da je velik poudarek, ki ga dobiva v zadnjih letih prevencija prizadetosti, pri nas dobil kaj malo praktičnega odmeva. Resničnih preventivnih posegov, zlasti v industrijske pogoje dela, kjer je v nekaterih panogah invalidizacija prav množična, skorajda ni. Nekako izven dejavne rehabilitacijske zavesti je spoznanje, da prizadetost sama po sebi ne vodi v oviranost (hendikepiranost), pač pa je to posledica slabih, neustreznih in nepopolnih ukrepov. Vrednote in institucionalna ureditev družbe lahko celo povečajo možnost, da se bo nekdo zaradi prizadetosti znašel v slabšem položaju. Zato je pomemben preventivni ukrep **edukacija javnosti in strokovnih delavcev**. Žal kažejo naše razmere na to, da je edukacija strokovnih delavcev predvsem omejena na stroko, ki ji pripadajo, prave rehabilitacijske, transdisciplinarne praktično ni, javnost pa je deležna le sporadičnih, dostikrat predvsem manifestativnih informa-

cij, ki le počasi najdejo predstavo o drugačnosti prizadetih in o težavah življenja skupaj z njimi.

V svetu tudi narašča težnja po prenosu rehabilitacijskih uslug iz posebnih ustanov v splošne javne ustanove oz. iz ustanov nasploh v skupnost. Na ta način naj bi se izpeljala praktična integracija rehabilitacijske dejavnosti v siceršnje delovanje javnih služb. Tak premik je mogoč tudi zaradi tega, ker se menja duh aktivnosti: tradicionalno pojmovanje rehabilitacije kot vrste programov in uslug, ki se nudijo prizadeti osebi v neki ustanovi, najpogosteje pod brezpogojno avtoriteto strokovnjakov, nadomeščajo programi, ki so odprti v skupnost, pritegujoč predvsem družino, delovno organizacijo in druge sile v skupnosti. Pri nas pa se zdi, da bolj utrjujemo obstoječe institucije in jim dodajamo nove, ali pa izvedemo voluntaristično "deinstitucionalizacijo" rehabilitacije na način, ki ne more obroditi dobre sadove, na primer, ko smo poklicno rehabilitacijo delovnih invalidov "izročili" delovnim organizacijam.

Težnja po izenačitvi možnosti prizadetih oseb ima svoj najbolj značilen odraz v uveljavitvi prizadetih samih kot najbolj avtentičnih zastopnikov svojih interesov. Pri nas so sicer dobro organizirani, vendar je vprašanje, če imajo že dejanski vpliv na odločanje v rehabilitacijskih zadevah. Izenačitev možnosti na področju izobraževanja pomeni imeti **enake možnosti**: formalno imajo prizadeti ljudje enake izobraževalne možnosti, v praksi pa se zadeve zapletajo zaradi nestrokovnosti (pedsodkov) in organizacijskih vrzeli. Kako si namreč lahko drugače razložimo dejstvo, da na primer skrajšami programi usmerjenega izobraževanja kljub svoji primernosti ostajajo bolj ali manj zaprti za lažje duševno prizadete mladostnike.

Gospodarska kriza je posebej pospešila oblikovanje posebnih programov za razvoj sposobnosti za delo (zaposlitev) in ustvarjanja delovnih mest: brez ideološkega dogmatizma se v svetu lotevajo vseh ukrepov, ki lahko prispevajo k večjim zaposlitvenim možnostim - odpirajo zaščitne in invalidske delavnice, uvajajo kvotni sistem, dajejo delodajalcem olajšave, organizirajo različne oblike kooperativnega dela in dela na domu itd. Naša kriza očitno še ni povsem odpravila omahovanja, stagnacije in obotavljivih iskanj tako da je odločnega, pretehtanega in sistemsko nedvoumnega ter stimulativnega delovanja na področju usposabljanja in zaposlovanja prizadetih oseb bolj malo. V tem je ena največjih vrzeli, pa tudi priložnosti

naše rehabilitacije.

In končno, popolno sodelovanje prizadetih ljudi v vseh temeljnih enotah družbe, ki je bistvo človeške izkušnje, je mogoče le, če se odpravijo vse fizične in socialne ovire. Svet, ki ga živimo in vzdržujemo, seveda še ni tak, da bi lahko to omogočal. Zato je ključno in uveljavljeno spoznanje sodobne rehabilitacije, da dosedanji prevladujoč odnos, ki je meril na prilagoditev posameznika družbi, ne zadošča več: treba je spremeniti družbo. To pa je tudi tista nujna zavest, ki bi jo morali vsi rehabilitacijski delavci sistematično gojiti in zaradi česar so se najbrž tudi edino upravičeni sklicevati na smiselnost svojega poslanstva.

OPOMBE:

1. Glej: Klajnčak, Neuman: Invalidnost, rehabilitacija in delinvalidizacija, ZRI-FSPN, 1983.