

Sjukhusets roll i rehabiliteringsprocessen

Medicinsk rehabilitering — en påverkansprocess och en omställningsprocess

Psykologens verksamhet i rehabiliteringsarbetet måste inriktas på tre målgrupper: patienter, personal och samhället framhåller bitr. psykolog Ebba Grenthe, Beteendevetenskapliga institutionsgruppen, Lund, i nedanstående artikel — som är ett försök att med hjälp av ett pedagogiskt och psykologiskt betraktelsesätt analysera vad medicinsk rehabilitering är.



Ebba Grenthe

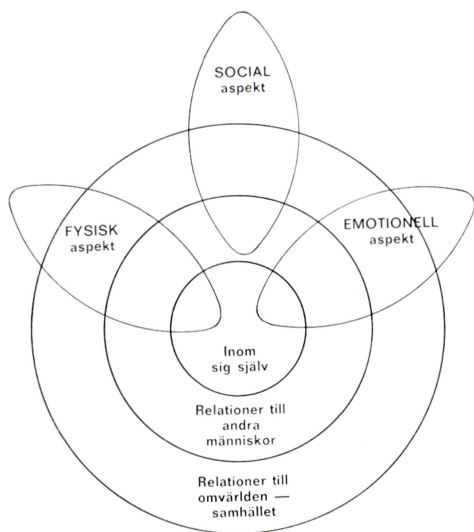
Den pedagogiska analysen innebär att studera bitarna Individ-Mål-Process-Evaluering i medicinsk rehabilitering som en påverkansprocess.

Den psykologiska analysen: att studera individuell upplevelse av situationer och relationer, möjligheter och svårigheter i medicinsk rehabilitering som ett led i en omställningsprocess. Dessutom behandlas frågan: "Hur kan psykologen bidra?".

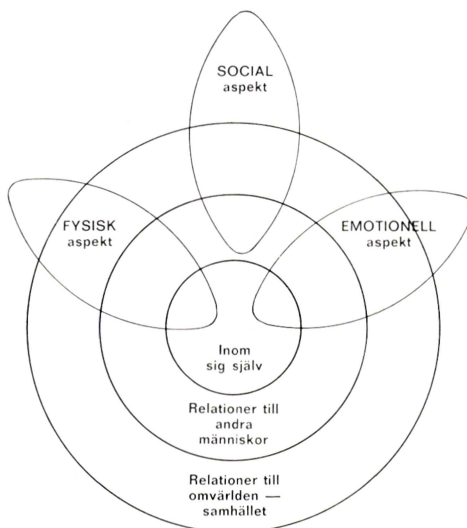
Figur 1 avser att illustrera att medicinsk rehabilitering kommer in utifrån (som en påverkansprocess) i en för individen komplex omställningsprocess, vilken består av två mångfacetterade omställningar. Om rehabiliteringen skall innebära vad ordet rehabilitering betyder ("att återinsätta någon i sin värdighet") bör den stödja patienten att komma en bra bit fram genom omställning 2, vilket i sin tur kräver att den arbetar med alla aspekterna inom alla dimensionerna.

Figur 1. Medicinsk rehabilitering.

OMSTÄLLNING 1.
från icke-patient till patient



OMSTÄLLNING 2.
från patient till icke-patient



Jag känner mig i den här gruppen lite som en katt bland hermelinerna, eftersom jag är den enda som ej *arbetar* inom somatisk rehabilitering. Min uppgift är att ge ur rehabiliteringssynpunkt lekmanamässiga synpunkter på vad rehabilitering innebär ur en *psykologs* synvinkel — det blir nog mest ur *en* psykologs synvinkel. Jag har i samband med en studie av en psykologroll vid en somatisk rehabiliteringsklinik studerat verksamheten som en utanförstående betraktare.

Som vanligt när man en kortare stund betraktar en företeelse utifrån, blir bilden något schematisk och förenklad, och man kan inte genast urskilja detaljerna, men ser mer av helheten. När vi betraktar en bild, ser vi oftast först sådana ting, som vi känner igen från tidigare, sådant som passar in i facken i vårt datorminne. Det är som om vi hade glasögon på, vilka först släpper igenom sådant, som stämmer med våra tidigare kunskaper och erfarenheter.

De glasögon jag har på, när jag ser medicinsk rehabilitering, är *mina* kunskaper och erfarenheter som psykolog. Glasögonen består av mina kunskaper och erfarenheter av att diagnosticera människors möjligheter och svårigheter som individer, av undervisning av studenter (blivande psykologer, som studerar vid en pedagogisk institution) och av att studera grupperns möjligheter och svårigheter.

Som pedagog, kallar jag behandling av patienter inom medicinsk rehabilitering för en *påverkansprocess*, vilken jag för att kunna studera bryter ner i bitarna: individer, mål, process, evaluering, bitar som alla hänger intimt samman. Dvs: Vilka är patienterna, vilka krav ställer de på målet?

Vilka mål finns uttalade?

Vilken process — dvs vilken typ av behandling krävs för att uppnå målet?

Vilka möjligheter och hinder finns?

Hur evaluerar man — dvs hur kan man mäta i vilken grad man har uppnått målet?

Det var den *pedagogiska* delen av glasögonen. Den *psykologiska* delen av dem gör, att jag ser det mesta ur psykologisk synvinkel, dvs som upplevelser av en situation, hinder och möjligheter

i relationer mellan människor, och psykologens möjligheter och svårigheter.

Påverkansprocessens målsättning

Hur kommer påverkansprocessen medicinsk rehabilitering in i omställningsprocessen? Under omställning 1? Mellan omställning 1 och 2? Eller under omställning 2?

Enligt formulerad målsättning syftar man att påverka inom ramen för omställning 2, dvs omställningen från patient till icke-patient.

Ordet rehabilitering betyder enligt Bonniers konversationslexikon: "återinsätta någon i hans värdighet eller rättigheter, ge upprättelse".

Enligt Centrala Rehabiliteringsberedningens PM (SOU 1964) är målet för den medicinska rehabiliteringen "att så långt möjligt återföra individen till fysisk och psykisk hälsa (def enl WHO) samt optimal aktivitet och anpassning till omvärlden", dess uppgifter är

1. att återställa individen till hans tidigare arbete eller
2. att förbereda honom/henne för annat heltidsarbete eller
3. att förbereda honom/henne för deltidsarbete eller skyddad verkstad eller
4. att återge honom/henne förmågan att klara sig själv i det dagliga livet (uppövande av ADL)".

Rehabilitering brukar kallas medicinens 3:e fas, de två första är då de preventiva och kurativa faserna.

En skillnad i målsättning mellan en "vanlig" sjukhusklinik och en medicinsk rehabiliteringsklinik är att det för den förra huvudsakligast gäller *behandling av förändringar* (skador eller störningar) som har inträffat eller håller på att inträffa, under det att medicinsk rehabilitering är centrerad kring att *förbereda patienten för en återgång* till samhället.

Påverkansprocessens individ-bit

"Individer" = de som genomgått omställningsprocessen från icke-patient till patient.

Som jag ser det, rör det sig om två grupper av patienter: de som blivit patienter genom en *hastig förändring* (t ex genom olycksfall eller sjukdom), den andra gruppen är de som blivit patienter genom en *långsam förändring* genom långsamt framskridande sjukdom eller genom nedslitning (t ex dåliga ryggar). Inom dessa grupper finner vi sedan en varierande grad av problem av fysisk, emotionell och social natur. För samtliga innebär dock förändringen en omställning av fysisk, emotionell och social natur, d v s av hela människan och hennes relationer till omvärlden.

För att studera den *emotionella* omställningen, kan vi använda en psykologisk modell för vad som styr människans beteende. En amerikansk psykolog, Abraham Maslow, har en teori, som, förenklat, innebär att människan styrs av sina otillfredsställda behov. Han säger att människans behov är av olika slag:

dels *överlevnadsbehov*: fysiologiska behov (luft, mat, sex, tömning av blåsa & tarm)

behov av trygghet

behov av kärlek, tillgivenhet, ömhet (att ge och ta)

behov av självrespekt (att respekteras av andra, känna sig nyttig)

dels *självförverkligande behov*: att kunna utnyttja sina möjligheter

Dessa behov är enligt Maslow ordnade i en sorts hierarki, så att vi, så länge våra fysiologiska behov är otillfredsställda, i vårt beteende styrs endast av dem, d v s det enda vi är intresserade av, är att få dessa behov tillgodosedda. Maslow säger att om vårt beteende skall styras av behovet av självförverkligande, måste övriga behov vara tillfredsställda eller rätt enkelt kunna tillfredsställas.

Vid en hastigt inträffad förändring i våra relationer till omvärlden kullkastas vårt sedvanliga behovssystem: t ex efter att ha arbetat på att tillfredsställa våra självrespektbehov, får vi plötsligt svårt att tillfredsställa våra fysiologiska behov. Vid långsamma omställningar går vi mer lång-

samt nedåt i behovshierarkin och kanske blir det trygghetsbehovet, vi får försöka tillfredsställa i första hand.

Påverkansprocessens mål- och processbit

Mål: att påverka inom ramen för omställningsprocessen från patient till icke-patient.

Detta mål ställer höga krav på process-biten (behandlare, behandling), det ställer krav på teamwork eftersom omställningsprocessen förutom en fysisk aspekt också har en social och en emotionell aspekt och dessutom pågår inom tre dimensioner.

Målet för rehabilitering, som det uttryckts av CRB är, som jag uppfattat det inställt på att hjälpa patienten att, så vitt möjligt, få överlevnadsbehoven så väl tillgodosedda, att han kan styras av självförverkligande behov (önskedrömmen för oss alla). Det är inte små krav man ställer på sin påverkansprocess, men de är egentligen inte alls orimliga. Det krävs personal av olika specialiteter, men det krävs också att personalen arbetar tillsammans, arbetar i team, för att deras kunskaper och erfarenheter, skall kunna utnyttjas i omställningsprocessen, vilken är en process som pågår inom 3 dimensioner, d v s inte endast rör hinder och möjligheter *inom patienten* utan också i hans *relationer till andra människor* och hans *relationer till den yttre omvärlden—samhället*, och där dessutom ingår samspelet mellan dessa dimensioner.

Psykologens möjligheter

(och dennes tre målgrupper: patienter, personal och samhället).

I och med att det rör sig om en omställningsprocess, inte bara *en* individs anpassning, bör det kunna vara till stor nytta att tillvarata psykologens kunskaper och erfarenheter av t ex psykisk diagnostik t ex hjärnskadetestning, anlagsprövning, personlighetsdiagnostik (d v s hur vi reagerar inför olika ting och varför)

psykoterapi	allt ifrån enkla samtal med människor emellan till grupp-terapi
inlärningsteori	t ex hur vi bäst kan lägga upp träningsprogram för emotionell och social träning, hur vi skall hantera mål så att vi gör dem uppnåeliga
gruppdynamik	vilka faktorer som hindrar respektive underlättar en grupps arbete
attitydpåverkan	alltifrån hur attityder grundlägges och hur man kan påverka existerande attityder hos enskilda människor till hur man förändrar arbetsmiljö och samhällets yttre miljö

Det finns samlat vetande och det finns samlade erfarenheter inom dessa områden, ehuru sällan hos en och samma person, men varje psykolog bör kunna ge värdefulla tillskott till de övriga i teamet inom något eller några områden.

Som jag ser det, finns det tre målgrupper för psykologens arbete inom medicinsk rehabilitering: patienten och hans relationer till andra människor, personalen och omvärlden—samhället.

Psykologens arbete med målgruppen patienter

Omöjligt utan att samtidigt arbeta med de övriga två målgrupperna. Detta exemplifieras med motsättningen bli omhändertagen — ta ansvar.

Ett exempel vad gäller patienter: jag försöker då sätta in mig själv i rollen av den som kommer från en somatisk klinik, där jag behandlats för en trafikskada.

Med mig har jag då (förutom den första chocken och den i viss mån reparerade fysiska skadan) erfarenheter av en relativt kort tid av omvårdnad i en speciell isolerad miljö, nästan total avsaknad av eget ansvarstagande vad gäller det

som händer mig, och hoppet och tron att jag skall bli helt återställd.

Framför mig har jag resten av mitt liv, där jag, till största delen själv måste ta ansvar för vad som händer mig, för att jag skall kunna känna mig fungera som människa bland människor, framför mig har jag dessutom uppdragandet av att jag ej blir helt återställd.

I denna situation är den första stationen i omställningsprocessen den medicinska rehabiliteringskliniken.

Hur kan jag vänja mig *av* med att bli omhändertagen:

Hur kan personalen, som kan och vet vad som är bra för mig, och som är snälla människor, låta mig vara med och bestämma t ex vilken behandling jag skall ha, de är ju sjukhuspersonal de också?

Men jag behöver träna mig att ta ansvar igen, eller behövs inte det?

När jag börjar märka, att jag ej kan bli helt återställd, och börjar se alla mina framtida svårigheter med familj, arbete, ekonomi etc, hur kan då personalen hjälpa mig att *vilja* försöka ändå? Skulle de andra patienterna kunna hjälpa mig att *vilja* försöka ändå? Skulle de andra patienterna kunna hjälpa mig?

Psykologens arbete med målgruppen personal

(Motsättningen teamarbete—expertfunktioner)

Personalen, som behöver arbeta i team med intensiv kontakt med varandra och patienten, är ju experter var och en på sitt (exempel röster vid konferensen: "Psykologerna tror de har ensamrätt till själen", "Men då kanske jag kommer in på psykologens område"), de är inne i sjukhus-systemet, där sjukvårdslagen innebär att läkaren har ansvaret, där man belönar olika yrkesgrupper olika för deras arbete. Det är lätt att säga att de skall arbeta i team, men ett sådant team har samma svårigheter som vilken arbetsgrupp som helst, det tar tid innan det fungerar, man behöver ofta lite hjälp utifrån.

Psykologens arbete med målgruppen samhället

(Motsättningen behov—resurser)

Psykologens tredje målgrupp omvärlden—samhället, tex arbetsplatser och den yttre miljön. Hinner psykologen det med 1 tim/patient och vecka?

Påverkansprocessen: målens krav på processen

(i form av behandlingsformer och organisationsformer.)

Som jag ser det ställer det uppställda målet för rehabilitering följande krav:

Individuell diagnos och behandling *parad* med behandling i grupp, där personalen ingår som medmänniskor och där man kan studera och experimentera med relationer och där den yttre miljön dras in i behandlingen, s k miljöterapi. Denna behandling ställer stora krav på personalen, dels att ställa upp för patienterna, dels att ställa upp för varandra för att kunna lära av varandra.

Härav följer krav på:

beslutsformer, där all personal och patienter deltar och där den information som krävs som beslutsunderlag delas små team så att kommunikation är möjlig

gemensam precisering av mål för den enskildes behandling och klinikens behandlingsideologi i hanterbara termer, där målen är preciserade så att de också är möjliga att uppnå god ork hos personal och stöd till dem från huvudman och samhälle.

Påverkansprocessen — evalueringsbiten*

Vem kan värdera resultatet? Samhället? Behandlarna? Patienten? Om påverkansprocessen ses som ett led i en omställningsprocess så borde patienten själv vara den enda som kan värdera resultatet.

I min impressionistiska syn på medicinsk rehabilitering har jag något berört bitarna Individ, Mål, Process i påverkansprocessen, men ej berört *evalueringen* d v s värderingen av resultatet. Denna kan, som jag ser det, endast göras av patienten själv, även om beslut av typ: när skall behandlingstiden vara slut, måste göras av personal och patienter.

*Resultat av en evalueringsundersökning och diskussion av "Kan rehabiliteringsresultat värderas?" har publicerats av psykologen *Marianne Johansson* i *Läkartidningen*, vol 69, nr 40, 1972, sid 4521—4524.

"Vi och vår hälsa"

HULTAFORS

fysikalisk-dietisk kuranstalt enskilt sjuk- och konvalescenthem

Postadress: 510 35 Bollebygd

Lämplig rekreationsort.

Alla moderna badformer,
elektricitetsbehandling, massage.

Vegetarisk och blandad kost.

Individuell diet.

Överläkare: Dr. N. Blomstedt

Mod. priser. Inga drickspengar
Begär utförligt prospekt.

Telefon Borås 033/950 50.