

Sjukhusets roll i rehabiliteringsprocessen

Kurators synpunkter

Det är ett mycket stimulerande arbete att som kurator ingå i ett rehabiliteringsteam, framhåller i nedanstående artikel Barbro Guste-Sellberg, förste kurator vid socialmedicinska kliniken, Sahlgrenska sjukhuset Göteborg.

I artikeln redovisas kurators roll i rehabiliteringsarbetet på ett sjukhus, sett främst från erfarenheterna från en medicinsk rehabiliteringsklinik.



Barbro Guste-Sellberg

Sjukvårdens rehabiliteringsansvar i allmänhet

Inom sjukvården har det alltid varit angeläget att lägga rehabiliteringsaspekter på behandlingen av patienter som genom långvarig och invalidiserande sjukdom eller som p. g. a. sviter efter olycksfall ej kan återuppta sin tidigare livsföring i hem och arbetsliv. För c:a 20 år sedan aktualiserades begreppet rehabilitering på ett annat sätt än tidigare och sedan mitten av 1950-talet har vi fått medicinska rehabiliteringskliniker på 13 platser i landet. Det lär dröja innan behovet är någorlunda täckt men aktiv rehabilitering bedrivs även på vissa andra kliniker som ortopediska, neurologiska och långvårdskliniker. Oavsett om det finns rehabiliteringskliniker eller ej kommer alltid den primärvårdande läkaren att få ta på sig rehabiliteringsansvaret för det stora flertalet patienter. Hans ansvar är också mycket stort för att rehabiliteringsåtgärder skall komma till stånd vid rätt tidpunkt. Det kan tyckas vara en självklarhet men erfarenheten visar många brister i detta avseende.

Sjukhuskurators situation ur rehabiliteringssynpunkt

Kuratorsverksamheten på våra sjukhus har under senaste årtiondena successivt byggts ut och blivit

en viktig funktion i sjukhusarbetet. För sjukhuskuratorn har det alltid varit en självklar uppgift att med olika stödåtgärder medverka till bästa möjliga förutsättningar för patienten att klara sig utanför sjukhuset. Somliga patienter söker själva kontakt med kuratorn, de flesta remitteras av läkaren, som ofta är pressad av platsbrist eller samhällets krav på socialmedicinska åtgärder. Andra yrkeskategorier inom sjukvården såsom sjuksköterskor, sjukgymnaster m. fl. kan hänvisa patienter till kuratorn men även anhöriga och institutioner utanför sjukvården tar den första kontakten. Tidigare har kuratorn många gånger endast anlitats för punktinsatser för att lösa ett aktuellt problem men ett ökat intresse för rehabiliteringsfrågor och en större medvetenhet om den sociala situationens betydelse för behandling och återanpassning, ställer andra krav på sjukhuskuratorn idag. Genom strukturrationaliseringar på arbetsmarknaden och ökade krav på yrkeskunnande har allt fler patienter idag arbetsproblem och det

Oavsett om det finns rehabiliteringskliniker eller ej kommer alltid den primärvårdande läkaren att få ta på sig rehabiliteringsansvaret för det stora flertalet patienter.

krävs ofta ett intimt samarbete mellan sjukvård, försäkringskassa, arbetsvård och ibland socialvård, där kuratorn kan spela en viktig, samordnande roll för att olika aspekter skall beaktas.

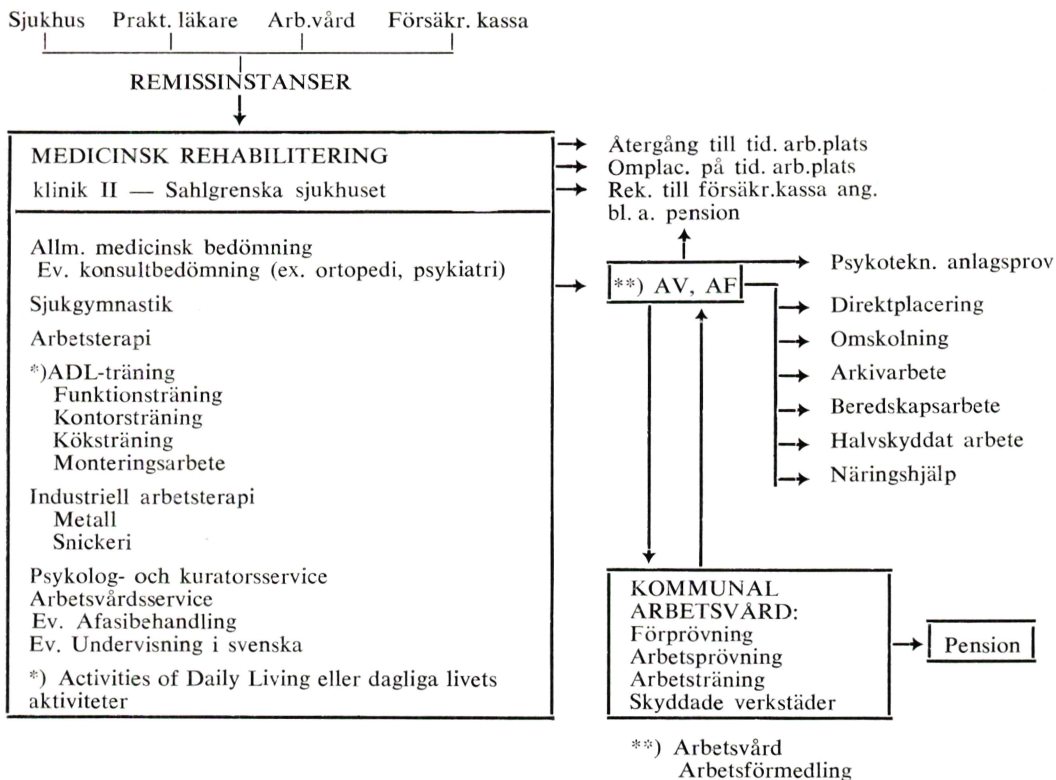
De medicinska rehabiliteringsklinikernas organisation och funktion

De medicinska rehabiliteringsklinikerna i landet har byggts upp efter medicinalstyrelsens råd och anvisningar och de arbetar alla i stort sett på ett likartat sätt. Man har avdelningar för sjukgymnastik och arbetsterapi och en personaluppsättning, som bör ha goda förutsättningar att tillsammans med patienten på ett allsidigt och systematiskt sätt beakta och bearbeta de olika problem som kan vara av betydelse för den totala bedömningen av patienten och hans möjligheter att fungera optimalt. I teamet omkring patienten ingår förutom läkare bl. a. sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, psykolog, kurator och arbetsvårds-tjänsteman. Lagarbete är en självklarhet på alla

rehabiliteringskliniker även om samarbetsformer-na kan variera något. Det resultat som uppnås beror sällan på en enskild teammedlems åtgärd utan är det samlade resultatet av insatser från var och en. För att åstadkomma ett optimalt behandlingsresultat är det också nödvändigt att det på en rehabiliteringsklinik råder ett aktivt och positivt terapeutiskt klimat.

För att i någon mån klargöra hur en rehabiliteringsklinik fungerar, hänvisas till flödesplan (fig. 1) för Medicinska Rehabiliteringskliniken II, Sahlgrenska Sjukhuset, varifrån jag har mina praktiska erfarenheter. En mindre ändamålsenlig byggnad och begränsade personalresurser medger inte behandling av patienter med stor vårdtyngd. Patienter med dåliga ryggar, amputerade ben, ledgångsreumatism, resttillstånd efter olycksfall, skallskador, hjärnblödning, brännskador och nervskador är vanligast förekommande. Hos många patienter föreligger samtidigt psykiska insufficiens-tillstånd och sociala problem som komplicerar och

Fig. 1. Patientflödet vid en rehabiliteringsklinik.



Dåliga ryggar, amputerade ben, ledgångsreumatism, resttillstånd efter olycksfall, skallskador, hjärnblödning, brännskador och nervskador är vanligast förekommande.

försvårar deras rehabilitering. Det är nödvändigt att prioritera patienter, som kan förväntas uppnå ett gott rehabiliteringsresultat. Helst ser man att rehabilitering leder till återgång i arbete men målsättningen får ibland begränsas till att en patient efter rehabiliteringsåtgärder kan bo i egen bostad i stället för på institution. Särskilt gäller detta patienter med svåra rörelsehinder eller annan höggradig invaliditet.

Kuratorns roll i rehabiliteringsteamet

På de flesta rehabiliteringskliniker är det rutin att varje patient skall sammanträffa med kuratorn oavsett om han anser sig ha sociala problem eller ej. Vi gör en socialutredning på alla patienter som skrivs in på de medicinska rehabiliteringsklinikerna på Sahlgrenska Sjukhuset i Göteborg. Patienterna är nästan undantagslöst positiva till en sådan utredning och medverkar merendels villigt sedan kuratorn förklarat den sociala situationens betydelse ur rehabiliteringssynpunkt. Det är ofta lika viktigt att förbättra sociala missförhållanden i den mån det går, som att förbättra patientens medicinska status och allmänna funktionsförmåga. Patienten informeras också om att en kopia av socialjournalen, som bygger på patientens egna uppgifter, delas ut till psykolog, sjukgymnast och arbetsterapeut förutom att den finns i läkarjournalen. Patienten uppmanas att säga ifrån om det är något vi talat om, som han inte vill ha med i utredningen. Om detta inträffar rör det sig ofta om mycket personliga problem som muntligen kan delges läkare om de bedöms ha betydelse för behandlingen. Har patienten varit föremål för behandling och åtgärder på annat håll, så bör utredningen kompletteras med uppgifter som fortfarande är relevanta. Det kan gälla tidigare kuratorskontakter eller åtgärder som satts in eller övervägs av andra sociala eller arbetsvårdande institutioner. För samtliga patienter har vi funnit

Patienten uppmanas att säga ifrån om det är något vi talat om, som han inte vill ha med i utredningen.

det angeläget att inhämta uppgifter från försäkringskassan om tidigare sjukskrivningsperioder. Samtal med anhöriga och arbetsgivare kan även vara av betydelse för att få en rättvisande uppfattning om patientens tidigare och nuvarande situation. Man vinnlägger sig om att arbeta i samförstånd med patienten.

Frågeställningar

Rehabiliteringskuratorns grundläggande frågeställningar skiljer sig i stort sett inte från andra socialarbetares, men vi försöker att systematiskt fråga om det som vi av erfarenhet vet kan vara problem för många av våra patienter. Socialjournalerna skrives efter en bestämd mall och på ett sådant sätt att alla uppgifter går lätt att hitta. Vi använder följande rubriker: BAKGRUND, FAMILJESITUATION, BOSTAD, EKONOMI, UTBILDNING, ARBETE. Under ÖVRIGT kommer sådana frågor in som rör intressen, motivation, attityder etc. Kartläggning av en patients sociala situation är endast en del av kuratorns arbete. Det har visat sig att endast ett fåtal rehabiliteringspatienter fortsättningsvis inte blir föremål för någon social åtgärd. Att här gå in på de olika problem som man kan finna bakom varje rubrik är knappast motiverat och hur problem löses i de enskilda fallen varierar från patient till patient beroende på många olika faktorer. Försäkringsfrågor har ofta försummats för dessa patienter och rehabiliteringskuratorn bör vara särskilt observant på detta. När det gäller att lösa ett bostadsproblem för en rörelsehindrad patient får kuratorn god hjälp av speciellt arbetsterapeuten och arbetsproblematiken är ofta allas angelägenhet i motsats till sjukhuskuratorns vanliga roll.

Försäkringsfrågor har ofta försummats för dessa patienter och rehabiliteringskuratorn bör vara särskilt observant på detta.

Det kan således föreligga en viss risk att patienten ibland inges större förhoppningar än som kan infrias.

Speciella problem i rehabiliteringsarbetet

Bland de speciella problem som ofta uppstår i rehabiliteringsarbetet kan följande nämnas: *motivation för behandling* som kan hämmas av rädsla och osäkerhet för vad undersökningar och test-situationer kan innebära. Praktiska svårigheter kan uppstå p. g. a. barnpassningsproblem och/eller transportproblem. Familjeproblem, alkoholproblem och ekonomiska problem kan också utgöra motivationshinder för att påbörja behandlingen. Här får kuratorn ofta ingripa och försöka eliminera motivationshinderande faktorer. När det gäller *motivation för återgång i arbete* kan hög försäkrings-ersättning verka återhållande liksom erbjudande om arbete mot lägre betalning än tidigare. Många har också svårigheter att acceptera ett mindre kvalificerat arbete än det man tidigare haft.

Det är inte ovanligt att en patient har svårt att acceptera sitt handikapp och detta gäller även hans närmaste omgivning. Detta kan i hög grad försvåra rehabiliteringen och då blir det angeläget för kuratorn liksom för övriga i teamet att på olika sätt försöka bearbeta dessa *attityder*. Allmänhetens liksom vissa arbetsgivares attityd till de handikappade kan också behöva angripas för att underlätta rehabilitering och det sker ofta dels genom information och dels genom konfrontation.

Utlandsfödda patienter med *språksvårigheter* medför speciella problem, som kan vara mycket svårösta för en rehabiliteringsklinik. Svenskundervisning till trots är många svårinstruerbara och önskvärd omskolning är ofta helt omöjlig av denna anledning. Måste dessa patienter pensioneras är många utestängda från allmän förtidspension och deras ATP är ofta otillräcklig.

Faktorer som hindrar kontinuiteten i rehabiliteringsarbetet är långa väntetider för arbetsvårdande åtgärder samt det allmänna arbetsmarknads-läget. I Göteborg liksom på många andra orter är det orimligt långa väntetider till skyddad verkstad

och ännu svårare är det att finna terapibetonade sysselsättningsmöjligheter för dem som inte kan komma ifråga för arbete på skyddad verkstad. Sysselsättning är lika viktig för båda dessa grupper för att bryta isolering och bibehålla uppnådda funktioner. Patientens sociala problem accentueras ofta i samband med utskrivningen och kan kvarstå lång tid efter avslutad behandling, vilket medför svårigheter för kuratorn att avgöra när ett ärende kan avslutas utan att resultatet av behandlingen äventyras.

Målsättningen i all medicinsk rehabilitering är att optimalt kunna utnyttja de positiva egenskaper våra patienter besitter, men härigenom kan man ibland förledas till att inte tillräckligt beakta negativa faktorer i omgivningen, som rehabiliterings-institutionen tyvärr inte kan påverka. Det kan således föreligga en viss risk att patienten ibland kan inges större förhoppningar än som kan infrias. Man får dock inte glömma att optimism och framtidstro är mycket viktiga drivkrafter på en reha-biliteringsklinik. Det är också ett mycket stimulerande arbete att som kurator ingå i ett rehabiliteringsteam och där uppleva samhörighet och en gemensam strävan att uppnå samma mål.

Glöm ej förnya prenumerationen

Prenumerationspris:

helår kr 40: —

halvår kr 25: —

studentprenumeration kr 20: —

Socialmedicinsk tidskrift

Fack

104 01 Stockholm 60

Postgiro 1179-1 Tel. 08/83 20 83, 87 34 91