

Utvecklingstendenser inom arbetsterapi



Bodil Nilsson

Samhällsordningen och arbetsplatsernas strukturrationalisering, fortsatt byggande av omöjlig fysisk samhällsmiljö och ett ökat krav på fritid och utbildning medför att vi kommer att behöva ett mycket stort antal arbetsterapeuter i framtiden, hävdar i nedanstående artikel Bodil Nilsson, instruktionsarbetsterapeut vid utbildningsavdelningen, Malmöhus läns landsting.

Arbetsterapiens organisations och behandlingsformer är i hög grad bunden till samhällets utveckling och funktion.

Jag skall med detta som utgångspunkt försöka redogöra för min syn på arbetsterapiens roll och möjligheter inom somatisk vuxenrehabilitering i dagens Sverige.

Arbetsterapi — somatisk vård — kan sägas ha genomgått 2 utvecklingsfaser och nuvarande 3:e pågår sedan några år tillbaka. I första fasen gav människor — frivilligt eller ålagt — patienten *förströelse* och strävade samtidigt att hålla de traditionsbundna handslöjderna vid liv. Andra fasen omkring 1940 präglas framför allt av internationellt inflytande från krigsländerna, där man sedan länge använde aktiviteter för att träna upp fysiska och psykiska funktionsförmågan. Arbetsterapi som en målinriktad *behandlingsform* accepterades ej helt här förrän i mitten av 1950-talet då klinikerna för horisontell rehabilitering startades. Man var framför allt intresserad av mättnings- och träningsmetoder vid rörelsebehandling, ADL- och hushållsträning. Grundforskning att stödja sig på vid rörelsebehandling i arbetsterapi saknas fortfarande. Den tredje fasen inleddes med att arbetsterapeuterna efter 1965

fick en adekvat 3-årig utbildning. Det är en bred utbildning och arbetsuppgifterna arbetsterapeuten har på rehabiliteringskliniken beror på:

- a. samhällsförhållandena
- b. klinikens organisation och arbetssätt
- c. patientunderlag och behandlingsmetoder
- d. arbetsterapeutens kunskaper, ambitioner, erfarenhet och tillämpningsförmåga m. m.

Man kan säga att rollen bestäms av patientens och övriga personalens förväntningar på henne/honom, och detta i sin tur är påverkat av allmänna samhällssynen. Följande rader ur Gunnel Enbys bok belyser kraven på rehabiliteringspersonalen och då speciellt på arbetsterapeutens uppgifter inom det *psykosociala* fältet som är utmärkande för nuvarande tredje utvecklingsfasen. Det vill säga arbetsterapeutens medverkan till individens möjligheter att emotionellt och socialt finna sig tillrätta i totala samhällsmiljön.

Utdrag ur VI MASTE FÅ ÄLSKA sid 52—53, av Gunnel Enby.

"Nog är väl rehabilitering mycket mer än gymnastik och terapiarbeten. Att hindra hämningar och ångesten från att slå rot inom den skadade är något av det allra viktigaste. Det gör man inte bara genom

att hålla patienten sysselsatt med att väva halsdukar eller sätta ihop och måla halvfabrikat. Inte ens den korta veckotimmen i det handikappvänliga kök som finns på vissa sjukhus och där man får baka och laga mat känns som inledning på vägen tillbaka till livet. Inte de korta promenaderna med sjukgymnasten på gångarna i sjukhusparken. Inte besöken av sjukhusfrissan.

Ju längre man hålls inne på anstalten och där övas och rehabiliteras, ju svårare har man att komma tillbaka till livet såsom det levs på andra sidan sjukhusgrinden. Livet på sjukhuset blir det verkliga livet och utanför finns en värld man visserligen en gång tillhört men som förefaller allt mer skrämmande. Då man kommer ut glider man lätt in i vanan att inte visa vem man är. Man fungerar hemma i sitt lilla välorganiserade handikappkök och i bilen, där ingen utanför behöver ana att man är handikappad. Vagar bara pröva sin erotiska dragningskraft sött uppladdad i bilen med rullstolen väl gömd i bagageluckan.

Under den tid handikappad vistas på anstalt för rehabilitering måste hela tiden dörren till yttervärlden hållas vidöppen. Det får inte vara så att man måste ha blivit mycket bättre fysiskt innan kontakten utåt tas upp igen. Hela tiden måste man känna att det är världen utanför sjukhuset man tillhör. Det är ju där man vill leva vidare, till den världen man måste anpassa sig. Inte till den välorganiserade sjukhusvärlden.

Därför gäller det för patienten att så snart och så ofta som möjligt träffa "vanliga" människor, t.ex. genom att gå och handla på kryckor eller i rullstol och besöka restauranger. På så sätt vänjer man sig vid att folk tittar och frågar, vid att själv be om hjälp upp- och nerför trottoarkanter och trappor. Träningen i att fungera i vardagssituationer ger den rörelsehindrade en självkänsla som hindrar honom från att stelna i en blyghet som för långa tider kan hämma viljan och modet till att återgå till det friska livet. Inte minst måste sexualiteten integreras i rehabiliteringsarbetet på ett självklart och naturligt sätt. De handikappade skall ses som fullvärdiga män och kvinnor med allt vad det innebär av behov och gemenskap, sex och uppskattning".

Arbeterapin skall således i första hand motverka isolering och bygga upp självförtroendet bl. a. genom att hålla dörren till yttervärlden öppen. Läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter är tyvärr ibland övedrivit inriktade på fysiska träningen framför att gemensamt med patienten lägga upp behandlingsprogram som stimulerar de psykiska behoven som för patienten är viktigare.

Den schematiska uppställningen (fig. 1) skall illustrera mina fortsatta resonemang om arbetsterapeutens möjligheter att utreda och behandla ska-

Arbeterapin skall således i första hand motverka isolering och bygga upp självförtroendet.

dade människor till att fungera på lägsta möjliga omhändertagningsnivå i boende-, arbets- och övriga samhällsmiljön.

Arbeterapeuten måste med patient, personal och berörda samhällsmedlemmar utreda patientens fysiska miljö, psykiska miljö och hans/hennes psykiska och fysiska funktionsnivå och behov innan slutliga behandlingsprogrammet görs upp.

MILJÖNS BETYDELSE FÖR ARBETERAPINS UTFORMNING

Boendemiljö

Vårdinrättning. Rehabiliteringskliniken lokaler m. m. och känsloklimatet mellan de sjuka och friska människorna — även besökare, anhöriga — är mer avgörande för arbetsterapibehandlingens resultat än man tidigare har trott. De positiva attityderna som påskyndar patientens rehabilitering visar sig redan i lokalplaneringen.

I Råd och anvisningar rörande medicinska rehabiliteringskliniker vid centrallasarett, utfärdade av Kungliga medicinalstyrelsen den 30 april 1964 står det:

"Den hittillsvarande erfarenheten framför allt från Borås visar, att det i medicinalstyrelsens VPM 1954 framlagda förslaget om 30 vårdplatser för ett upptagningsområde på cirka 200 000 personer icke är för högt räknat, även om verksamheten i enlighet med vad nedan sägs utbyggs att omfatta ett väl organiserat transportväsen för transport till och från sjukhuset av vissa fall, samt internat."

Eftersom Sverige har 8 milj. invånare skulle det betyda att vi minst är i behov av 1 200 (1 560 med regionvårdsplatser), vårdplatser, men vad som finns är 576 platser i sluten- och lättvård samt dagvårds- och neurologrehabiliteringsplatser. Det betyder att patienten vistas för lång tid på andra institutioner/kliniker eller i hemmet och rehabiliteringsarbetet försvåras och förlängs. För arbetsterapeuten innebär det att vänja patienten av med felaktigt inlärd rörelsemönster och ställningar innan "normala" rörelseträningen kan börjas. Motivationen för att träna i det dagliga livets aktiviteter har försvårats då patienten har fått hjälp med detta. Anhöriga eller annan person som har vårdat patienten i hemmet måste informeras, instrueras ti-

Fig. 1. Arbetsterapi, en schematisk uppställning.

MÅLSÄTTNING: att i lägsta möjliga omhändertagnivå fungera i:	ANALYS: I. Utformning av den fysiska miljön. (lokal, inventarier)	ANALYS: II. Samspelet i den psykiska miljön. (känso- klimatet)	ANALYS: III. Mätning o bedömning av pat:s fysiska, psykiska funk- tionsnivå o be- hov.	BEHANDLING: Sker individuellt och/eller i grupp	UPPFÖLJNING: Speciella åt- gärder o fort- satt träning.
1 <i>Boendemiljön:</i>	Vårdinrättning	Patienter, per- sonal, Besökare.	Funktions- status: a. koordination b. muskelstyrka c. ledrlighet d. kondition	Rörelseträning genom: a. skapande ak- tiviteter t. ex. keramik, block- tryck, vävning b. fritidsaktivi- teter t. ex. spel, lekar. c. industriella aktiviteter	Redskap adap- teras o arbets- tyngden doseras. Fortsatt reakti- vering o psyk. stimulans
	Vårdinrättning Bostaden i "normala" sam- hällsmiljön	Patienter, per- sonal, Besökare. Familj, hjälpare, grannar m. fl.	ADL-status Hushålls-status Hembesöks- formulär	ADL-träning Hushållsträning i träningslägen- het o i hemmet	Tekniska hjälp- medel, Förenkling- kläder Förenkling- hemvård, hush. Hembesök. Ny- el ombyggn. av bostad o om- givn.
2 <i>Samhällsmiljön:</i> a. Kommunikation -information	Sjukhuset övriga sam- hället	Ovan nämnda o service personal såsom Logoped, Bibliotekarie, Spec. lärare	Kommunika- tionssvårigheter Utbildnings- behov	Intellexuella aktiviteter: tal, språk, räk- ning, skrivning, kontorsträning, brevkurser Skapande- o fritidsaktivitet	A. klara av telefon, tidnings- läsning, radio, TV, deklaratio- nen, brevskrivn. B. klara inköp, post, bank m. m.
-transport	Gång o tran- portleder. Transport- medlena Stressfaktorer	Sjukgymnast övriga samhälls- medlemmarna	Förflyttnings- svårigheter	Trafikkunskap	C. använda buss, taxi, tåg, m. m. Köra bil, cykel, Schopper. Rull- stol. Gånghjälp- medel.
b. Fritid	Allmänna sam- hällsinrättning- arna. Hela sam- hällsmiljön	Ovan nämnda	Behov av kon- takt o rekrea- tion o utbildning	Alla ovan näm- da aktiviteter arrangerade så att kontaktytor- na utökas.	D. Besöka bio, teater, konserter, föredrag, be- kanta, studie- cirklar, biblio- tek, badhus.
3 <i>Arbetsmiljön:</i>	Arbetsplatsen: framkomlighet, arbetskrav: a rörelser o ställningar. b stressfaktorer	Ledning o kam- rater. Stress- faktorer (tid)	Arbetsbedöm- ningsformulär (psyk.) Stand- arb.prov. Fysisk uthållig- het. Utbildningsbehov	Industriella ak- tiviteter: snicke- ri, metall, mon- tering, Kontors- aktiviteter Träning av ar- betstolerans Ergonomiunder- visning	Arbetsplatsbe- sök: Ändring av lo- kaler, inventa- rier o redskap.

~~~~~  
*Anhöriga instrueras tidigt och så lång tid att vederbörande förstår vad patienten kan och inte kan i ADL-funktionerna.*  
~~~~~

digt och så lång tid, att vederbörande förstår vad patienten kan och inte kan i ADL-funktionerna. Hur detta i sin tur skall lyckas beror även på om patienter har fått vara med i beslut om rehabiliteringsbyggnationens utformning, storlek och var den bör byggas. T. ex. en liten enhet, litet upptagningsområde för att patienten ej skall tappa kontakten med familjen.

En del av dehumaniseringen på våra kliniker skulle försvinna om patienten hade ett eget rum med möjlighet att sätta in en extra säng. Patienten får bättre sömnförhållanden och blir i bättre psykisk balans för att träna maximalt på dagen. ADL-träningen kunde pågå ostört och under humana förhållanden. Man borde även få slippa att tvätta sig samtidigt med de andra patienterna i samma tvätttrum. Det underlättar även i arbetsterapeutens träning och utprovning av tekniska hjälpmedel. För att ej bryta kontakten utåt skall telefonjack finnas på alla rummen och där kan man även ta emot vänner och bekanta för natten.

Boendemiljö

Bostaden i "normala" samhällsmiljön bör fortast möjligt besökas och helst bör hemvård och hushållsträning ske i hemmet, men eftersom det oftast är avlägset (i Norrland 30—40 mil) används bland annat träningslägenhet. Den är flexibelt konstruerad och skall kunna ändras efter patientens behov och hemförhållanden.

Det tar lång tid att bygga om eller ny bostad för patienten och därför vill man planera detta på ett tidigt rehabiliteringsstadium. Ofta är patientens prognos osäker och utformningen av hemmet och om några tekniska hjälpmedel t. ex. hushållsmaskiner skall inplaneras, är beroende på hur psykiskt och fysiskt återställd patienten blir. Gunnel Enbys träning i köket var ej tillräckligt meningsfull för henne och det kan även bero på allas medvetande om att man ej kan sätta prognos. Jag är dock övertygad om att om hon hade

fått bjuda in bekanta att smaka på maten eller tagit med sig maten hem till bekanta hade träningen varit meningsfull eftersom hennes starkaste behov var att upprätthålla kontakter utanför sjukhuset.

Arbetsterapeutens utredning av fysiska och psykiska miljön och omplanering efter patientens önskan och de bestämmelser man har att följa är en komplicerad procedur som väsentligt skulle underlättas om alla bostäder byggdes så flexibla från början att de kunde anpassas efter allas behov.

Aktiviteter i träningslägenheten hör till de mest realistiska medlen arbetsterapin har att erbjuda bland annat för att öka kontaktytor eller pröva ut en boendemiljö som passar individen.

Samhällsmiljö

Kommunikation-information. Arbetsterapeuten utreder vad patienten med t. ex. hjärnskada behöver träna för att kunna ta emot och ge information. Det gäller att träna tal och språk samt att öka kontaktytorna för att få normal kommunikation till stånd. Det senare kan göras genom gruppsamtal eller att utnyttja skapande- och fritidsaktiviteter där målet är att skapa trygghet i gruppen som leder till att man vågar tala. Tyvärr saknas ofta grupprum eller annat lämpligt rum, vilket omöjliggör behandlingen. Vanliga eller avpassade kurser kan tjäna som fortsatt behandlingsmedel. Sista steget är att gå i vanliga kursverksamheten utanför sjukhuset.

Kommunikation-transport eller förflyttning är nästa steg mot normalt samhällsliv då patienten med t. ex. sina gångsvårigheter tränar sin förflyttning med allmänna kommunikationsmedel. Den fysiska trafikmiljön och det hastiga tempot lägger oöverstigliga hinder för många människors kamp för att bli oberoende i samhället. Samhällsutvecklingen visar ej någon förbättrande trend

~~~~~  
*Aktiviteter i träningslägenheten hör till de mest realistiska medlen arbetsterapin har att erbjuda.*  
~~~~~

Människans behov av att träffa andra är så stark att flera års rehabilitering kan spolieras helt genom isolering.

och i trafikträningen får vissa patienter endast ställas inför det faktum att trafiken handikappade honom och nu kommer den att isolera honom ytterligare. Att använda speciella eller allmänna fortskaffningsmedel göres i samband med övrig social träning med mål att klara egna affärs-ärenden eller dylikt.

Samhällsmiljö

Fritid. Arbetsterapeut och patient går igenom möjligheter att besöka helst "normala" fritidsverksamheten eller ibland hemkommunens dagcenterverksamhet för förtidspensionärer eller pensionärer. Oftast blir det endast tal om kvällsaktiviteter eftersom samhället är planerat för friska snabba individer som arbetar på dagen. Det visar sig även i fysiska planeringen av nya allmänna inrättningar. Ibland kan vissa lokaler bli tillgängliga efter påstötning om hur förändringar bör ske.

Jag framhårdar som vid ett tidigare tillfälle att liksom kyrkan har sin givna plats i samhället borde fritidscentrum vara lika självklara. Där kan naturliga kontakter knytas och människor i olika åldrar umgås på dags- och kvällstid utan att betala inträde. Då behöver vi ej speciella dagcentraler för pensionärer o. dyl. Människans behov av att träffa andra är så stark att flera års rehabilitering kan spolieras helt genom isolering. Den förutvarande patienten blir apatisk och förlorar tron på sig själv och så småningom också förmågan att klara det dagliga livets aktiviteter på grund av inaktivitet. Kommunernas hemhjälp kommer och förminskar isoleringen, men på det sättet ökar patientens hjälpbehov succesivt.

Av tabellen från låginkomstutredningen (*fig. 2*) kan man avläsa förhållandet mellan människors rörelseförmåga och social isolation. Agneta Lundahl skriver: "Andelen isolerade är lägst i kategorin med normal rörelseförmåga, den är högre i kategorin med nedsatt rörelseförmåga eller rörelsehinder, och den är högst i kategorin med kraf-

Fig. 2. Ur låginkomstutredningen: FRITID OCH REKREATION av Agneta Lundahl. Undersökningen avser förhållanden i juni 1968 för hela befolkningen mellan 15—75 år.

Tabell 11.82 Andel av kategorier med olika rörelseförmåga, som är socialt isolerade. (i %).

	Andel isolerade	Antal individer i kategorin
Normal rörelseförmåga	7	4 389 000
Nedsatt rörelseförmåga eller rörelsehinder	11	1 043 000
Kraftigt rörelsehinder	23	476 000

tigt rörelsehinder. Skillnaderna mellan kategorierna är avsevärd. Andelen är mer än tre gånger högre bland kraftigt rörelsehindrade än bland dem med normal rörelseförmåga, eller 23 procent mot 7. Nära var fjärde kraftigt rörelsehindrad i Sverige är alltså socialt isolerad".

Av detta kan man förstå att arbetsterapeutens uppgifter för att förebygga isolation är av största vikt. Fritids- och utbildningsintresse skall stödjas och byggas upp redan på kliniken och om dagsprogrammet är välavvägt orkar patienten studera på sitt eget rum och/eller delta i kurser eller göra andra besök utanför sjukhuset.

Arbetsmiljö

Arbetsterapin representerar ofta "livets hårda bud", arbetslivets realiteter, och påminner om att det förväntas prestationer av patienten — skriver Dr. Gogstad i sin bok Rehabilitering. Det är sant. Arbetsterapeuten möter motstånd och misstroende från patienten, vilket är mycket naturligt om man ser på utslagsmekanismerna i den fysiska och psykiska arbetsmiljön, patientens fysiska och psykiska status efter utslagningen och att han är mer eller mindre tvungen att underkasta sig rehabilitering om han skall få ekonomiskt stöd i fortsättningen. Detta är speciellt märkbart hos patienter med icke synliga handikapp t. ex. ryggbesvär. Förberedande arbetsbedömning och träning kan bli aktuellt för att pröva arbetsförmågan och öka arbetstoleransen. I bästa fall tar patienten själv

kontakt med sin arbetsgivare för att höra om han kan komma tillbaka och arbeta halvtid, i omväxlande stående och sittande arbetsställning och att han ej utsätts för tidspress. Patienten ges ergonomiska instruktioner och arbetsplatsbesök med arbetsterapeut föranleder ibland ändring av arbetsplatsens inventarier och redskap. Det senare är mest förekommande för patienter med synliga handikapp. Fortsatt uppföljning görs vanligen av arbetsvården.

Samhällsomdaningens inverkan på arbetsterapin med arbetsplatsernas strukturrationalisering, fortsatt arbetslöshet, fortsatt byggande av omöjlig fysisk trafik-, boende-, och övrig samhällsmiljö, samt med ett ökat krav på fritid och utbildning, kommer att medföra att vi behöver ett mycket stort antal arbetsterapeuter i framtiden.

Det vill säga ju bättre samhällsplanering desto mindre vårdbehov.

Nyhyttan

Kurort och enskilt sjukhem

Storslagen bergslagsnatur — utmärkta promenadvägar — hög och torr barrskogsluft — sjukgymnastik — massage — bad.

Läkare: Med. Dr G. Smårs.

Behandling av invärtes sjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, hjärt- och blodtryckssjukdomar, reumatiska åkommor. Konvalescens och rekreation. Prospekt och upplysningar genom rumsbeställningen. Tel. 0587/604 00.

Postadress: FACK 65, 710 32 JÄRNBOÅS.

Sjuksköterskans medverkan i rehabiliteringen av rörelsehämmade



Två amerikanska sjuksköterskor, Mildred J. Allgire och Ruth R. Denney, som ägnar sig åt rehabilitering vid Indianauniversitetets medicinska klinik har skrivit en liten bok. Den har tidigare bl a översatts till finska.

SSF:s förlag har låtit översätta den till svenska. Överläkare Bo Bjerner, vid rehabiliteringskliniken på Danderyds sjukhus rekommenderar den i ett förord. Boken omfattar 62 sidor och innehåller bl a bildserier med rörelseövningar.

c:a pris (inkl. moms) 8:25

SVENSK SJUJSKÖTERSKEFÖRENINGIS FÖRLAG

Box 5277, 102 46 STOCKHOLM 5 Tel. 08/23 58 60

(vid direktköp Östermalmsgatan 33 n.b.)