

Rehabilitering och arbetsmotivation



Lars Hedenberg

En klassisk undersökning gjordes på 30-talet vid General Electrics fabrik i Hawthorn utanför Chicago. Man avsåg att undersöka belysningens inverkan på produktionen. Man fann att produktionen ökade oavsett om belysningen ökades eller minskades. Vid fortsatta undersökningar varierade man belysning, temperatur, luftfuktighet och andra fysiska betingelser. Trots att betingelserna ömsom försämrades och förbättrades steg produktionen kontinuerligt under hela försöksperioden, som omfattade 2 år. Frånvarofrekvensen minskade med 80 %. Effekten uppkom, har man menat, därigenom att den uppmärksamhet och det intresse man visat dessa relämontörer tillfredsställde djupa och kraftigt verksamma personlighetsbehov med ökad arbetsinsats som följd, d. v. s. ökade arbetsmotivationen.

Vad menas då med motivation?

Begreppet har definierats på många olika sätt. Allmänt kan sägas att motivationen har att göra med behov och tillfredsställelse av dessa behov.

Människan har grundläggande behov, t. ex. av föda och samvaro med andra människor. När

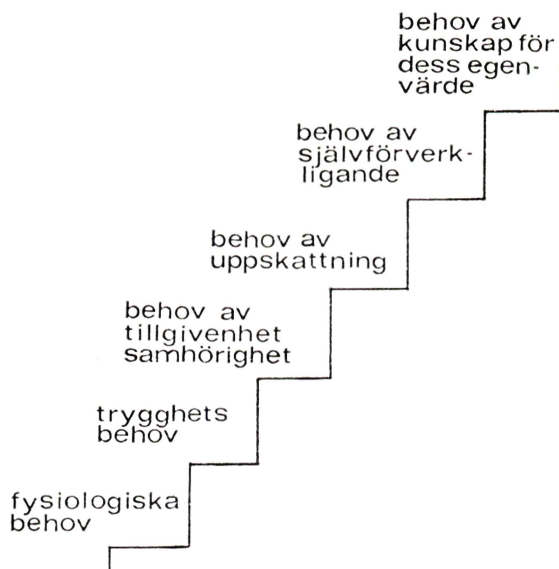
Nedanstående artikel behandlar möjligheterna att påverka den s k arbetsmotivationen vid rehabilitering. Till de frågor som behandlas hör vad man skall mena med arbetsmotivation, vilka orsaksfaktorer man bör räkna med samt olika möjligheter för att komma åt den bristande arbetsmotivationen.

Avslutningsvis konstateras: finns inte något arbete som är lämpat för den handikappade trots att arbete ändå är klart indicerat, då måste de för rehabiliteringen ansvariga medverka till att göra samhällsmiljön sådan att den passar för dem som lever i den.

Docent Lars Hedenberg, tidigare t f överläkare vid Medicinsk Rehabilitering I, Sahlgrenska sjukhuset, är numera chefsläkare vid Göteborgs förvaltningshälsövärd.

dess blivit tillfredsställda kan högre behov successivt göra sig gällande. Maslow anger i sin "behovshierarki" hur, då nedanförliggande steg i hie-

Fig. 1. Behovshierarki enligt Maslow.



rarkin blivit tillgodosedda, mera "avancerade" behovsnivåer kommer att göra sig gällande. (Fig. 1).

Begreppet arbetsmotivation skulle man enkelt kunna definiera såsom behov av eller vilja till arbete. Det skall genast sägas att begreppet kan ha en dubbel innebörd i rehabiliteringssammanhang: dels motivation för själva rehabiliteringsverksamheten, och dels motivation för yrkesarbetet som rehabiliteringens slutmål. Dessa sammanfaller i de flesta fall eftersom ju rehabiliteringsarbetet, d. v. s. de utrednings- och träningssituationer man utsätter sig för under rehabiliteringen, är ett medel att nå det slutliga målet i form av arbete. De sammanfaller emellertid inte alltid: en patient kan vara starkt motiverad för själva rehabiliteringsverksamheten, men avser att använda de färdigheter han förvärvar till fritidsverksamhet och ej i arbete. Omvänt kan en patient vara starkt motiverad för återgång i arbete, men ej vara villig att underkasta sig fulltidsrehabilitering på en institution, som i de flesta fall fordras. I det följande kommer med arbetsmotivation att menas motivation för yrkesarbete, däribland givetvis också inräknat hushållsarbete.

Herzberg och medarbetare (1959) har undersökt vilka faktorer som innebär motivation för arbete. Han skiljer där på s. k. yttre faktorer, som dominerar då en anställd klagar över bristande arbetstillfredsställelse och inre faktorer som nämns i samband med hög arbetstillfredsställelse. (Fig. 2)

Till sådana yttre basala arbetsfaktorer fördes sålunda löneförhållanden, kontakter med omgivningen, arbetsplanering, den fysiska arbetsmiljön, status och anställningstrygghet. Till de inre, mera avancerade arbetsfaktorerna på plussidan, nämndes händelser som innebär erkänsla, uppskattning i arbetet, avancemang, högt ansvar och glädje över arbetsuppgiften i sig själv.

~~~~~  
*Allmänt kan sägas att motivationen har att göra med behov och tillfredsställelse av dessa behov.*  
~~~~~

Fig. 2. Faktorer med motivationsladdning enligt Herzberg, Mausner och Snyderman.

YTTRE ARBETSAKTORER

- Lön
- Kontakter med kamrater, över- och underordnade
- Överordnades arbetsplanering och tekniska arbetsledning
- Företagets personalpolitiska åtgärder
- Förhållanden i fysiska arbetsmiljön
- Yttre statusbetonade attribut i arbetsmiljön
- Anställningstrygghet

INRE ARBETSAKTORER

- Händelser som innebär erkänsla och uppskattning av individens prestationer
- Händelser som innebär framgång med eller fullgörande av en uppgift
- Befordran
- Tillfällen till högt ansvar i arbetet
- Arbetsuppgiften i sig själv

Hur ser då patienten själv ut?

Stephen Fink (1967) har skildrat de psykiska reaktioner och stadier, som man ofta ser då någon drabbas av en svår invalidiserande skada, och effekten på motivationen. (Fig 3)

I initialfasen eller chockfasen är situationen övermäktig, patienten gripen av ångest, panik och hans själsverksamhet är desorganiserad. Nästa stadium utmärks av den defensiva reträtten, där patienten hänger sig åt orealistiskt önsketänkande och bortträngande, är indifferent, kanske euforiskt överaktiv och har oförändrade orealistiska förväntningar om snabbt tillfrisknade. Han är då högt behandlingsmotiverad. Så småningom, i stadium 3, konfronteras patienten på allvar med sitt handikapp och dess konsekvenser, grips av ångest och depression och framtidsplaneringen bryter samman. Behandlingsmotivationen sjunker till noll. I återuppbyggnads- eller återanpassningsstadiet därefter blir patienten tvungen att acceptera, realitetsanpassas och reorganiserar sin situa-

Fig. 3. Psykiska reaktioner vid svårt invalidiserande trauma och effekten på motivationen (enligt Fink).

	Realitetsvärdering	Känslomässig reaktion	Tankeverksamhet	Behandlingsmotivation
<i>Initialfasen</i>	situation övermäktig	rädsla, ångest, panik	desorganiserad, oförmåga att tänka konstruktivt och att planera för framtiden	(+)
<i>Den defensiva reträtten</i>	orealistisk, önsketänkande, bortträngning, förnekande	låg ångestnivå, indifferens, eufori, överaktivitet	defensiv reorganisation, motstånd mot att ändra sina gamla planer, oförändrade ambitioner, orealistiska förväntningar om snabbt tillfrisknande	++
<i>Konfrontation</i>	konfrontation med sitt handikapp och med dess konsekvenser, kan ej längre blunda för verkligheten	ångest, depression, bitterhet, regression, sekundär neurotisering	sammanbrott av framtidsplanering	—
<i>Återanpassning</i>	accepterande, adekvat realitetsvärdering	aktiv resignation	reorganisation, med utnyttjande av aktuella personliga resurser	++

tion med utnyttjande av sina resterande personliga resurser, varvid motivationen så långsamt återvänder.

Något av dessa reaktioner och tillstånd återfinns vi ofta hos våra lågt behandlings- och arbetsmotiverade patienter. Man frestas att misstänka att någon länk i återanpassningskedjan brustit, beroende på bristande information, svåra yttre omständigheter eller svag psykisk resistens.

Bakgrundsfaktorer

Fig. 4 visar några av de bakgrundsfaktorer man

Fig. 4. Vanliga bakgrundsfaktorer vid låg arbetsmotivation.

1. En psykisk sjukdom eller insufficiens.
2. Bristande information om egna och samhällets resurser.
3. Bristfällig realitetsanpassning.
4. En efter rådande förhållanden korrekt bedömning av situationen.
5. Somatisk sjukdom.

ofta finner hos rehabiliteringspatienter med låg arbetsmotivation. Bland de psykiska sjukdoms- eller insufficienstaganden igenkänner vi depression, ångest och neurotisering, men där finns också grupper av nedsatt motivation på grund av omogen livsinställning, mental förtvinning och svårigheter att fasthålla ett rehabiliteringsmål under längre period på grund av hjärnskada.

Som en andra huvdbakgrundsfaktor kan man nämna bristande information om egna rehabiliteringsresurser och samhällets resurser och arbetstillfällen. Informationsproblemet har genomgående mycket stor betydelse i sammanhanget.

För det tredje kan nämnas bristfällig realitetsanpassning eller verklighetsanpassning. All möjlig information har kanske givits, men patienten har ändå stannat kvar i ett orealistiskt tänkesätt. Ofta är det här fråga om mycket högt ställda anspråk på intellektuellt krävande utbildningar och yrken, startande av egna företag o. s. v. Därmed är patienten omotiverad för andra mindre krävande rehabiliteringsmål.

Som en fjärde faktor vid låg arbetsmotivation skall framhållas att det ibland föreligger en efter rådande förhållanden korrekt bedömning av den handikappades situation som bakgrund. Ersättningen vid fortsatt sjukskrivning eller pensionering är kanske lika hög som arbetslönen, tillfällen till kontakt med vänner och hobbyverksamhet kan vara bättre som pensionär o. s. v. Ett visst mått av tillvänjning eller anpassning till sjukskrivning spelar också in. Se för övrigt Vidings uppsats om faktorer av betydelse för arbetsmotivation (1972).

De psykiska insufficienstillståndens stora betydelse vid yrkesmässig rehabilitering framgår klart bland annat av den diagnostiska genomgång som gjorts av Dencker, Hedenberg och Sullivan (1971).

För fullständighetens skull bör det naturligtvis också påpekas att även *somatiska sjukdomstillstånd* såsom kroniska infektionssjukdomar eller järnbrist kan verka starkt nedsättande på arbetsmotivationen genom intensiv trötthetsupplevelse och psykiskt insufficienstillstånd.

Hur uppskatta motivationen

Hur kan man då uppskatta motivationen? Det finns inga riktigt goda metoder att mäta motivation, men man kan närma sig problemet på olika sätt, som framgår av *fig. 5*.

Fig. 5. Metoder att uppskatta motivationen.

1. Enkätmetodik.
2. Intervju av patienten.
3. Intervju av anhöriga och personal.
4. Observation vid praktisk prövning.
5. Korrelering av fysiologiska registreringar med intervjusvar om ansträngningsgrad vid fysiska prestationsprov.
6. Observation av avvikande maximalt prestationsresultat vid funktionsprov.

För det första kan man använda sedvanlig enkätmetodik med skrivna frågor att besvaras av patienten angående sin arbetsmotivation. Metoden är givetvis opålitlig, eftersom patienten i många fall kommer att kryssa för det han tror att man

Man kan också av karaktären på vissa maximalprestationsresultat avläsa om patienten är välmotiverad eller ej.

begär att han skall svara och inte det han innerst inne känner. För det andra kan man tillgripa intervju med direkta frågor om arbetsmotivationen. Metoden löper samma fara som föregående, men för en van intervjuare kan iakttagelse av patienten under intervjun ge avsevärt mer än själva svaret på frågorna. För det tredje kan man tillgripa intervju av anhöriga, vårdpersonal o. s. v. för att försöka nå en objektiv uppfattning om patientens motivationsgrad. Observation av patienten i en arbetssituation, t. ex. i arbetsterapi eller i en träningsverkstad av två av varandra oberoende, tränade bedömare kan ge en viss uppfattning av motivationsgraden. Något längre kommer man med objektiva registreringar av fysiologiska variabler, såsom t. ex. pulsfrekvens, under ett fysiskt prestationsprov, om de sammanställs med resultaten av en intervju angående ansträngningsgraden. På en subjektiv uppskattningsskala kan man då se om den ansträngning som patienten anger överensstämmer med de objektiva registreringarna.

Man kan också av karaktären på vissa maximalprestationsresultat avläsa om patienten är välmotiverad eller ej. Lindberg noterade 1943 att handstyrkemätningar på dåligt motiverade patienter visade vissa särdrag, framför allt stor variation av resultaten. Borg och Edström har gjort liknande iakttagelser (1967). Experimentellt arrangerad låg motivation, d. v. s. simulation hos försökspersoner vid mätning av maximala prestationsförmågan, gav inte bara lägre värden utan också påtagligt mindre konstanta värden och anorlunda regression, d. v. s. förhållandet mellan begynnelse- och slutmätningarna.

En del av dessa uppskattningsförsök gäller visserligen inte själva arbetsmotivationen utan snarast motivationen för fysisk ansträngning, men utförda i sammanhang med frågeställningen om återgång i arbete bör de kunna ge en uppfattning om arbetsmotivationen. Det måste också beteck-

nas som intressant när Kohn och Cutcher 1970 rapporterade att rehabiliteringspatienter med genomgången hjärtinfarkt, som ej återgått till arbete, hade lägre breath-holding-time, d. v. s. kunde hålla andan under standardiserade betingelser kortare tid än de patienter som återgått i arbete, och också kortare än grupper med klar hjärtinkompensation och nedsatt lungfunktion.

Att påverka arbetsmotivationen : teammetodiken

Vad finns det då för möjligheter att påverka arbetsmotivationen i rehabiliteringsarbetet? Som första punkt vill jag framhålla att själva *teammetodiken*, som den tillämpas på en rehabiliteringsavdelning, erbjuder möjligheter i motivationsfrämjande syfte. Teamet representerar tillsammans en stor och differentierad sakkunskap och den informationsvolym som ligger till grund för teamets uppfattning är unik; arbetsterapeuter och arbetsinstruktörer har tillfälle att lära känna patienten dagligen i arbetssituationen och bilden kompletteras av iakttagelser från daglig sjukgymnastik, täta kontakter med sjuksköterska, psykolog och kurator. Teamet sammanträder och samstämmer sin uppfattning varje vecka, och har tillfälle att sinsemellan modifiera sin uppfattning. Samtidigt som teamets uppfattning har en stor genomslagskraft på patienten är det utomordentligt viktigt ur motivationssynpunkt att *patienten ges ett väsentligt medinflytande* på sin egen rehabiliteringsprocess och det i alla steg. Patienten bör givetvis själv bestämma om han vill bli objekt för rehabilitering eller ej. Därefter ges patienten i inledningsskedet medinflytande över rehabiliteringens uppläggning och metoder, t. ex. genom att delta i den konferens där huvuduppläggningsen sker. Vidare bör han öva ett aktivt inflytande över de modifikationer av behandlingen som ges under rehabiliteringens gång och till sist också över det slutliga utbildnings- eller yrkesvalet. Patienten skall informeras och ges rådgivning, men måste bevara sin självbestämmanderätt. Detta är sannolikt själva nyckeln i motivationsproblematiken.

Vissa praktiska problem uppstår alltid när detta

=====

Patienten bör givetvis själv bestämma om han vill bli objekt för rehabilitering eller ej.

=====

skall genomföras på ett smidigt sätt: patientens självbestämmanderätt kan bli illusorisk om han förs in ensam och tveksam en kort stund till ett sammansvetsat och beslutsamt arbetsteam. Å andra sidan, ett alltför lösligt patientdeltagande på konferenserna har lätt för att helt förändra konferenskaraktären och göra hela processen otympligt tidsödande.

Behandlingsplan och pedagogiska principer

Som en andra möjlighet att påverka arbetsmotivationen under rehabilitering bör nämnas upprättandet av en *behandlingsplan*. Förutsättningen för att det skall kunna ske är givetvis en uttömmande diagnostisering av individens behovssituation, personliga förutsättningar och resurser. Man uppställer ett klart preciserat slutmål för rehabiliteringen och för att nå detta uppställer man trappstegsvis delmål, som är uppnåeliga för vederbörande. Det är mycket viktigt också här, att patienten själv görs individuellt medansvarig i planering. Måluppfyllelsen bedöms av arbetsterapeuter eller arbetsinstruktörer. Under hela förloppet bör det finnas möjligheter att modifiera behandlingsplanen för att nå det rätta slutmålet och dessutom att pröva olika alternativ av arbetsuppgifter för att genom praktisk erfarenhet motivera patienten för det rätta alternativet.

Under hela förloppet bör *pedagogiska principer* tillämpas med positiv förstärkning i varje steg där det är motiverat. Det är viktigt att all personal är införstådd med detta och medverkar i den pedagogiska tillämpningen.

Informationsproblemet

En annan viktig punkt i motivationsproblematiken är informationsproblemet. Nödvändigheten av bästa möjliga information i rehabiliteringens samtliga steg kan inte nog betonas. För att börja från början så kallas patienten till ett första konsultbesök hos överläkaren för att utreda rehabili-

En dominerande och negativ äkta make eller maka kan ofta vara ett nära nog oöverstigligt rehabiliteringshinder.

teringsförutsättningarna. Man har då möjlighet att ge information om vad rehabiliteringsarbetet innebär och motivera patienten för verksamheten på ett positivt sätt. Man kan också klargöra för honom sådana saker som t. ex. pensions- och ersättningsförhållanden, något som hos den kategorin patienter, som hängivit sig åt en dunkel, kanske outtalad pensionsönskan, kan rensa luften med påföljande positiv effekt på motivationen.

Kuratorn informerar om samhällets hjälpresurser och de hjälpåtgärder som kan vara aktuella i det enskilda fallet. Vid den inledande läkarundersökningen och de åtföljande besöken, som bör vara täta under hela rehabiliteringsförloppet, har man möjlighet att informera om sjukdomstillståndet och dess behandling. Det kan vara av största betydelse att få tillfälle att reducera sjukdomsupplevandet till adekvata proportioner och påpeka vilka psykiska och fysiska reserver som trots allt finns och hur dessa skall kunna utnyttjas för rehabilitering och för kommande arbete. Man kanske också får tillfälle att belysa, att den ifrågavarande sjukdomen inte försämras av yrkesarbete, bedrivet på rätt sätt.

Sjukgymnaster och arbetsterapeuter bidrar t. ex. med ergonomisk rådgivning om riktiga arbetsställningar och tillvaratagande av fysiska resurser. Som ett exempel kan nämnas information om ledskydd, som nu regelbundet ges till reumatikerpatienter och som har blivit av största betydelse för deras förmåga att arbeta, t. ex. i hushållsarbete. Psykologen kan bidra med information om intellektuella resurser och dolda begåvningsresurser, vilket kan vara nog så motivationshöjande för en patient med låg självttillit. Sist, men inte minst, arbetsvårdstjänstemannen, som informerar om utbildningsvägar, omskolningsmöjligheter och arbetstillfällen, som patienten kanske var helt omedveten om.

Som en särskild punkt kan nämnas information av anhöriga om patientens resurser och möjlighe-

ter. Detta för att få deras hjälp att motivera patienten under rehabiliteringsarbetet och kommande arbetsförsök. En dominerande och negativ äkta make eller maka kan ofta vara ett nära nog oöverstigligt rehabiliteringshinder.

Omvänt kan det ibland vara nödvändigt att få anhörigas hjälp att sänka ambitionsnivån och rehabiliteringsviljan hos en to the bitter end arbetsmotiverad patient, som tar alltför stora risker vid fysisk ansträngning och arbetsförsök.

Realitetsanpassning

Ett viktigt problem är realitetsanpassningen. Det innebär att patienten måste ges en efter förhållandena avpassad uppfattning om sina egna möjligheter i arbetslivet. Det kan förefalla som om problemet med en bristande realitetsanpassning sammanfaller med informationsproblematiken men det är inte alltid så. En viss grupp patienter motstår alla försök att realitetsanpassas genom information och rådgivning. Det vanligaste är att patienten har en hög uppfattning om egna förutsättningar och intellektuella resurser, siktar mot ouppnåeliga mål, är starkt motiverad för detta och därmed ej alls motiverad för rehabilitering som syftar till mindre lockande rehabiliteringsmål. Några exempel på sådana rehabiliteringsmål med hög motivationsladdning är att starta eget företag; i Göteborg åtminstone, att förestå ett eget gatukök, och att utbilda sig till socionom. Den möjlighet som bjuds under rehabiliteringen att realitetsanpassa dessa människor och därmed också motivera dem för arbete av annat slag, är det praktiska arbetet i en arbetsterapiavdelning eller arbetsprövnings-arbetsträningsinstitution. De egna erfarenheter som där görs är givetvis helt överlägsna alla andra övertalningsförsök att sänka ambitionsnivån.

Patienten har en hög uppfattning om egna förutsättningar, siktar mot ouppnåeliga mål, är starkt motiverad för detta och därmed ej alls motiverad för rehabilitering som syftar till mindre lockande rehabiliteringsmål.

Den medicinska utredningen i sig själv har ofta en stor ångestreducerande effekt.

Behandling av psykisk insufficiens

Vi kommer så till de viktiga möjligheter att påverka arbetsmotivationen som ligger i behandling av psykisk sjukdom eller insufficiens. Det finns också på en rehabiliteringsavdelning möjligheten att behandla t. ex. depressiva tillstånd medikamentellt, vilket med nuvarande verksamma medel ofta sker med framgång. Man har också vissa möjligheter att medikamentellt behandla t. ex. ångesttillstånd. I det sammanhanget vill jag påpeka nödvändigheten av att ha psykiatrisk expertis knuten till en rehabiliteringsavdelning, eftersom det här rör sig om verkligt stora patientgrupper.

Den medicinska utredningen i sig själv och de klagande samtal som därav följer mellan läkaren och patienten har ofta en stor ångestreducerande effekt. Vetskapen att vara under observation och sakkunnig tillsyn, att få sina åkommor registrerade och skildrade på ett nyktert balanserat sätt har största betydelse. Det kan ibland vara skäligt att göra undersökningar som är något mer omfattande än vad nöden kräver i just ångestreducerande och psykoterapeutiskt syfte. Patienten upplever sig bli tagen på allvar, känner trygghet av att vara under kontroll. Jag vill också betona vikten av att ha klinisk fysiologisk expertis tillhands för t. ex. allmänkonditionsprov genom arbets-EKG, där man kan visa att hjärtat verkligen håller för en viss ansträngningsgrad.

Å andra sidan kan det ibland vara nödvändigt att genom den medicinska utredningen övertyga patienten att hans motivationsgrad är för hög.

Vid den psykologiska utredningen kan man för patienten påvisa begåvningsreserver och tillgångar, vilket kan ha stor betydelse för att höja ett sviktande självförtroende med depression och resignation som följd.

Vid gruppsamtal kan man reducera patientens psykiska problem genom att han där får märka att han inte är ensam om sina problem och även får hjälp till kontakt, för att bryta isolation. Det

brukar också anföras att för svårt hämmade patienter rollspel kan ha positiv verkan. Erfarenheten har visat att grupper om 3—5 personer är en lämplig storlek för gruppsamtal. Gruppsamtalen kan praktiseras på det sättet att varje erfaren medlem i rehabiliteringsteamet är kontaktman och samtalsledare för en grupp patienter, som har regelbundna samtalsstunder varje vecka. Gruppledaren har där goda möjligheter att ändra eventuellt negativa attityder och reducera ångest.

En ofta underskattad möjlighet att påverka patientens psykiska tillstånd och därmed också hans arbetsmotivation är de praktiska övningar och tillämpningar som sker i sjukgymnastik och arbetsterapi. Detta är just en av rehabiliteringens kärnpunkter: att visa patienten genom egen erfarenhet vad han kan klara genom praktiska försök. Denna möjlighet skiljer rehabiliteringen från annan medicinsk verksamhet. Låt mig nämna några exempel. I sjukgymnastiken tränas hjärtpatienter under övervakning och successivt ökad ansträngningsgrad. Träningen sker gärna i grupp som ytterligare psykisk stimulans. Den ångestreducerande effekten av att märka att man utan risk för kollaps trots allt kan gymnastisera, ja t. o. m. springa, kan inte överskattas. Erfarenheterna av hjärtinfarktträningen talar för att de psykiska effekterna av infarktträningen är fullt jämförbara med den somatiska effekten.

I arbetsterapiverkstaden liksom i arbetsprövnings- och arbetsträningsinstitutionen kan patienten med sänkt självförtroende, kanske kroniskt neurotisk eller deprimerad, handgripligen visas, att han trots allt klarar först enklare, sedan svårare arbetsuppgifter, att tillverka något med sina händer, att lösa kontorsuppgifter eller intellektuella uppgifter. Låt mig ta exemplet med den tungt kroppsarbetande mannen, som drabbas av fysisk sjukdom. Genom psykologtest påvisar man

En ofta underskattad möjlighet att påverka patientens arbetsmotivation är de praktiska övningar och tillämpningar som sker i sjukgymnastik och arbetsterapi.

Undervisning i svenska och matematik bör enligt min mening ingå i en fungerande rehabiliteringsavdelnings resurser.

begåvningsresurser och genom intellektuella övningar i arbetsterapi eller kontorsträning kan man höja hans låga självförtroende i sådana arbetsuppgifter och därigenom arbetsmotivera honom för utbildning till ett lämpligt arbete, trots att hans tidigare erfarenheter från folkskolan kanske inte motiverat honom i denna riktning.

Arbetsterapeuterna handhar också den sociala träningen av patienter med ångestneuroser och fobier. Den innebär att man steg för steg och med personligt understöd tränar patienten i sådana verksamheter, som har stark affekt och ångestladdning. Det kan röra sig om kontaktbetonade sysslor som att göra inköp, besöka posten eller att färdas med allmänna kommunikationsmedel. Det rör sig här om förvånande stora patientgrupper. Från Lillhagens sjukhus har man rapporterat goda resultat med social träning av detta slag.

Undervisning

En annan motivationshöjande faktor i rehabiliteringsarbetet är undervisning.

Ett fysiskt handikapp, som tillkommit t. ex. under medelåldern och som kräver rehabiliteringsåtgärder, medför ju ofta att rehabilitering, utbildning och omskolning till ett fysiskt mindre tungt arbete blir nödvändig. Ofta ställs då också något högre intellektuella krav. Skolundervisningen ligger kanske flera decennier borta. Undervisning i svenska och matematik bör enligt min mening ingå i en fungerande rehabiliteringsavdelnings resurser, dels för att ge ett bättre utgångsläge för utbildning och omplacering i annat arbete, men också för att höja självförtroendet. Vi kan också tänka på den stora grupp invandrare vi för närvarande har i landet, som till vissa delar har ytterst knapphändiga kunskaper i svenska och därför blir mer sårbara än andra i rehabiliteringssituationen och har ett snävare yrkesurval.

En annan aspekt är att grundläggande yrkeskunskap i ett för patienten lämpat arbete kan väcka intresse för ifrågavarande arbete och ge ökat självförtroende. Sådan basal undervisning i kontorsarbete, mekaniskt arbete och elektriska arbeten ges kontinuerligt på arbetsprövnings- och arbetsträningsinstitutet i Göteborg.

Tillrättalägga miljöförhållanden

Den miljö som patienten lever i kan ibland vara sådan att all arbetsmotivation omöjliggörs. Det är ofta en angelägen, men mycket svår uppgift att försöka tillrättalägga miljöförhållanden, t. ex. familjeförhållanden och geografiska förhållanden, för att hjälpa patienten ur ett socialt och yrkesmässigt bakvatten.

Det skall också nämnas att den yttre miljön under rehabiliteringsprocessen i form av t. ex. lokaler och den inre miljön i form av en terapeutisk anda bland rehabiliteringspersonalen bör vara sådan att patienten stimuleras att fullfölja sin rehabilitering tillbaka till arbetslivet. Om rehabiliteringsmiljön är alltför tilltalande och man bäddar alltför mjukt för patienten, kan naturligtvis den situationen uppkomma att han blir starkt motiverad för själva rehabiliteringsprocessen och för fortsatt rehabilitering under lång tid, men inte motiverad för den kyligare och hårda atmosfär, som råder ute i samhället. Särskilt på en medicinsk rehabiliteringsavdelning ser man ibland en kategori patienter som så väl anpassar sig till den trygga sjukhusmiljön med ständig tillgång till medicinsk sakkunskap, vänliga och prydliga systrar, sjukgymnaster och arbetsterapeuter, så att arbetsmotivationen starkt reduceras. En del av dem söker då arbete på själva lasarettet eller bibehåller kontakten på annat sätt.

Om rehabiliteringsmiljön är alltför tilltalande kan naturligtvis den situation uppkomma att han blir starkt motiverad för själva rehabiliteringsprocessen men inte motiverad för den kyligare och hårdare atmosfär, som råder ute i samhället.

Risk att övermotivera

Man får givetvis också tillse att man inte alltför nitiskt övermotiverar en patient genom en alltför ambitiös terapeutisk anda, en patient, som kanske inte alls kan erhålla vare sig utbildning eller yrkesarbete då han är färdigrehabiliterad. I sådana fall ser man klart betydelsen av att all personal på en rehabiliteringsavdelning är välinformerad om arbetslivets och utbildningsinstitutionernas krav. Realitetsanpassningen gäller sålunda också rehabiliterarna.

Om den låga arbetsmotivationen är adekvat

Vad gör man då när patienten till äventyrs har en efter rådande förhållanden riktig bedömning till grund för sin låga arbetsmotivation. Han har kanske lika goda inkomster som sjukskriven med hög sjuklön, privata försäkringar och inga spår-vagnsutgifter; han har kanske mera fritid att ägna åt sina hobbies och sina vänner; han inser att han inte har några chanser till ett lockande arbete.

Finner man att hans bedömning är helt igenom riktig, skall man givetvis inte förändra den. I det sammanhanget skall påpekas att det också finns andra rehabiliteringsmål än arbete.

Om man ändå bedömer situationen så, att patienten genom passivitet, långvarig sjukskrivning och kanske pensionering riskerar att sjunka ner i inaktivitet, depression och mental förtvinning på grund av understimulering, måste man försöka påverka patientens och hans anhörigas normsystem. Man får försöka bygga upp en arbetsmotivation genom att beskriva de risker som passivitet innebär och betona Herzbergs inre arbetsfaktorer, som ger arbetet dess värde som livsinnehåll.

Om det till sist trots allt inte finns något arbete, som är lämpat för den handikappade i samhället och den handikappade inser det och arbetsmotivationen är därefter, men arbete eller sysselsättning ändå är klart indicerat, då måste de för rehabiliteringen ansvariga medverka till att skapa arbetstillfällen för dessa kategorier. Skyddade och

Om det till sist trots allt inte finns något arbete men arbete eller sysselsättning ändå är klart indicerat, då måste de för rehabiliteringen ansvariga medverka till att skapa arbetstillfällen.

halvskyddade arbeten, specialarrangerade arbetsplatser på industrier, handplockade konvalescentarbeten för rehabiliteringsändamål, terapi- eller sysselsättningscentraler för lågproduktiva. På så sätt kan de medicinska och yrkesmässiga rehabiliteringsavdelningarna komma att påverka utvecklingen genom att inte bara bearbeta individen till bästa möjliga anpassning, utan också genom att medverka till att göra vår samhällsmiljö sådan, att den passar för dem som lever i den, och därigenom också göra dem mer motiverade att spela en aktiv roll.

LITTERATUR:

- Borg, G. och Edström, C-G.: Om några motivationsindikationer vid fysiskt arbete. Psykologiska undersökningar. Klin. psyk. lab., Umeå. Nr 1, 1967.
- Dencker, S. J., Hedenberg, L. och Sullivan, L.: Urvalet av sökande till kommunala arbetsvården. SMT 4:199, 1971.
- Fink, S. L.: Crisis and motivation: a theoretical model. Arch. Physical med. and Rehab. 48: 592—597. 1967.
- Herzberg, F., Mausner, B. and Snyderman, B. B.: The motivation to work. John Wiley & Sons, Inc., New York, 1967.
- Kohn, R. M. and Cutcher, B.: Breath-holding time in the screening for rehabilitation potential of cardiac patients. Scand. J. Rehab. Med. 2: 105—107, 1970.
- Lindberg, B. J.: Ergogram som aggraverationsprov. Läkartidningen, 40: 1751—61, 1943.
- Maslow, A. H.: Motivation and personality. New York, Harper & Bros, 1954 (Kapitel V).
- Viding, G.: Faktorer av betydelse för arbetsmotivation. SMT 1: 16, 1972.