

Arbetsterapiens ställning och målsättning

Av leg. läk. *Bengt Naumann*, Stockholm.

Arbetsterapien vid våra sjukhus synes ha en ännu något oklart definierad ställning och målsättning. Som följd härav utnyttjas dess möjligheter ofta otillräckligt eller felaktigt. Ibland utnyttjas den ej alls och man anser arbetsterapeuten vara en onödig befattningshavare på ett sjukhus. Andra gånger utnyttjas den enbart för att roa och trösta patienterna på ett schablonmässigt sätt. Även om momentet roa och trösta kan ha betydelse, måste man emellertid komma ihåg, att arbetsterapiens första uppgift är att stimulera den sjuke till egenaktivitet. Andra gånger åter kopplas arbetsterapeuten in på uppgifter som hon egentligen ej är vuxen. Främst gäller detta kanske vid mer komplicerade neurosfall, där risken blir att arbetsterapeuten, utan utbildning som hon är inom detta fält och utan ledning lockas engagera sig på ett sätt, som vare sig befrämjar patientens eller hennes egna intressen.

Följderna av detta blir att arbetsterapeuten blir villrådig och osäker på sina resurser, vilket återverkar på hennes tidigare nämnda problematiska ställning och gör remitterandet till henne ännu mer diffust. En ytterligare faktor, som försvårar hennes ställning och självkänsla är den ännu så länge opreciserade utbildningsgången för arbetsterapeuter.

Arbetsterapiens nuvarande ställning är givetvis ej något i och för sig egendomligt. Den kan jämföras med initialstadierna hos ett flertal människovårdande organisationer, som senare institutionaliserats och fått fasta arbetsnormer. Emellertid bör man observera att arbetsterapien utomlands t. ex. i England och USA har betydligt fastare position än här, och att den inom mentalsjukvården också i Sverige har många år bakom sig. I England och USA synes arbetsterapeuten ha en ställning som kan jämföras med sjukgymnastens och också en jämförbar utbildning.

Arbetsterapiens gränser gentemot annan terapi och verksamhet, som ägnas de sjuka är ibland svåra att precisera, vilket kan tänkas medföra konfliktsituationer. Sådana är givetvis alltid ogynnsamma men vid rehabiliteringsverksamhet kan de kompliceras på ett speciellt sätt och medföra att patienten spelar ut den ena instansen emot den andra med en försämrad rehabiliteringseffekt som följd.

Ett arbetsterapien närliggande fält är sjukgymnastiken och i många hänseenden torde dessa båda verksamheters insatser kunna komplettera varandra förträffligt. Sjukgymnastiken har sedan länge sysslat med neurologiskt betingade motoriska störningar bl. a. perifera och centrala pareser, men i viss utsträckning också s. k. extrapyramidala rubbningar och ataxi. Sjukgymnastiken bygger i första hand sin terapi på ett tämligen avancerat utnyttjande av motorikens kända anatomiska och fysiologiska data och blir med sin stora praktiska erfarenhet av i synnerhet lokomotionen och nedre extremiteternas motorik av största betydelse vid rehabilitering av neurologiska fall. Vid sådan rehabilitering, liksom inom annan sjukvård föreligger emellertid ej sällan också behov av att öva övre extremiteten på speciellt sätt, ibland trots att ingen egentlig pares eller liknande förändring föreligger. Här tillkommer arbetsterapiens uppgift, som neurofysiologiskt skulle kunna uttryckas som ett arbete med vida corticala fält, vilka handlägger mer avancerade skeenden hos organismen bl. a. koncentration, minne och praxifunktioner inkl. handens finmotorik. Gränsen mellan de cerebros spinala strukturer, som kommer på sjukgymnastens lott att öva och de, som kommer på arbetsterapeutens, är givetvis oskarp och våra kunskaper om strukturerna ifråga också ofullständiga. Då i fysiologiskt hänseende strukturerna knyter an till varandra på ett synnerligen smidigt sätt bör man emellertid

kunna förvänta att smidigast möjliga samarbete mellan arbetsterapi och sjukgymnastik skall ge bästa resultat i rehabiliteringshänseende.

Av ålder är det läraren och ej medicinaren, som arbetar med corticala strukturer. Följdriktigt innehåller också arbetsterapeutens grundutbildning element av en väv- eller annan lärarutbildning. Lärarutbildningen bygger till sina väsentligheter på erfarenheter, som samlats från "friska" och "normala" objekt. Arbetsterapeuten ställs emellertid i sin yrkesutövning inför "sjuka", "neurotiska" eller på annat sätt avvikande objekt, en alls ingen lätt uppgift om i skolningen ej ens ett empiriskt samlat kunskapsstoff angående "sjuka" människor kommit tillmötes. Arbetsterapeuten måste därför, hur välplanerad utbildningen än är i tekniskt hänseende, åtminstone till en början, handledas och vidareutbildas av klinisk personal med intresse för relationspsykologiska problemställningar. Denna "supervision" torde vanligen kunna ske via konferenser, sittronder etc.

Arbetsterapeuten kommer mycket ofta den sjuke nära in på livet. Det torde därvid vara väsentligt att engagemanget ledes efter sådana linjer att den sjukas egenaktivitet och självständighet stärkes efter hand och att mer eller mindre omedvetna behov att få kvarbli i en passiv position så raskt och korrekt som möjligt kan registreras av terapeuten, en uppgift som ingalunda är lätt. Ett eventuellt initialt underhållnings- och tröstmoment i arbetsterapien bör i sådana fall småningom kompletteras med mer systematiska övningar, som tar sikte på patientens egen aktiva insats. Dock är ibland patienten så svårt sjuk, att ingenting kan vinnas med sådan terapi och här är ju underhållning, tröst och stöd det enda som kan bjudas.

På en annan punkt har arbetsterapeuten en självklar begränsning i utbildningen, en begränsning, som blott kan accepteras. Jag syftar nu på att arbetsterapeuten ej har möjlighet att vara helt insatt i den mångfald arbetsmoment, som existerar inom arbetslivets olika sektioner och att hon ej har annat val än att försöka "smälta" sin känsla av osäkerhet inför vissa arbetsmo-

ment och göra det bästa möjliga av ett terapiproblem. Då kan hon säkerligen också oftast göra ett terapiprogram välavpassat utifrån givna förutsättningar. Också på denna punkten har teamarbete, konferenser etc. stor betydelse. En bristande utbildning, en orealistisk osäkerhetskänsla inför en uppgift etc. kan få möjlighet att neutraliseras här. Ett exempel på hithörande svårigheter är den bristande säkerhet, som en kvinnlig arbetsterapeut kan tänkas erfara inför vissa "manliga" arbetsmoment, vilket frestar henne att låta dylika moment i onödan få vika till förmån för sådana som hon själv trivs bättre med eller behärskar bättre. Men då många män ej känner sig tilltalade av alltför feminina övningsmoment och reagerar med passiv missnöjdhet, resignation eller aggressivitet på dem, kan lätt komplikationer i rehabiliteringsförloppet uppstå. Genom plasticitet vid valet av arbetsmoment kan emellertid dylika komplikationer ej sällan förbyggas. Plasticitet är givetvis alltid en mycket värdefull tillgång för personer som sysslar med rehabiliteringsproblem men bör naturligtvis ej övergå i en överdriven följsamhet eller underkastetendens.

En tillgång hos arbetsterapien är att den inom vissa gränser har möjlighet att anpassa sig efter varierande aktuella behov. Den kan således, förutom sin basala verksamhet, innefatta konst- och konsthantverk i skilda riktningar, musikverksamhet, studier o. s. v. bedrivet med patienter individuellt eller i grupp och där kravet på patientens egen insats kan varieras. Ett väsentligt område inom den neurologiska rehabiliteringen utgöres vidare av afasiträningen, som bör bedrivas i samråd med och under ledning av en talpedagog.

Arbetsterapiens uppgift är givetvis ej att ersätta yrkesläraren. Arbetsterapien skall blott utgöra ett steg i riktning mot yrkesutbildningen, ett steg, som innebär egenaktivitet under ledning för den sjuke och ett steg, som kan utnyttjas för utprovning av lämpligaste framtida sysselsättning eller uppträning till dylik sysselsättning. Arbetsterapien bör också i samråd med andra specialiteter vara förtrogen med användandet av

mekaniska hjälpmedel, som i möjligaste mån kan ersätta definitivt bortfallna funktioner eller bidra till uppövning av skadade funktioner så länge hopp finnes till spontan förbättring. Detta förutsätter emellertid vissa kunskaper inom angränsande områden, anatomi, bandageringskonst, materialkännedom etc.

En välfunktionierande arbetsterapi torde ibland kunna utnyttjas som en överbryggande faktor vid de många intrapsykiska konflikter, som aktualiseras vid sjukdom och sjukhusvistelse. Den sjukes spontana eller av sjukdomen framkallade tendens att sjunka in i ett passivt tillstånd kan i viss mån kompenseras av arbetsterapiens program att låta honom arbeta under visst eget ansvar och låta honom se vissa omedelbara frukter av den egna produktionsförmågan. Vidare kan det vid vården av sjuka människor observerade fenomenet, att den sjuke nästan anpassar sig alltför väl i sin roll som patient och då får alltmer uttunnade relationer till realiteten, också bli en punkt för arbetsterapien att behandla. När en sådan patient skall återanpassa sig till ett aktivt liv måste vissa vanemönster ändras och vissa beteenden och inre motstånd övervinnas, vilket kan medföra att vederbörande kanske ej längre framstår såsom en så angenäm patient som tidigare. Härvid kan okritiskt framförda attityder från personalens sida medföra att patienten får en ökad tendens att dröja sig kvar i sin passiva roll. Arbetsterapeuten kan emellertid med sin anknytning till arbete och aktivitet under en sådan fas bli en betydelsefull instans och en stor hjälp för en tillfrisknande patient förutsatt att hon snabbt kan förstå skiftningarna i det psykologiska mönstret och tillåter patientens egenaktivitet att återuppstå. Arbetsterapiens olika övningar kommer således att omfatta, förutom det motoriska övningsmomentet, det koncentrations-, praxi-, minnesövande etc. momentet, också ett realitetsstärkande moment. Man kan härav förmoda att arbetsövningar, som för fram till praktiskt användbara resultat stimulerar mer än "skenövningar" och avledande terapi ehuru sådan givetvis också har stort värde emellanåt.

I praktiskt kliniskt hänseende har arbetsterapien

pien sålunda ett stort verksamhetsfält, som ställer stora krav på sin utövares tekniska utbildning men också på den kliniska "blicken" och förtrogenheten med mänskliga reaktionssätt. Man måste betänka att vid en strävan att "rehabilitera" en patient man ofta kommer i beröring med mäktiga, hittills relativt okända eller obeaktade mekanismer inom den mänskliga organismen, som får en speciell färgning av patientens akuta eller kroniska prekära situation. Denna situation är dels betingad av det handikap patienten drabbats av, men dels också av hur patienten reagerar på sitt handikap. Det har visat sig att man mycket ofta misslyckas med rehabiliteringsförsök då man nöjer sig med att enbart taga de somatiska defekterna i beaktande utan hänsyn till patientens mer djupliggande problematik. Att nalkas denna innebär emellertid många svårigheter vars övervinnande ställer stora krav på terapeutens förmåga till självständigt och moget omdöme samt kraft att övervinna det "rehabiliteringsmotstånd", som finns hos flertalet av de patienter, där "rehabilitering" rekommenderats. Många patienter "rehabiliterar" sig givetvis praktiskt taget själva och blir av den anledningen endast undantagsvis aktuella för en mer systematiskt upplagd rehabiliteringsverksamhet. De neurologiska defekttillstånden torde emellertid kanske oftare än andra sjukdomsfall uppvisa ett anseeligt "rehabiliteringsmotstånd" på grund av de omfattande och iögonenfallande symptomen, vars orsak ej sällan har en skrämmande, ibland också hemlighetsfull och mystisk innebörd för den sjuke.

I vår tid, då sjukhusen tenderar att få en alltmer teknisk och specialiserad karaktär kan mycket väl ett ökande behov uppstå efter sådana instanser, som arbetar med människan mer som individuell helhet betraktad. Då arbetsterapien i viss mån utgör en sådan instans, är det väsentligt, att man klargör för sig dess möjligheter och begränsningar och avpassar en så lämplig utbildning som möjligt för dess utövare.

Sammanfattningsvis kan alltså sägas att arbetsterapien i första hand bör eftersträva att utnyttja terapimoment, som klargör realiteten för