

Arbetsterapi i CP-vård

Av arbetsterapeut *Ingrid Nyström*, Örebro

Arbetsterapi i allmänhet

är numera ett känt begrepp även i Sverige. I korthet skall dock här nedan ges några synpunkter.

Rehabilitering och sålunda även arbetsterapi är i korthet "hjälp till självhjälp".

Verksamhet utövad av yrkesgrupper, som ska biträda läkaren i behandlingen av en sjuk eller skadad, måste givetvis stå under hans ledning för att verksamheten ska kunna benämnas terapi. Endast under sådan ledning kan t.ex. arbetsterapi bli ett av läkarens medel att angripa speciella problem, som uppstått genom skada eller sjukdom.

Verksamhet, som ledes utan medicinsk målsättning, är ej arbetsterapi. Förströelse och verksamhet vilken som helst har sitt berättigande för vuxna, men är ej arbetsterapi.

Arbetsterapi är sålunda verksamhet, som ordinerar av läkare för att målmedvetet och med yrkeskunskap bidra till patientens rehabilitering efter skada eller sjukdom. Den är snabbast möjligt insatt aktivitet hos patienten, graderad efter patientens förmåga. Den ska snarast leda till så normal verksamhet som möjligt.

Behandlingsprogrammet kan omfatta konst, konsthantverk, hantverk och annan manuell och intellektuell verksamhet (som blir hobby- eller yrkesbetonad verksamhet för olika individer), yrkesförträning (för t.ex. hemvård, industri, kontor, hantverk, konst), självhjälpsaktiviteter (såsom klädsel, personlig hygien, måltid, kommunikation med skrift etc.), gruppaktiviteter för social anpassning och återinpassning. En behandlingsplan utformas med syfte att genom en eller flera av dessa aktiviteter förbättra patientens psykiska och fysiska tillstånd, att öka hans anpassning till normal livsföring.

Läkare utnyttjar arbetsterapi i både diagnostiskt och terapeutiskt syfte på alla medicinska områden och i nära anslutning till skola och arbetsvård.

Patientens egen aktiva medverkan och motivering för denna behandling är av allra störs-

ta betydelse. En sund inställning och målsättning är i hög grad beroende på förhållanden från allra tidigaste barnåren.

Utan samverkan mellan rehabiliteringsyrkena, patienten och hans närmaste omgivning är det svårt att nå ett realistiskt uppsatt mål.

Man talar om olika slags arbetsterapi, psykologisk och funktionell arbetsterapi. Olika förutsättningar måste ge olika målsättning. För en patient kan det t.ex. vara väsentligt att i görligaste mån bibehålla hans allmänna kondition. För en annan gäller det att bygga upp det, som raserats genom sjukdom eller skada. För ännu en annan patient kan det gälla att bibehålla konditionen i allmänhet och samtidigt sätta in en direkt muskeltränande verksamhet för någon lem. Planen för behandlingen måste ta fasta på den individuella patientens behov och det terapeutiska göras i enlighet med hans samhällsuppgift.

Psykologisk arbetsterapi syftar bl.a. till att psykiskt påverka allmäntillståndet, *förebygga* neuroser, *bibehålla* fysisk och psykisk förmåga till arbete och "självhjälp" i den dagliga livsföringen.

Funktionell arbetsterapi syftar bl.a. till att öka leders och musklers funktion, vara både observation och terapi vid framför allt psykiska sjukdomstillstånd, verka allmänt *uppbyggande*, ge ökad fysisk och psykisk förmåga till arbete och "självhjälp" i den dagliga livsföringen.

Arbetsterapi är aldrig förströelse ("förströ tid"), utan verksamhet med djupt gående och långsiktig målsättning inom habilitering och rehabilitering i dagens och morgondagens samhälle.

Sverige intar en föga smickrande särställning i internationella sammanhang vad beträffar arbetsterapi inom CP-vård. Detta torde främst ha sin orsak i den svenska utbildningen till arbetsterapeut, som både kvalitativt och kvantitativt är synnerligen otillräcklig och alltså inte kan ge svensk habilitering och rehabilitering fackfolk, som kan göra erforderlig in-

sats. Detta gäller alla områden, där arbetsterapi utomlands anses som en oundgänglig länk i rehabilitering, både för barn och vuxna. Specialområdet CP är obefintligt i svensk utbildning.

Svensk arbetsterapeututbildning,

som ännu befinner sig på försöksstadiet, är just nu föremål för en synnerligen nödvändig revidering, som man hoppas skall genomföras med framsynthet. Vi har på alla områden inom arbetsterapi, beroende på vår eftersläpning, möjlighet att nu tillgodogöra oss mångåriga utländska erfarenheter och kan vid denna tidpunkt klarare bedöma vad svensk rehabilitering kräver av arbetsterapeutisk insats. Det bör bli lika självklart, som utomlands, att t.ex. sjukgymnaster och arbetsterapeuter med insikt ska kunna arbeta sida vid sida för att så allsidigt som möjligt ge sin patient de bästa förutsättningar att leva med sitt handikap.

Rehabilitering bygger på samverkande yrkeskunskaper

Läkaren behöver för att kunna genomföra sitt behandlingsprogram, ett flertal olika yrkesutövare som medhjälpare. Mer och mer inses betydelsen, nödvändigheten av att behandla hela människan, ej det delproblem som skadan eller sjukdomen utgör. Likaså att behandlingen måste, med alla till buds stående medel, snabbast återföra patienten till så normal livsföring som möjligt. Detta är humanitärt och det har också visat sig vara nationalekonomiskt väl motiverat, trots att habilitering och rehabilitering är synnerligen kostsamt.

Arbetsterapeuter för CP-vård

För att hålla oss till specialområdet CP var det redan 1948 påtagligt hur England utnyttjade arbetsterapeuter i sina behandlingsprogram för CP-barn. De fick, trots att CP ej ingick som specialitet i arbetsterapeututbildningen göra värdefulla insatser med funktionell arbetsterapi. I USA utgör CP-vården en av de väsentligaste specialområdena inom arbetsterapi. Danmark och Norge har, även de, arbetsterapeuter, som tillsammans med sjukgymnasten ger funktionell träning. Vad beträffar Sverige har i ytterst ringa omfattning funktionell arbetsterapi utnyttjats.

Det handikappade barnet står för närvarande, berättigat, i blickfånget. Vad vi gör och inte gör med det friska och det handikappade barnet återverkar direkt på rehabiliteringen i sin helhet.

Med tanke på det enormt stora intresse och de resultatrika, förnämliga arbetsprestationer, som framför allt de senaste 15 åren kommit svensk CP-vård till del, kanske det kan vara av något intresse att få del av några erfarenheter från ett studieår i USA, ta en sidoblick på utvecklingen där. Av utrymmesskäl skall endast några aspekter beröras och mycket ytligt.

Utvecklingen i USA

Där har, på ett helt annat sätt än i Sverige, gått in i allmänna medvetandet om arbetsterapiens värde för det fysiskt handikappade barnet.

Omkring 1920 väcktes intresse för fysikalisk behandling åt s.k. spastiker av ortopederna Dr. Winthrop M. Phelps. 1937 startade han sina kurser för läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

Bland övriga pionjärer finner man läkare med olika specialiteter såsom pediatriker, neurokirurger etc. 1947 bildade läkare "the American Academy of Cerebral Palsy".

Flertal fortbildningskurser inom detta specialområde pågår kontinuerligt i olika delar av det stora landet i väster. De står öppna för läkare, tandläkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och/eller talterapeuter. De varierar mellan 2 veckor och 3 månader.

Ständig differentiering

Beroende på skadans ursprung framstår ju olika grundtyper av CP med individuellt mer eller mindre komplicerade verkningar och helt olika behandlingsmetoder. Numera talar man ju inte enbart om spasticitet, utan också om atetos, rigiditet och ataxia såsom grundtyper.

1931 hörde man talas endast om spasticitet.

1937 hade man börjat utforska atetos, och efter hand har man hittills urskiljt 12 olika former inom denna grupp.

1949 hade rigiditet urskiljts.

F.n. känner man till 21 olika former av CP.

Habilitering

Cerebral pares framkallas av hjärnskador före, under eller efter förlossning.

Ett barn, som aldrig har fungerat normalt, måste lära sig grundläggande färdigheter, som det aldrig haft. Detta gäller även barn, som under de allra första levnadsåren genom yttre våld eller sjukdom fått CP. För dem blir habilitering nödvändig.

Verkan av dessa tidigt inträffade skador skiljer sig i många avseenden från dem, som uppstår hos äldre skadade. För dessa är rehabilitering aktuell, enär de ska åter lära färdigheter, som de en gång haft.

Humanitära, sociala och nationalekonomiska problemen är stora. Den hjärnskadades problem är också hans familjs, hans omgivnings och samhällets problem. Tidig behandling med realistisk målsättning var givetvis inte överallt genomförd i USA. Många kom inte under behandling före skolåldern, många inte ens betydligt senare. Emotionella skäl och okunnighet hos föräldrarna gjorde att man inte tidigt nog sökte läkare, den förebyggande mödra- och barnvården stod ej på samma nivå som den svenska, och barn, vars föräldrar flyttade från stat till stat, kanske aldrig fick åtnjuta hälso- och sjukvård.

Habiliteringslaget

För individens allsidiga utveckling och behandling krävs ett vittomfattande habiliteringslag, där varje medlem har varierande stor insats, helt beroende på behovet för varje individuell patient. Resultat tillskrivs aldrig en i laget, utan dess samverkan.

Ett sådant samarbete är inte lätt att uppnå, beroende på lokala och på mänskliga faktorer. Problemen löstes också på mycket olika sätt i USA. Men — i stort sett hade man där kommit längre i förverkligandet härav än härhemma, det var redan en mer självskriven förteelse, även om man inte alltid lyckades.

Där är läkarna, sjuksköterskan, sjukgymnasten, arbetsterapeuten, talterapeuten, psykologen, kuratorn, lärarna, arbetsvårdaren. Samarbetet mellan de olika yrkesgrupperna var som regel mycket väl organiserat med konferenser av olika slag. Alla visste genom skriftliga och muntliga rapporter m.m. patientens aktuella situation i de olika behandlingsområdena, den slutliga och aktuella målsättningen kunde bedömas (och ev. förändras) från olika synpunkter, skärskadad av olika fackkunskaper.

De inte minst viktiga i laget är givetvis patienten själv och hans familj. Barn i olika åldrar måste motiveras olika för medverkan på

sätt, som passar deras utvecklingsnivå och anpassas efter deras handikap.

Motivering har blivit slagordet i USA, trots att det är grundprincipen sedan urminnes tider för mänsklig levnad. På den vilar hela rehabiliteringens effektivitet. Utan rätt motiverad medverkan förfelas rehabiliteringsinsatserna. Med rätta ansågs, att terapeuterna i allmänhet, i USA, brast i psykologiskt och pedagogiskt kunnande om sina barnpatienter, och att som följd härav resultatet ej blev vad det borde ha kunnat bli med terapeuternas rent medicinska vetande. Det skulle också ha varit helt orimligt om den endast 3-åriga arbetsterapeututbildningen skulle ha givit dem tillräckliga kvalifikationer härför.

Familjen, föräldrar och syskon, påverkar och påverkas av CP-barnets situation. Föräldrarna känner ju sitt barn väl, men på ett subjektivt, icke fackkunnigt sätt. Givetvis gavs noggranna instruktioner om barnet. På sina håll ansågs det bättre, att föräldrarna ej påtog sig någon behandling, utan på alla andra sätt ägnade sig åt sina barn, på andra håll gavs behandlingsdirektiv. Terapeuten har mycket att lära av föräldrarna, dessa i sin tur måste ofta förhjälpas till en mer objektiv, realistisk målsättning.

Föräldrakontakten ansågs som mycket väsentlig. Därför ansågs det viktigt, på sina håll, att föräldrarna dagligen kom med sina barn till skolan/centralen, varvid naturligt tillfälle gavs åt ömsesidig kontakt. Otaliga exempel hade man på, hur all nödvändig kontakt brutits i och med att t.ex. transporter ordnats centralt.

Sjukgymnastik, arbetsterapi och talterapi

utgjorde de förnämsta behandlingsmetoderna, även om operationer, bandage, mediciner i växlande utsträckning utnyttjades. Dr. Phelps hade den förhoppningen, att i framtiden mediciner skulle kunna på ett effektivare sätt än hittills lösa problemen speciellt för atetotikerna.

Som bekant har många olika former av sjukgymnastik för dessa skador utarbetats under årens lopp. Vilken metod är den rätta? "Den metoden, som säkrast når sitt mål" formulerades ett svar av den välkände pediatrikern Dr.

Perlstein, Chicago, i hans föreläsning om CP på Arbetsterapeuternas Världsförbunds internationella kongress 1954.

Oftast är det en kombination av flera metoder som ger bästa resultat. Ganska allmänt ansågs, att man tidigare inriktat sig för mycket på speciella tekniker och mindre på barnens individuella behov. Meningarna är dock delade. Kanske bör nämnas, att Bobaths och Roods tekniker de senaste åren tilldragit sig stort intresse.

För ett gott behandlingsresultat är det givet, att arbetsterapeuten intimt kan samarbeta med sjukgymnasten — och med talterapeuten. Samarbete under gemensam ledning resulterar bl.a. i olika behandlingsprogram, som dock i metod ansluter sig till de andra terapeuternas och som söker lösa delproblemen.

Arbets terapins roll

är att göra patienten fysiskt och psykiskt så oberoende som möjligt, målet för alla andra rehabiliteringssträvanden. Arbetsterapins medel är verksamhet, som ansluter sig till normal livsföring. Det av sjukgymnasten inövade mönstret s.a.s. övas av arbetsterapeuten till funktionsduglighet. De fundamentala kropps-funktionerna, t.ex. kropps- och huvudhållning, armrörelser, att kunna gripa, hålla, släppa, släppa av, äta, tala, allt detta tränas och tränas åter genom verksamhet, som passar barnets utveckling och handikap.

Hittills har man lättast kunnat ersätta bristande funktionsduglighet i nedre extremiteterna (genom t.ex. bandage, rullstol). Vad beträffar de övre extremiteterna vinnes alltmer erfarenheter om andra typer av s.k. "orthotics" (hjälpmedel som ger stöd och ökad funktion åt kroppsdelarna och samtidigt kan utgöra fäste för något redskap). De måste tillgripas, kanske för att motverka kontrakturer, hålla en hand i funktionsdugligt läge, kanske för att hålla en sked, som dessutom kanske fått böjas i en vinkel, som gör, att patienten kan föra skeden till munnen.

I största utsträckning faller det på arbetsterapeutens lott att prova ut dessa hjälpmedel för manuell verksamhet, ofta även att tillverka dem. Härtill behövs kunskap och fantasirikedom.

I första hand gäller det dock att träna barnet allsidigt utan dessa hjälpmedel. Barnet måste under metodiskt genomförd ledning lära sig att klara sig själv så mycket som möjligt med måltid, toalett, klädsel etc. (s.k. "självhjälp-aktiviteter"). Ett barns normala utveckling på olika områden måste så allsidigt som möjligt ges det handikappade barnet genom synnerligen målmedveten behandling. I det handikappade barnets verksamhet skall därför i största möjliga utsträckning ingå "vanliga" lekmaterial, sysselsättningar och impulser. Dessa utnyttjas som allmänt utvecklande och direkt funktionstränande.

Med initial-testning och fortlöpande testningar, genom diagram m.m. söker arbetsterapeuten under läkarens ledning genomföra ett realistiskt planlagt behandlingsprogram. Funktionell arbetsterapi är verksamhet, som terapeutiskt bidrar till att inpassa det handikappade barnet och den handikappade vuxne med CP i samhället.

"Intensiv träning"

med allsidig terapi gavs, genomsnittligt, i 3-månadersperioder. Under dessa månader fick patienten dagliga behandlingar. Uppehållet mellan perioderna understeg ej 14 dagar.

Värdet av behandlingsschema med terapi endast några gånger i veckan ansågs bero mycket på föräldrarnas medverkan. Denna var givetvis av mycket olika kvalitet.

Samhällets möjligheter

Intresset och organisationen av CP-vården var ganska olika i olika stater. Kvalitativt och kvantitativt största insatserna ansågs staterna New York och California ha gjort.

Generellt remitterades patienten till ett center för diagnostisering och prövning. Detta var oftast förlagt till ett sjukhus. Behandling följde sedan i den typ av institution, som bäst motsvarade patientens behov. Men framför allt måste de lokala möjligheterna bli avgörande. Med jämna mellanrum återkom så patienten för förnyad prövning i de olika terapiavdelningarna, ofta endast för en dag.

CP-patienter vårdades endast som akuta sjukdomsfall på sjukhus. Dock intogs de givetvis för behandling på de speciella rehabiliterings-

sjukhusen och -centres för fysiskt handikappade. Polikliniskt, däremot, behandlades många CP-patienter med sjukgymnastik, arbetsterapi och talterapi (där sådan fanns).

Av många skäl var det nödvändigt ge behandling i hemmet av dessa terapeuter. Man ansåg i USA att omkring 40 % av CP-klientelens behov av behandling täcktes just genom polikliniska besök och hembesök av terapeuterna.

I skolor för fysiskt handikappade var ofta inrättade terapiavdelningar för enbart CP eller också för alla barn gemensamt. Till skolklasser för CP och ev. andra handikappade i de normala skolorna hörde också liknande terapiavdelningar. I de snabbt uppväxande CP-centralerna med förskola och skolklasser fanns givetvis också terapiavdelningar.

Placering i arbetslivet erbjöd i USA liksom i Sverige svårlösta problem. Tidigt insatt behandling kan i någon mån eliminera nuvarande svårigheter såsom dålig psykisk anpassning, brist på goda arbetsvanor i förening med de motoriska handikappen. Otillräckliga var möjligheterna till yrkesvägledning och arbetsträning, skyddade verkstäder och hemarbete, även om tydligen mycket gjorts de senaste åren i det avseendet.

Sluten långtidsvård

Veterligt var den enda institutionen för intellektuellt normala men svårt fysiskt handikappade CP den år 1955 öppnade avdelningen på Bird S. Coler Hospital, New York. Här vårdades barn och ungdomar upp till 21 år, övriga på avdelningar för vuxna långvarigt sjuka.

CP-klientelet med nedsatt intellekt placerades på mentalsjukhus och sinnesslöanstalter. Endast på några av dessa tycktes behandlingsprogram av bl.a. arbetsterapeuter genomföras.

Behov av behandling

Behov för CP-vård har avsevärt ökat i USA bl.a. beroende på nativitetsökning och ökad upplysning. Detta har medfört att flera och svårare handikappade har kommit till diagnostiseringscentralerna.

Med förbättrade metoder i psykologisk testning har man fått säkrare uppfattning om intelligensdefekter. Procentsiffran för intelligensdefekter har sålunda stigit.

Man har mer och mer insett att patientens medaktivitet i behandling beror inte endast på intelligensnivån utan i lika hög grad som för friska personer på motivering och allmänna psykiska tillståndet.

Med större antal svårare handikappade och med större möjligheter att urskilja behandlingsbara och mindre behandlingsbara fall tycktes man sätta in effektiv behandling i förhållandevis färre fall än tidigare.

CP-vård i California

Låt mig till sist endast ge några glimtar från utvecklingen i California, som är något mindre än Sverige till sin areal, men har ett invånarantal av ca 11 miljoner.

Den första föräldraföreningen i USA bildades här år 1938. Den första förskolan öppnades 1940. Statligt program med diagnostik- och behandlingscentra, förbundna med internatskolor, påbörjades 1945. I början av 1956 fanns i statens regi 52 skolor, fördelade på 30 av statens 58 län. Här arbetade vid den tidpunkten 84 sjukgymnaster och 51 arbetsterapeuter. Staten har sjukgymnaster och arbetsterapeuter som konsulter.

Det statliga programmet kompletteras av frivilliga organisationers. Dessa driver t.ex. daghem för psykiskt efterblivna med svåra fysiska handikap, hembehandling för psykiskt efterblivna (mest av humanitära skäl, för hjälp med justeringar av stolar, hjälpmedel etc.), förskolor för åldrarna 1 1/2 år—3 år, förskolor, träningsinstitut, skyddade verkstäder, läger, verksamhet för fritidssysselsättningar, terapeuter för hembehandling och poliklinisk behandling på ett sjukhus m.m.

Kursverksamhet för CP-personal bedrivs både av staten och de frivilliga organisationerna.

En viss "rivalitet" förmärktes mellan statliga och frivilliga institutioner, på gott och ont säkerligen. Skatteresurser, kvalitetskrav på fackkunskap, pappersexercis och privata initiativ, personligt engagement, idealism kompletterade nog varann.

I CP-vård, liksom på många andra områden nu för tiden, är utvecklingen mycket snabb. Vad som gällde i går, är kanske förlegat i dag. Men nya erfarenheter byggs på de redan gjorda.