

# Pedagogik för rehabilitering

Gunilla Brattberg och Bodil Jönsson

## Sammanfattning

- **En meningsfull rehabilitering bör bygga på både den levda sjukdomen och den diagnostiserade.**
- **Rehabilitering är i stor utsträckning en lärprocess. Det behövs pedagoger både för att bygga upp rehabiliteringsprogrammen och i själva genomförandet av rehabiliteringsprocessen.**
- **Inför mer av problembaserat lärande i rehabiliteringen.**
- **Ta vara på goda förebilder, också dem som inte kan komma tillbaka till lönearbete.**
- **Skapa fler mötesplatser för kollektivt lärande.**
- **Arbeta i större utsträckning med patientgrupper.**
- **Samarbeta gärna med studieförbunden.**

Du får lära dig att leva med värken, smärtan och tröttheten, är det besked som många långtidssjukskrivna smärtpatienter får. Sällan får de reda på hur det ska gå till. Man säger "lära dig att leva med", och därmed säger man indirekt att det är en *lärprocess* patienten står inför. Rehabilitering handlar om hur en människa lär sig nya sätt att tänka, känna och bete sig med sikte på förbättrad funktion och hälsa. Rehabilitering omfattar ämnena medicin, psykologi, psykoterapi, omvårdnad, fysioterapi, arbetsterapi och teknologi. Företrädare för alla dessa discipliner försöker hjälpa människor med funktionshinder att bli mindre handikappade - mer arbetsföra.

Pedagogik är centralt i all rehabilitering. I rehabiliteringslitteratur skriver man om pedagogiska metoder utan att utveckla vad detta innebär. Smärtrehabilitering är en pedagogisk uppgift, fastställde Rolf Nordemar i en artikel i Läkartidningen 1995 [1]. Han menar att läkarens och psykologens roll i stor utsträckning är av pedagogisk karaktär. Men dessa yrkeskategorier har knappast någon pedagogisk utbildning. De får visserligen en erfarenhet genom sin yrkesvardag men den räcker inte för att flytta fram de pedagogiska positionerna för exempelvis rygg-, nack- och smärtskolor. Kunskapsförmedlingsker ofta i rygg-, nack- och smärtskolor. Det är i stor utsträckning förmedlingspedagogik som råder i smärtskolor trots att det är allmänt omvitnat att det inte räcker med att informera patienterna.

De behöver *lära sig att lära sig*. Förvandlas inte informationen till kunskap så förblir allt vid det gamla.

Inom *habilitering*, där man framför allt arbetar med barn med olika

## Författarpresentation

**Gunilla Brattberg** är leg. läkare, specialist i anestesi och smärtlindring, docent i Hälso- och sjukvårdsforskning Uppsala universitet och adjungerad professor i rehabiliteringspedagogik vid Certec, LTH, Lunds Universitet.

Korrespondensadress: Gunilla Brattberg, Bergsgatan 12, 112 23 Stockholm. Tel o. fax 08-336789  
e-post [gunilla.brattberg@varkstaden.se](mailto:gunilla.brattberg@varkstaden.se)

**Bodil Jönsson** är professor i rehabiliteringsteknik vid Certec, LTH, Lunds Universitet.

typer av handikapp, har läraren en central roll. Det är till exempel specialpedagoger som har huvudrollen vid arbetet med autistiska barn. Vid habilitering lär människor nya färdigheter som de tidigare inte haft. Vid *rehabilitering* handlar det om att återanpassa människor till ett normalt liv. Trots att det ofta handlar om att lära sig att leva på ett nytt sätt med ett funktionshinder så förekommer inte lärare eller pedagoger inom smärtrehabiliteringen.

## Läkar- och vårdutbildningen

Det har hänt mycket under senare år när det gäller pedagogiken i läkar- och vårdutbildningen. Universitet och högskolor har numera avdelningar för *medicinsk pedagogik*, ett internationellt ämne som omfattar uppläggning, metoder och examination i läkar- och vårdutbildningar. Inom disciplinen vårdpedagogik utvecklas kunskap om och inom vård-, omsorgs- och medicinska utbildningar. Enligt informationen på respektive universitets hemsida är det tydligt att den *pedagogiska utbildningen* handlar om att generera bättre *lärare* i läkar- och vårdutbildningen. Ingenstans skriver man om hur läkaren eller sjuksköterskan blir en bättre pedagog i mötet med patienten.

## Pedagogik för rehabilitering

Den som säger till sin patient "Du får lära dig att leva med värken, smärtan och tröttheten" vet sällan vad detta innebär. Människor som arbetar med rehabilitering av långtidssjukskrivna gör det utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet med förtecken att den relevanta kunskapen förväntas komma från randomiserade kontrollerade försök och verksamheten vilar på evidensbaserad medicin. Ändå ökar antalet långtidssjukskrivna smärtpatienter och bara en bråkdel av dem som genomgår rehabilitering återgår enligt uppgifter från försäkringskassan i arbete. Det finns förstås många orsaker till den ökade långtidssjukskrivningen, och de sjukskrivnas svårigheter att komma tillbaka till lönearbete. En adekvat fråga är dock om det kan finnas andra och mer verksamma (pedagogiska) sätt att rehabilitera människor med långvariga symtom.

## Rehabiliteringsexperten

När fokus bytts från smärtbehandling till smärtrehabilitering är det *livet med sjukdomen* som är i fokus. För att bättre kunna möta patienternas behov bildar man rehabiliteringsteam där personer från olika professioner (läkare, sjukgymnast,

sjuksköterska, arbetsterapeut, psykolog) förmedlar sin kunskap till patienten. Patienten är i stor utsträckning fortfarande mottagare. Det läraren egentligen skulle visa är på vilket sätt läraren själv är mästare på att lära just det som "eleven", patienten, ska lära sig. Patienten är i underläge både genom att det är hon som är sjuk, har ont, är trött, och att det är hon som vet minst om sin sjukdom. Det är mot bakgrunden av denna underlägsenhet som verksamma pedagoger för rehabilitering måste få lov att vara något helt annat än den främst medicinskt kunnige rehabiliteraren. Han/hon behärskar ju faktiskt inte innehållet i det patienten behöver lära sig. Den *levda sjukdomen* är något helt annat än den medicinska sjukdomen. Endast den som har rehabiliterats från sjukdomssymtom vet *hur* det går till att lära sig leva ett bra liv med dessa symtom. Dessa experter saknas i de flesta smärtrehabiliteringsteam.

### Kunskapsbildning

I traditionell patientundervisning agerar de professionella som *sändare* och patienten som *mottagare*. Idag möter de professionella mer välutbildade patienter. De nöjer sig inte med att bara vara mottagare. De är också *sökare* [2]. Många har hämtat information om sin sjukdom på Internet. Det händer inte så sällan att de är mer uppdaterade vad gäller aktuella behandlingsmetoder än läkaren. I sitt sökande har de även mött andra människor med liknande problem och blivit *sändare* i olika samlingsforum på Internet, där de deltagit i *kollektiv kunskapsbildning*.

Den sökande, sändande patienten behöver möta en annan pedagogik än den mottagande. Denna pedagogiska perspektivförskjutning har mötts upp inom läkar- och vårdutbildningen där problembaserat lärande (PBL) har fått allt större plats. Men inom befintlig rehabilitering är PBL en sällsynthet, om metoden ens finns någonstans. En bärande del av filosofin inom PBL är att de studerande själva ska få styra sitt lärande, reflektera över sitt eget tänkande och söka kunskap på det sätt som passar bäst för henne eller honom [3]. Att själv ta ansvar för och kontrollera sin inläring är ett viktigt mål i självstyrt lärande. Den som tar ansvar för sitt eget lärande och får möjlighet att pröva sina nyförvärvade kunskaper får förtroende för den egna kompetensen. Han/hon får *förståelsekunskap* och *förtroendetskun-*

*skap*. Man kan inte tvinga någon att lära sig. Det måste ske frivilligt. Men rehabilitering sker många gånger under hot (av indragen sjukpenning) och stress vilket påverkar de pedagogiska förutsättningarna och försämrar *lärandemiljön*.

### Det situerade lärandet

Det allra mesta i ett lärande är situationerat, det vill säga det sker i ett speciellt sammanhang. En av människans fantastiska förmågor är att hon kan ta det lärda med sig från en situation till en annan. Just detta bör utnyttjas för att göra det möjligt för patienter att lära sig där de lär sig bäst och där det lärda har högst relevans för dem. För att detta skall kunna omsättas till praktisk verklighet i rehabiliteringsprogram krävs att också de professionella grupperna har respekt för inte bara det kliniska utan också det situationerat. I "Situating research and design for everyday life" [4] ges mängder av exempel som visar på möjligheterna för situationerad forskning i rehabilitering.

### Rehabiliteringspedagogen

Det finns många kliniker och intressenter som erbjuder smärtrehabilitering. Men i grunden kan de bara erbjuda *lärtillfällen*. För att rehabiliteringen ska bli effektiv behöver dessa lärtillfällen anpassas efter människors möjlighet att lära, och att människor lär på olika sätt. Man skulle kunna börja med att patienten som ska rehabiliteras går igenom en *lärstil* där hon får kunskap om *hur* hon bäst lär sig för att bäst kunna välja i rehabiliteringsutbudet [5]. Pedagogiken behöver finna sin hemvist som en väsentlig del i den medicinska och den yrkesinriktade rehabiliteringen. Specialpedagoger med rehabiliteringsinriktning har en naturlig plats i rehabiliteringsarbetet. Åtminstone borde man anlita dem som konsulter när man skapar rehabiliteringsprogram. I dagsläget saknas denna pusselbit i det multidisciplinära omhändertagandet.

Människor som har god livskvalitet trots att de lever med kroniska sjukdomar och långvariga symtom (förebilder) borde utnyttjas i vården. De skulle kunna arbeta som expertpatienter/värkmästare/volontärer några timmar i veckan och vara en resurs i rehabiliteringsarbetet, samtidigt som de skulle få hjälp att vidmakthålla sin goda hälsa genom att känna sig behövda. Kanske skulle man rent av kunna skapa en *lärlingmästar-utbildning* där rehabilitera-

de människor med restarbetsförmåga, som av olika skäl inte kan komma ut på arbetsmarknaden, skulle kunna arbeta ideellt med att rehabilitera andra som kanske kan komma ut på arbetsmarknaden [6]. Under alla omständigheter borde värkmästare och andra goda förebilder användas i vårdarbetet. De upplevs ofta mer trovärdiga än vårdgivare utan egen patienterfarenhet. De ger hopp. Kan hon, så kanske jag också kan.

### Självhjälpprogram

Halsted Holman är föregångsman när det gäller självhjälp. I början av 70-talet upptäckte han att patienternas egen uppfattning var en viktigare avgörande faktor för behandlingresultatet än traditionella biologiska faktorer. Han har tillsammans med sina medarbetare, framför allt Kate Lorig, gjort en lång rad studier där makten förskjutits från läkaren till patienten [7–11]. De började alltså fråga sina patienter vad som var deras största problem och fick höra att det kunde handla om en bortgången make, om en Alzheimersjuk hustru och om andra stora problem som inte hade med patientens sjukdom att göra. Detta ledde till att man koncentrerade sig mer på problemlösning än sjukdomshantering. Rehabiliteringsarbetet leddes av specialutbildade lekmän. De lyckade resultaten kunde hänföras till ökad *självförmåga* och *egenmakt* [12].

### Pedagogiskt smörgåsbord

I det följande beskrivs några praktiska pedagogiska tillämpningar, varav en del ännu inte förekommer inom etablerad smärtrehabilitering. De har alla provats inom ramen för värkstadsprojektet och visats fungera som goda komplement till mer etablerade metoder [13]. Eftersom frivilligheten är så viktig för lärandemiljön kanske man skulle kunna erbjuda patienterna ett *pedagogiskt smörgåsbord* där de fritt fick välja de pedagogiska metoder som passade dem bäst. Det är bara fantasin och orubbliga vårdstrukturer som sätter gränser. Det skulle inte behöva kosta mer utan i stället frigöra resurser i form av bättre rehabiliteringsresultat och framför allt minskad vårdkonsumtion. Rehabiliteraren skulle på fler än enstaka ställen kunna vara en *coach* som hjälper patienten att lägga upp ett personligt rehabiliteringsprogram och likt en ledarhund lotsar henne genom detta. En coach behöver vara pedagogiskt kunnig så att hans/hennes egen lärostil inte

prackas på den lärande. Oavsett vilken pedagogisk form man arbetar med, skulle man kunna använda både medvetandegörande metoder (till exempel värderingsövningar, rollspel, forumteater) och motivationshöjande metoder av olika slag [14]. Möten med goda förebilder är både medvetandegörande och motivationshöjande.

### Mötesplatser

Att skapa mötesplatser, där olika sorters kunskap och erfarenhet blandas, tas tillvara, utvecklas, utmanas och ifrågasätts underlättar kollektivt lärande, kollektiv kunskapsbildning och kollektiv egenmakt vilket oftast är överlägset enskilt lärande [15]. Det bidrar även till demokratiska kunskapsprocesser [16]. Här är Apotekets försöksverksamhet med "Hälsotorg" ett exempel. Internet är redan en mötesplats för människor med hälsoproblem av olika slag. SmärtVärkstads samtalsforum ([www.vardalstiftelsen.net/smartvarkstaden](http://www.vardalstiftelsen.net/smartvarkstaden)) är just en sådan mötesplats på Internet för i första hand människor med värk och smärta.

### Samtalspromenader

Det är oftare lättare att prata om svårpratade ämnen när man promenar. Samtalspromenader med goda förebilder skulle kunna ge hopp, skapa motivation och förmedla kunskap om hur man ska bete sig för att få en bättre livskvalitet. Man kan ha ett pedagogiskt material att samtala om under promenaden. Regelbundna promenader leder dessutom till bättre fysisk kondition.

### Frågestunder

Ett komplement till att förmedla kunskap under individuella läkarbesök eller på föreläsningar i en smärtskola skulle kunna vara att erbjuda frågestunder där patienter tillsammans med medpatienter kunde ställa förberedda frågor kring sin sjukdom och sitt funktionshinder. Under frågestunder i grupp lär man sig även av andras frågor.

### Kunskapscenter

En viktig princip för problembaserad inlärning är att tillhandahålla ett varierat utbud av resurser för inlärning att användas på patientens egna villkor. En naturlig pusselbit i ett sådant utbud är ett kunskapscenter/informationscentral (infotek) placerat i till exempel (sjukhus-) biblioteket eller (sjukhus-) apoteket. Ett exempel på kunskapscenter finns på [www.patientforum.umass.se](http://www.patientforum.umass.se).

### Självhjälpgrupper

Studieförbunden har lång erfarenhet av självhjälpgrupper och studiecirklar. Det finns inget hinder att vården samarbetar med studieförbunden. Det har fungerat utmärkt i några Värkstäder. När vårdanställda saknar tid och resurser skulle rehabiliteringskliniker och vårdcentraler kunna anlita studieförbund för att organisera studiecirklar och annan gruppverksamhet för kollektiv kunskapsbildning.

Vare sig man använder studieförbund eller inte så är arbete med *patientgrupper* effektivt. Med genomtänkt pedagogik blir resultaten bättre än vid enskilt arbete. Det blir även billigare än rehabilitering på individuell bas. I större grupper blir eländet utspädd. Därmed är det mindre utbrännande att arbeta med långtidssjukskrivna i grupp. I Storbritannien har man förstätt detta. Där bygger man ut självhjälpgrupper under ledning av expertpatienter inom hela NHS (National Health Service) [17]. Värkstäderna är ett embryo till en liknande verksamhet i Sverige. De finns för närvarande på ett 30-tal ställen spridd över landet ([www.varkstaden.se](http://www.varkstaden.se)) [13].

### Försäkringskasseträffar

Möjligheter att ställa frågor till en påläst försäkringskass tjänsteman som inte är ens egen handläggare har visat sig mycket värdefullt. Det ger möjlighet att få en "second opinion" i sitt försäkringsärende. När man får reda på vilka lagar och förordningar som gäller så minskar ovissheten. Det finns även vissa möjligheter att ställa frågor till Försäkringskassan via deras hemsida på internet ([www.fk.se](http://www.fk.se)).

### Internetrehabilitering

Kognitiva beteendeterapeuter har sedan många år erbjudit rehabilitering för till exempel fobipatienter över Internet. Man har fått en personlig lärare men ingen kontakt med andra i liknande situation. I samarbete mellan Värkstaden och Certec, Lunds Universitet har ett försök med Internetrehabilitering för långtidssjukskrivna människor med smärta och olika utbränningsdiagnoser genomförts med goda resultat i form av hälsoförbättringar. Av de långtidssjukskrivna ökade dessutom 52 procent sin arbetsförmåga [18].

---

### Referenser

---

1. Nordemar R, Nilsson T, Torres-Zavala C. Smärtrehabilitering en pedagogisk uppgift. Kronisk smärta angrips i beteendemedicinsk modell. *Läkartidningen* 1995;92:3987-3991.
2. Jönsson B, Rehman K. Den obändiga sökklusten. Stockholm: Brombergs; 2000.
3. Egidius H. Pedagogik för 2000-talet. Stockholm: Natur och Kultur; 2002.
4. Jönsson B, Malmborg L, Svensk A et al. "Situational Research and Design for Everyday Life", ISBN Certec-IR-04/2-SE, ISSN 1101-9956, April 2004, [Url: http://www.english.certec.lth.se/doc/situatedresearch.html](http://www.english.certec.lth.se/doc/situatedresearch.html)
5. Honey P, Mumford A. *Lärstilshandboken*. Lund: Studentlitteratur; 1982.
6. Josefsson I. *Från lärling till mästare*. Lund: Studentlitteratur; 1988.
7. Shoor S, Lorig KR. Self-care and the doctor-patient relationship. *Med Care* 2002;40 (4 suppl.):II 40-44.
8. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002;288(19):2469-2475.
9. Lorig KR, Mazonson PD, Holman HR. Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis and Rheumatism* 1993;36(4):439-446.
10. Lorig RL, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract* 2001;4:256-262.
11. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003;26(1):1-7.
12. Bandura A. *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and company; 1997.
13. Brattberg G. Rehabiliteringspedagogik för arbete med långtidssjukskrivna i grupp. Stockholm: Värkstaden; 2003. (ISBN 91-973714-2-4)
14. Brattberg G. *Pedagogik i rehabilitering*. Stockholm: Värkstaden; 2004. (ISBN 91-973714-4-0)
15. Holmstrand L, Härnsten G. *Förutsättningar för forskningscirklar i skolan*. Stockholm: Mynligheten för skolutveckling; 2003.
16. Holmstrand L. Forskningscirkeln som en plats för kunskapsmöten. *Tidskrift för Vetenskapsstudier*, Göteborg: Tema popularisering, nr 3-4, vol. 11; 1997.
17. The Expert Patient: A new approach to chronic disease management for the 21st century. London: Department of Health. [URL: http://www.doh.gov.uk/cmo/ep-report.pdf](http://www.doh.gov.uk/cmo/ep-report.pdf)
18. Brattberg G. Internetbaserad rehabilitering av långtidssjukskrivna människor med långvarig smärta och utmattningsdepression - en randomiserad studie. [Url: http://www.varkstaden.se/HI\\_Rapport.pdf](http://www.varkstaden.se/HI_Rapport.pdf).