

SJÄLVSTÄNDIGT ARBETE

Våren 2009

Sektion II

Pedagogik

Pedagogiskt arbete i ett smärthanteringsprogram

- en intervjustudie med arbetsterapeuter

Författare

Matilda Åkerberg

Handledare

Eva Svederberg

Pedagogiskt arbete i ett smärthanteringsprogram

- en intervjustudie med arbetsterapeuter

Abstract:

Det finns ett behov av att sammanföra pedagogik och sjukvård i multidisciplinära behandlingsteam. Syftet var att undersöka vilka pedagogiska verktyg arbetsterapeuter använder under ett smärthanteringsprogram för patienter med långvarig smärta samt vilken syn de har på pedagogiska utmaningar och arbetssätt i detta arbete. Tre arbetsterapeuter intervjuades. Resultatet visade att teamarbete var basen för arbetet. De pedagogiska verktyg som användes var: gruppverksamhet, behandlingsplan med mål, samtal, praktisk och teoretisk undervisning, veckoschema och video/biofeedback. Arbetet utgick från det biopsykosociala synsättet. Det fanns en tydlig uppfattning hos informanterna att arbetet till stor del handlar om pedagogik i såväl teoretiska som praktiska moment inom smärthanteringsprogram. Momenten veckoschema, aktivitet i verkstan och problemlösning ger kopplingar till att lärande under programmen sker erfarenhetsbaserat. Undersökningen kunde inte ge ett tydligt svar på vilka grunder pedagogiska verktyg väljs.

Nyckelord:

Pedagogik, smärthanteringsprogram, arbetsterapeut, erfarenhetsbaserat lärande, teori, praktik

Innehåll

1. Inledning	5
1.1 Syfte	6
1.2 Frågeställningar	6
2. Litteraturgenomgång	7
2.1 Smärta	7
2.2 Kropp, själ och omgivning	9
2.3 Samhälle och sjukvård	12
2.4 Teamarbete	13
2.5 Pedagogiska verktyg/synsätt	14
2.6 Arbetsterapi/aktivitet	18
2.7 Problemprecisering	19
3. Teoretiska utgångspunkter	20
3.1 John Dewey	20
3.2 David Kolb	21
4. Material och metod	24
4.1 Ansats	24
4.2 Val av metod	25
4.3 Urval	25
4.4 Etiska överväganden	26
4.5 Studiens relevans	27
4.6 Intervjugenomförande	28
4.7 Databearbetning	28
5. Resultat	29
5.1 Val av teman	29
5.1.1 Allt är pedagogik, men det är inget man pratar om	29
5.1.2 Ingen har vidareutbildning inom pedagogik	29
5.1.3 Teamarbete är grunden	30
5.1.4 Pedagogiska verktyg	30
5.1.5 Valen av pedagogiska verktyg är otydliga	33
5.1.6 Teori och praktik i samverkan	34
5.1.7 Erfarenhetsbaserat lärande sker även om det inte uttrycks fullt ut	34
6. Diskussion	36
6.1 Metoddiskussion	39
6.2 Sammanfattning	39
6.3 Framtida undersökningar	40
7. Referenser	41
Bilagor	44
Bilaga 1: Brev till verksamhetschef	44
Bilaga 2: Brev till informanter	45
Bilaga 3: Intervjuguide	46

1. Inledning

”Att lära sig leva med smärta” är ett komplext uttryck. Hur är det möjligt för en människa att göra det? Var finns hjälpen att få? Ordet lära för tankarna till pedagogikens område. Smärta kopplas oftast till den medicinska världen. Vi söker sjukvård när vi har ont. Vi vill ha en diagnos och sedan ska vi bli botade. Den medicinska kunskapen ska ha en lösning. Men det är inte alltid det går att hitta orsaken. Ofta går det inte att ta bort smärtan helt. Då återstår det för patienten att hitta ett sätt att leva tillsammans med sin smärta.

Sjukvården har en tradition av att diagnosticera och behandla. Det är vanligt att titta på patienten utifrån symptom. Kontextuella förutsättningar börjar man dock ta hänsyn till allt mer. Det finns en hierarki med läkare i toppen följt av sjuksköterskor, undersköterskor och längst ner vårdbiträden. Bredvid detta system finns paramedicinerna. Hit räknas bland annat sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer. Arbetsterapeuter är ett av de nyare yrkena, delvis täckande flera områden. Efterhand som sjukvården har utvecklat sina arbetsätt har det blivit vanligare att man jobbar i team. Även gruppverksamhet över tid har utvecklats allt mer. Dessa nya arbetsätt för sjukvården borde rimligen innebära att man utvecklar pedagogiska verktyg.

Jag är sjukgymnast till yrket. Det är med dessa ögon jag har bedrivit mina pedagogikstudier. Det känns som om jag har ett ben i varje läger. Min önskan är att pedagogiken och sjukvården ska kunna berika varandra mer. I mitt arbete under tio år med barn med funktionshinder, blev det tydligt för mig att jag inte kunde nå fram enbart med mina sjukgymnastiska kunskaper. Det behövdes även pedagogiska verktyg. I min grundutbildning ingick det inte någon undervisning i pedagogik. Jag fick lära mig på egen hand, ta hjälp av andra yrkeskategorier, söka i litteratur och påbörjade till slut pedagogikstudier. Jag arbetar nu med patienter med långvarig smärta, i ett multidisciplinärt team. Det finns olika pedagogiska arbetsätt, dock är det oklart för mig hur de är valda och hur medvetna personalen är om dem. Jag vill fördjupa mig i vilka pedagogiska verktyg arbetsterapeuter använder i arbetet med patienter med långvarig smärta under smärthanteringsprogram och hur deras syn på pedagogiska moment är.

1.1 Syfte

Syftet med studien är att titta närmare på vilka pedagogiska verktyg arbetsterapeuter som arbetar i multidisciplinära team använder i sitt arbete med patienter under ett smärthanteringsprogram samt vilket förhållningssätt de har till pedagogiska utmaningar och arbetssätt i detta arbete.

1.2 Frågeställningar

Vilken medvetenhet och inställning kring pedagogiska uppgifter och arbetssätt har arbetsterapeuter i sitt arbete under smärthanteringsprogram?

På vilka grunder väljer arbetsterapeuterna pedagogiska verktyg?

2. Litteraturgenomgång

Flera olika områden och aspekter berörs av valt ämne och inriktning. I detta kapitel görs en fördjupning av områdena smärta, kropp, själ och omgivning, samhälle och sjukvård, teamarbete, smärthantering, pedagogiska verktyg/synsätt samt arbetsterapi/aktivitet.

2.1 Smärta

Smärta är en skyddsmekanism vi föds med. Vi måste kunna flytta oss bort från det vi är på väg att bli skadade av (Berg, 2002). Smärtan behöver vi för att kunna undslippa svåra skador och död. Det finns människor som föds utan förmåga att känna smärta. De dör ofta innan vuxen ålder, på grund av skador och sjukdomar som de helt enkelt inte har fått några känsselförnimmelser ifrån. Det är inte så att det finns ett tydligt samband mellan hur stor vävnadsskadan är och hur smärtupplevelsen blir (Linton, 2005). Smärtan är en subjektiv upplevelse. Det är endast individen som känner var, hur och när smärtan finns (Hambraeus, 2009).

Smärta kan delas in på olika sätt beroende på vad man vill belysa. Ett sätt är att göra indelningen av smärtan i olika undergrupper efter smärtans orsak:

- Nociceptiv smärta
- Neurogen smärta
- Psykogen smärta
- Idiopatisk smärta

Den nociceptiva smärtan, som beskrivs som den vanligaste, beror på skador i kroppsorganen. Den neurogena smärtan har sitt ursprung i själva nervsystemet. Den psykogena smärtan anses bero på psykiska orsaker och kommer inte från kroppsliga system. Slutligen finns den idiopatiska smärtan, där man inte hittar ursprunget. Det kan ju dock vara så att man inte har sökt på rätt sätt (Berg, 2002). Vid centralt störd smärtmodulering kan två system inom CNS (centrala nervsystemet) vara dysfunktionella, nämligen central sensitisering och smärtinhibering. Central sensitisering är en överretbarhet av systemet, vilket kan leda till långvarig smärta. Ett tecken kan vara allodyni, det vill säga när beröring upplevs som smärta.

Smärtinhibering ska vara som en broms i systemet. När denna inte fungerar kan även resultatet här bli utbredd smärta (Lidbeck, 2006-2007).

En annan indelning av smärta är att se på tidsaspekten. Linton delar in smärtan utifrån tidslinjen i akut, subakut, återkommande och långvarig smärta. Den akuta smärtan varar inom 3-4 veckor, innebär tillfälligt minskad aktivitet, medicinberoende och viss emotionell påverkan. Vid den subakuta smärtan, inom 4-12 veckor, är det olika hur aktiviteten påverkas. Ofta försöker man att jobba och att hitta strategier för att klara av smärtan. Man kan vara påverkad av stress, fokusera på fysiska symptom, och depressiva symptom kan börja ta form. Den långvariga smärtan är den som fortsatt finns kvar efter tre månader. Här kan aktivitetsförmågan ha minskat påtagligt, ett sjukdomsbeteende slagit rot. Depression är vanligt, likaså att strategierna för att klara smärtan är passiva. Den akuta smärtan anses ha ett biologiskt värde utifrån behovet att skydda sig, medan det är svårare att se detta värde vid långvarig smärta. Att då fortsatt uppmärksamma sin smärta är energikrävande. Både upplevelsen av smärtan och konsekvenserna av smärtan ändras dessutom över tid (2005). Den långvariga smärtan är ett vanligt fenomen, 40-50 % av befolkningen är drabbade, varav en fjärdedel har svårt att leva med smärtan (SBU, 2006).

Ett vidare synsätt är att belysa smärtan genom mer långtgående dimensioner. Man kan då tala om:

- Fysisk smärta
- Psykisk smärta
- Social smärta
- Andlig smärta

Den fysiska smärtan har en fysiologisk orsak. Många tycker att deras tillstånd har sin grund enbart här. Oro, depression och ångest kan ge en psykiska smärta. Social smärta kan upplevas av att man känner sig ensam och isolerad. Om hela ens identitet är ändrad, man kanske inte kan jobba mer, känner sig inte behövd, livets mening känns ifrågasatt, då kan det bli en andlig smärta (Brattberg, 1995).

Den definition av smärta som används inom sjukvården har tagits fram av en internationell organisation, the International Association for the Study of Pain¹, och lyder i svensk översättning enligt följande (Linton, 2005, s.28):

”En obehaglig sinnesförmimelse och känslomässig upplevelse som hör ihop med faktisk eller potentiell vävnadsskada eller beskrivs i termer av sådan skada och som tar sig uttryck i beteendet.”

2.2 Kropp, själ och omgivning

Vilken grundsyn man har på kropp och själ, deras inbördes förhållande, präglar rimligen också hur man ser på smärta och på hur man väljer att behandla patienter med långvarig smärta. Efter hand har man allt mer börjat titta på kontextuella förutsättningar.

Den biomedicinska modellen uppkom på 1600-talet. Descartes uppdelning av kropp och själ är ett dualistiskt synsätt. Hans tankar om en tydlig separation av kropp och själ kallas för Descartes misstag. Denna biomedicinska modell vilar vårt moderna hälso- och sjukvårdssystem på (Lundberg, 2008).

På 1930-talet växte den psykosomatiska modellen fram. Den har hämtat inspiration från psykologin och psykoanalytisk teori. Det var från början ett linjärt tänkande kring hur sjukdomar kopplas ihop med psykiskt mående (Gullacksen, 1998).

Den biopsykosociala modellen som utvecklades av George Engel på 1970-talet är en interaktion av biologiska, psykologiska och sociala fenomen (Lundberg, 2008).

Linton beskriver ingående den biopsykosociala modellen. Här integreras biologiska, kognitiva, emotionella, beteendemässiga och sociala aspekter med tyngdpunkten på den psykologiska. I smärtperceptionen påverkas vi förstas av de sensoriska stimuli vi utsätts för, men även vår miljö och kultur har inverkan. Ett exempel på hur vår kultur påverkar oss är hur vi uttrycker smärta, vilka ord vi använder. Familjen har en stark roll för vår smärtupplevelse, föräldrar påverkar barnets upplevelse av smärta genom sina reaktioner och förhållningssätt.

¹ www.iasp-pain.org eller www.sasp.org

Detta kan både förstärka ett sjukdomsbeteende, men också bana väg för utveckling av bra strategier för hantering. Vi ingår i många olika sociala sammanhang som präglar oss på olika vis. Dessa sammanhang påverkar också vår smärtupplevelse och hur vi handlar (2005). Smärtdiagnoser bedöms kliniskt ha en låg status, både i patientens egna nätverk men också vid kontakt med myndigheter. Det finns kliniska erfarenheter som visar på att personer med mer tydliga diagnoser och där behandlingsmetoderna är väl utarbetade, känner sig bättre bemötta i vården, än patienter med mer diffusa diagnoser, som långvarig smärta av oklar genes (Andrell, Börjesson, Peijlot, Mannerkorpi, Sterner, Eliasson & Mannheimer, 2009).

Ett holistiskt sätt är att se människan i ett samspel mellan medvetande, kropp och omvärld. Omvärlden kan delas in i livsmiljö, relationer, ekonomi och sysselsättning. Livsmiljön är viktig både ur liten och ur stor aspekt. Varje människa har här sitt eget unika behov. Vi har ett behov av relationer, goda relationer för att spegla vår identitet. Vi har vår sociala roll och placering. Ekonomin påverkar oss. Vi behöver kläder och bostad. Vi ingår i ett komplext, ekonomiskt system som vi måste förhålla oss till vare sig vi vill det eller ej. Vi har slutligen ett behov av sysselsättning. Vi behöver utlopp för ett rörelsebehov både av kropp och av sinne. I det västerländska industrisamhället blir det ofta en kombination av sysselsättning och försörjning, det vill säga arbete. Vi har dessutom gjort en indelning av vår tid i arbete och fritid (Berg, 2002).

Om man tittar på vilka faktorer som har betydelse för uppkomst av långvarig smärta belyses hela spektrat:

- Neurofysiologiska faktorer
- Psykologiska faktorer
- Sociala faktorer
- Ekonomiska faktorer
- Kulturella faktorer
- Existentiella faktorer

(Brattberg, 1995).

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) ser följande faktorer vara av vikt för uppkomsten, men också vidmakthållandet av långvarig smärta:

- Individuella
- Smärta
- Andra sjukdomar
- Psykologiska faktorer
- Sociodemografiska
- Arbetsrelaterade
- Ekonomiska

Dessa faktorer ger ett helhetstänkande som mynnar ut i den biopsykosociala modellen. Det är detta synsätt man rekommenderar och anser vara grunden vid arbetet med patienter med långvarig smärta, både för diagnostik, behandling och rehabilitering (SBU, 2006).

Gullacksen belyser ett alternativ till den biopsykosociala modellen kallat ett helhetspräglat hälsoperspektiv. Hälsa är ett vitt begrepp. Det handlar inte enbart om att inte vara sjuk, utan belyser många andra behov i en människas liv. Man tittar inte bara negativa krafter utan till stor del på positiva krafter (1998). När WHO definierar hälsa väljer man att lägga tyngdpunkten på välbefinnande: *"Ett tillstånd av fullständigt kroppsligt, psykiskt och socialt välbefinnande"* (Berg, 2002, s.49). En särställning vid belysandet av behovet av positiva krafter får Antonovsky nog räknas att ha. Han började uppmärksamma att vissa människor trots svåra omständigheter klarade sig förvånansvärt bra. Vid en undersökning utifrån etiska grupper, kring israeliska kvinnors anpassning till klimakteriet, fann han att en förvånansvärt stor del av de kvinnor som varit i koncentrationsläger ändå upplevde en tillfredsställande hälsa. Han utvecklade ett helt synsätt utifrån sina iakttagelser, kallat det salutogena perspektivet, i kontrast mot ett patologiskt perspektiv. KASAM – känslan av sammanhang – mäter en persons kraft att klara sig. De tre viktigaste komponenterna har funnits vara; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Antonovsky har utarbetat ett frågeformulär som mäter KASAM (1991).

ICF, International classification of functioning, disability and health, är ett internationellt klassifikationssystem för hälsokomponenter. Funktionstillstånd och funktionshinder blir

sammanslagna i detta system. Ett biopsykosocialt synsätt blir möjligt. Larsson & Lexell beskriver hur det går att förbättra förutsättningarna för rehabilitering genom att belysa faktorerna omgivning och delaktighet. De förespråkar att man försöker införliva dessa begrepp i det kliniska arbetet (2009).

2.3 Samhälle och sjukvård

Det är av största vikt att sjukvården formas för att både ge den enskilde patienten bästa vård men också för att utnyttja samhällets resurser optimalt.

Smärta är ett vanligt fenomen som drabbar oss alla oberoende av ålder och kultur. Det är den främsta orsaken till att vi söker vård. Ofta går vi till läkare, men också till sjukgymnaster, sjuksköterskor, psykologer med flera yrkesgrupper. Därtill kommer provtagning, röntgen, hjälpmedel och stora mängder medicin. Hälso- och sjukvården upptar en ansevärd del av ett lands BNP (Linton, 2005). En uppdelning som tydliggör samhällets kostnader är att dela in dem i direkta respektive indirekta kostnader. Här står läkar- och medicinkostnader för de direkta, medan de indirekta speglar den minskade produktion som frånvaro från arbete ger (SBU, 2006). Smärtan påverkar arbetsförmågan i hög grad och gör att vi stannar hemma från jobbet. Den vanligaste anledningen till att inte kunna arbeta är smärta från rygg, nacke och axlar. Allra mest kostar det för samhället att människor inte kan jobba, mer än vad behandlingar gör. Det är viktigt att titta på hur arbetsplatsen ser ut. Stress är en faktor att beakta, vi reagerar biologiskt på stress. Det finns ett starkt samband mellan stress och nack- och ryggsmärta. Höga krav och liten kontroll över arbetet är belastande. Krav, kontroll och arbetstakt spelar in, men också psykosociala faktorer, för uppkomst av stress och smärta (Linton, 2005). Brattberg påtalar indelningen vårt samhälle gör av rehabilitering. Den medicinska rehabiliteringen står sjukvården för. Den yrkesinriktade rehabiliteringen, det vill säga att hjälpa människor till arbete, ansvarar Försäkringskassan för. Det kan lätt bli ett glapp i denna indelning när patienten inte kan få mer från vården, men inte är rustad för den arbetsinriktade formen av rehabilitering. Hon föreslår en mellannivå, en rehabilitering inriktad på livskvalité (2003). Ofta är det kring kostnadstäckningen det blir diskussion eftersom det inte alltid är helt tydligt vem som är betalningsansvarig. Ibland händer det att flera inblandade bidrar för att täcka kostnaderna (Lundgren & Molander, 2008).

En viktig orsak till sjukskrivning på grund av långvarig smärta och psykisk ohälsa är att vården inte på bästa sätt samordnar sina insatser. Teamarbete är en arbetsform som har visat sig både ge bra resultat i behandlingsarbetet men även gagna team-medlemmarna (Lundgren & Molander, 2008) Det är av stor vikt att både identifiering och insatser sker tidigt, allra helst förebyggande, allt för att hindra att smärtan blir långvarig. Men för att detta ska bli möjligt krävs det en systematisk planering av vården (Linton, 2005).

2.4 Teamarbete

Första steget i sjukvården är oftast att man försöker sätta diagnos. Vid diagnosticering utifrån ett biopsykosocialt synsätt ska de olika delarna vägas samman. Man försöker också att se på smärtan utifrån indelningen i nociceptiv, neuropatisk, psykogen och idiopatisk smärta. Det är viktigt att uppmärksamhet om det finns centrala orsaker till smärtan. Därefter är det dags att upprätta en behandlings- och rehabiliteringsplan. Kartläggning ska göras av patientens resurser, alltså inte enbart fokus på svårigheter, som ställs i förhållande till patientens mål. En väg att sedan gå är att inrikta sig på multimodal rehabilitering. Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för denna behandlingsform (SBU, vol.1, s.159):

- *På ett övergripande plan finns starkt vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering (oftast en kombination av psykologiska insatser och fysisk aktivitet/träning eller sjukgymnastik) långsiktigt ger bättre resultat vid långvarig smärta än mindre omfattande insatser (Evidensstyrka 1).*
- *Det finns starkt vetenskapligt stöd för slutsatsen att multimodala insatser på lång sikt leder till positiva effekter på arbetsåtergång och sjukskrivning jämfört med mindre omfattande åtgärder (Evidensstyrka 1). Läget är däremot vetenskapligt motstridigt för vilken typ av multimodal rehabilitering som långsiktigt ger bäst resultat i detta avseende.*
- *Multimodal rehabilitering leder långsiktigt till att smärtan minskar, fler människor återgår till arbete och att sjukskrivningstiderna blir kortare, jämfört med passiva och/eller enskilda insatser (Evidensstyrka 1).*

Det råder viss förvirring kring de olika begreppen som betecknar arbete i team. De används ofta utan att man fullt ut analyserar vad de står för. Termerna multidisciplinär, multiprofessionell samt multimodal ligger nära varandra, men har olika aspekter. *Multidisciplinär* visar på att man har kunskap från olika områden. *Multiprofessionell* innebär att flera olika yrken ingår. *Multimodal* betyder att man behöver olika medicinska behandlingar vid rehabiliteringen. Mollberg & Molander förespråkar att man använder begreppet multiprofessionellt vid rehabiliteringsarbete (2008).

Teamarbete har alltså visat sig vara ett bra behandlingsalternativ men också en bra arbetsform för de som utför arbetet. Ett multiprofessionellt teams arbete beskrivs: *"På så sätt kan en utredning av problemen ske effektivt från ett helhetsperspektiv och insatserna genomföras på ett samordnat och målinriktat sätt utifrån individens speciella behov."* (Lundgren & Molander, 2008, s.11) Men man betonar också att detta ställer nya krav på personalen. Nytt arbetssätt kräver nya kunskaper. Många vårdutbildningar försöker nu förbereda studenterna inför detta arbetssätt. Teamarbetet beskrivs behövas både utifrån behovet att hantera det enorma kunskapsbehov som hela tiden växer och utifrån att man ska kunna se patienten utifrån ett psykosocialt perspektiv. Vid teamarbete med smärtpatienter ingår oftast arbetsterapeut, kurator, läkare, psykolog, sjuksköterska och sjukgymnast. I arbetet utgår man från bedömningar från alla i teamet, provar detta mot patientens bild, påbörjar arbetet med att sätta mål utifrån patientens önsknings. Rehabiliteringen sker sedan under 1-2 månader, både med individuella och gruppvis aktiviteter, samtal, undervisning, fysisk aktivitet mm. Därefter utvärderar man, planerar och följer upp (Lundgren & Molander, 2008).

2.5 Pedagogiska verktyg/synsätt

Gunilla Brattberg, läkare som i många år arbetat med patienter med långvarig smärta, var tidigt övertygad om att medicinska behandlingar skulle komma att kompletteras med pedagogiska behandlingar (1995). I sin bok *"Rehabiliteringspedagogik"* skriver hon flera år senare åter att rehabilitering till stor del är pedagogik. Det är en läroprocess där alla inblandade yrkeskategorier bör ha ett pedagogiskt arbetssätt (2003) som främjar patienternas lärande för att förebygga och hantera smärta. Sjukgymnasten Mari Lundberg som arbetar med och forskar kring kinesiofobi (rörelserädsla) uttrycker sig så här: *"Här ställs krav på dina sjukgymnastiska kunskaper, allt ifrån dina grundläggande kunskaper inom anatomi, fysiologi och psykologi till den pedagogiska tillämpningen."* (2008, s.171). Nedan följer att hopplock av vad

litteraturen beskriver. I de böcker om smärta och behandling som har studerats, finns det procentuellt inte så mycket kring praktisk pedagogik i arbetet med patienterna.

Teamarbete

Att välja teamarbete är att välja ett pedagogiskt arbetssätt. Multidisciplinära team har visat sig ge bättre resultat än behandling hos enskild specialist (Brattberg, 1995). Se ovan för mer detaljer kring teamarbete.

Gruppverksamhet

Ett annat sätt att arbeta är att ha gruppverksamhet. Det behövs utrymme både för dialog och för reflektion med andra personer i lärandet (Brattberg, 2003). Det finns många aspekter att uppmärksamma vid gruppaktivitet. Man ska välja hur stor gruppen ska vara, vilket sen påverkar engagemanget, aktiviteten och tryggheten. Det är viktigt att tänka på hur gruppammansättningen görs, t.ex. utifrån ålder, kön och bakgrund. Man bör i gruppen komma överens om vilka normer och regler som ska vara gällande. Ledaren har sina uppgifter med att skapa ett bra klimat, att se till hela gruppen och att försöka tänka kring deltagarnas förståelse. Gruppen kan få ett terapeutiskt värde genom att följande punkter beaktas (Brattberg, 1998, s.42):

- *Medmänsklighet, tolerans och förståelse*
- *Gruppansammanhållning, nätverk*
- *Lärande, ge ut och ta emot*
- *Rådgivning, lättare att acceptera information från jämlik person*
- *Att man delar med sig och får ny erfarenhet som leder till utveckling*
- *Härbärgerande funktion, ta emot ilska, besvikelse m.m.*
- *Identifikation, spegla sig i andra är en väg att lära känna sig själv*
- *Insikt, självförståelse*
- *Hopp genom att möta goda förebilder*

Behandlingsplan/mål

Vid förändring måste man först skaffa sig förståelse för det som ska ändras. Därefter kommer åtgärderna. En rehabiliteringsplan, som beskriver vad som ska göras och under vilken tidsaspekt, hjälper både patienten och behandlare (Berg, 2002). Att sätta mål är en process

som patienten kan behöva hjälp med, så även att ange tidsramen. Det finns en mängd aspekter att ta hänsyn till vid målsättning. Målen ska bland annat vara nåbara, realistiska, meningsfulla för patienten, gå att mäta, kortsiktiga och långsiktiga samt kännas stimulerande (Brattberg, 1995).

Kommunikation och samtal

Kommunikation är av stor betydelse för att behandlingen ska fungera, antagligen den allra viktigaste (Linton, 2005). Kommunikationen leder i bästa fall fram till att behandlare och patienten uppnår en gemensam förståelse av problem, orsaker och åtgärder, vilket underlättar målsättningen. Fallgropar i kommunikationen kan vara selektivt lyssnande, missuppfattning av tvetydig information samt dubbla budskap. Patientens föreställningar och emotioner påverkar vad som uppfattas. Patienten har ofta en helt annan smärtmodell än vad vårdgivaren har. Personalen kan utveckla sina färdigheter i kommunikation genom att beakta flera aspekter. Det kan vara genom att bygga en gemensam förståelse med patienten kring svårigheterna och hur man ska jobba med dem. Det gäller att skapa en god kontakt, se personen och inte diagnosen. Det är viktigt att veta vad som ska hända, vilket underlättas med en dagordning. Det är en konst att kunna fråga på rätt sätt. Det är att föredra öppna frågor framför styrda. Att lyssna är en viktig men svår konst. Man visar tydligt med sitt kroppsspråk om man är en aktiv lyssnare. Bekräftelse kan vara ett sätt att visa att man lyssnar. Extra uppmärksamhet behövs vid samtal kring känsliga frågor. Det gäller att kunna öppna upp med rätt ställda frågor, för att ge patienten möjlighet att börja prata om svåra saker. Det kanske viktigaste av allt är empatisk förmåga. Den visar man genom att se patienten och lyssna, men också genom att visa acceptans och respekt för patientens åsikter (Linton, 2005). Det finns olika typer av samtal. I det existentiella samtalet handlar det om att en människa ska se sig själv, med sin egen förståelse som bas, försöka utveckla denna. Vid ett stödjande samtal är det inte förändring, utan just stödet som är i fokus, för att den andra personen ska klara svårigheter. Jag-stärkande samtal är att personen får hjälp att hitta resurser hos sig själv, för att sen kunna göra förändringar (Brattberg, 1998).

Kunskap och lärande

Kunskap kan belysas på olika sätt. Faktakunskap kan i arbetet med en smärtpatient vara att man undervisar om hur människan fungerar, berättar om smärta och smärtbehandling. Färdighets- och förtrogenhetskunskap har en annan dimension. Här lär man sig att ta för sig, hantera omgivningen, sätta gränser. Man lär sig genom att göra. Detta leder till förändring och

utveckling. Erfarenhetsbaserad inläring förespråkas vid rehabilitering (Brattberg, 1998). Här ska individen med sig själv som utgångspunkt försöka att bearbeta sina erfarenheter och lära sig från detta. Reflektion och processande, ofta med en grupp, fördjupar kunskaper. Faktakunskap genomlysas för att kunna bli erfarenhetskunskap. Nya kognitiva kartor skapas och ger i sin tur ett nytt förhållningssätt. Grundläggande principer för erfarenhetsbaserat lärande belyses nedan (Brattberg, 2003, s.69):

Inläring sker bäst:

- *genom att man aktivt handlar och därefter drar lärdom av sin handling och dess konsekvenser*
- *under eget ansvar*
- *genom att man utnyttjar sin egen referensram – erfarenheter, kunskaper och värderingar*
- *genom att man ifrågasätter denna referensram*
- *i verkliga situationer*
- *under lång tid – kunskap är en process*
- *i samverkan med andra i liknande situationer*

Problembaserat lärande är en teknik där undervisaren istället för att ge information kring ett ämne, ger ett problem eller en situation som ska bearbetas av deltagarna. Detta kan höja både intresset och motivationen. Läraren blir mer som en handledare av läroprocessen. Att använda denna teknik vidare, att identifiera problem i gruppen utifrån deltagarna, ger andra infallsvinklar än om ledaren hade stått för frågeställningarna (Linton, 2005).

Linton beskriver en träff under ett KBT (kognitiv beteendeterapi) -program för patienter med smärta. Man börjar med en introduktion då man går igenom hemläxor med alla deltagare. Därefter kommer en kort föreläsning på maximalt 15 minuter kring ett ämne. Man går sedan över till problemlösning. Detta görs med hjälp av en fallstudie. Sedan är det dags för färdighetsträning. Metoderna här bygger på problemen från fallstudien. Till sist ges nya hemuppgifter, som ska vara individuella, därefter sammanfattas träffen (2005). Detta program innehåller flera aspekter av kunskaper och lärande.

2.6 Arbetsterapi/aktivitet

Aktivitet är ett återkommande begrepp som analyseras av arbetsterapeuter. *”Arbetsterapeuten har goda kunskaper om hur olika aktiviteter kan utföras vid en funktionsnedsättning för att individen ska nå en så hög grad av självständighet som möjligt.”* Genom att se på dagliga aktiviteter såsom personlig vård, boende och fritid samt arbetsförmåga planeras åtgärderna (Höök & Grimby, 1988, s.24).

I en undersökning kring hur personer med långvarig smärta upplever aktivitet intervjuades åtta personer (Aegler & Satink, 2009). Även om mycket gick in i vartannat så utkristalliserades tre huvudpunkter. Det ena var att man fortsätter med aktiviteter trots sin smärta, men det var en utmaning att göra det. Det krävdes nya angreppssätt. Det andra var att man måste vänja sig vid att ta pauser, vilket inte var lätt. Ofta fanns det en frustration i detta. Det kostade energi att hela tiden dela upp. För det tredje så var det en utmaning att slutföra aktiviteterna. Många gick över sina gränser för att det skulle ske (Aegler & Satink, 2009).

I en annan studie intervjuades sjutton kvinnor, som deltog i ett smärtrehabiliteringsprogram, kring daglig aktivitet. Utifrån deras berättelser urskiljdes olika ståndpunkter: om man ser framåt, saktar ner, tar strid eller om man står still. Detta vägdes mot vilken stämning berättelserna hade, vilken mening man tillskrev aktivitet samt hur man såg på framtiden (Keponen & Kielhofner, 2006).

I en tredje studie granskade man hur en aktivitetsdagbok kunde vara till nytta i rehabiliterande arbete med patienter med långvarig smärta. Dagboken användes för att se på aktiviteter och tidsåtgång i det dagliga livet. Sexton kvinnor med långvarig smärta skrev dagbok under sju dagar samt under ytterligare fyra dagar efter tre månader. Utifrån det första användandet av dagböckerna formulerade patienterna mål för de kommande tre månaderna. Dagböckerna analyserades med hjälp av ett datorprogram. Resultatet blev att man kunde utvärdera aktiviteter över tid. Dagböckerna startade en reflektionsprocess och kunde användas som ett pedagogiskt verktyg vid rehabilitering (Liedberg, Hesselstrand & Henriksson, 2004).

2.7 Problemprecisering

Litteraturgenomgången visar på en komplex bild där flera aspekter samverkar. Smärtan har många dimensioner. Kontextuella faktorer påverkar. Sjukvården formar sina strukturer. Personal i arbete med patienter med långvarig smärta väljer sina arbetssätt. Arbetsterapeuter har en stor del i teamarbetet utifrån aktivitetsaspekten. Det är aktivitet på flera plan som analyseras. Att hjälpa patienter som ska ”lära sig leva med sin smärta” torde kräva pedagogiska verktyg. Detta är mina utgångspunkter, vilket har format följande frågor:

Vilken medvetenhet och inställning kring pedagogiska uppgifter och arbetssätt har arbetsterapeuter i sitt arbete?

På vilka grunder väljer arbetsterapeuter pedagogiska verktyg?

Syftet med studien är att titta närmare på vilka pedagogiska verktyg arbetsterapeuter som arbetar i multidisciplinära team använder i sitt arbete med patienter under ett smärthanteringsprogram samt vilket förhållningssätt de har till pedagogiska utmaningar och arbetssätt i detta arbete.

3. Teoretiska utgångspunkter

I boken Rehabiliteringspedagogik (Brattberg, 2003) samsas John Dewey och David Kolb under rubriken "Lära genom att göra" (s.71). Min egen erfarenhet av arbete i smärthanteringsprogram är just att det erfarenhetsbaserade lärandet är viktigt, att patienterna aktivt provar nya moment kopplat till deras kontexter, men också att man försöker att införliva reflektion och faktakunskaper. Valet blev därför att låta dessa båda mäns tankar utgöra den teoretiska bakgrunden.

3.1 John Dewey

John Dewey (1859-1952) är en av företrädarna för pragmatismen inom pedagogiken. Inspirerad av pragmatismen utvecklade han en inriktning kallad instrumentalism eller experimentalism (Stensmo, 1994). Hans ontologiska ställningstagande är att verkligheten är föränderlig. Han delar inte på medvetande och omvärld, utan ser dessa komponenter i ständig process, i relation till varandra. Detta kallar han för transaktion. Problemsituationer är verkligheten för människan. Han försöker belysa, överbygga olika områden; verklighet/fakta, fakta/erfarande och erfarande/medvetenhet. Epistemologiskt förespråkar Dewey ett synsätt där medvetandet och omvärlden relateras. Genom reflektivt tänkande hanterar människan de problemsituationer hon utsätts för. Detta reflekterande tänkande ger genom följande handlingsförlopp kontroll över nya situationer:

1. Problemsituation
2. Problemdefiniering
3. Hypotesformulering
4. Resonerande
5. Testande

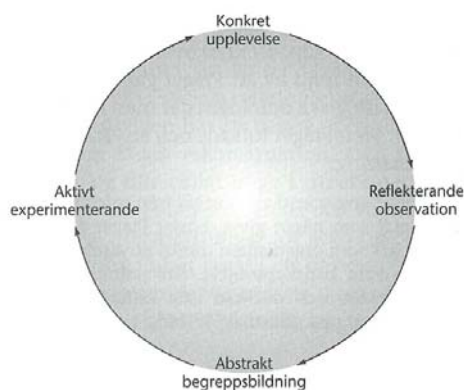
Ett växelspel mellan att uppfatta och begripa utspelas. En kontroll av det man håller på att skapa mening i måste göras. Begrepp och resonemang blir verktyg i kontrollerandet. Den lärande människan lär sig, enligt Dewey, i sin fysiska och sociala värld, genom att interagera och förändra sig. Det finns inga sanningar att luta sig emot, utan allt kan behöva omprövas. Deweys syn på människan, i ett lärande, är att drivkraften för den lärande framåt. Människan

är både social och biologisk, finns i dessa båda aspekter i miljön, i ett ständigt interagerande. Problem uppstår när vi vill tillfredsställa våra egna behov i interaktion med vår livsmiljö. Vi lär oss då att lösa svårigheter. Detta är grunden i lärandet. Utbildningen ska titta framåt, förändra och förnya. Själva kärnan i Deweys metod är att kunskap erhålles genom aktivitet: *"learning by doing"* (Stensmo, 1994, s.185). Erfarandets karaktär är både aktivt och passivt. Det aktiva består i det vi gör. Det passiva är det vi går igenom. Genom reflektion av aktiviteten sker en omvandling. Erfarenheten är i första hand inte kognitiv, men erfarenhetsvärdet finns i den kunskap som skapas. Reflektion blir bryggan mellan erfarenhet och kunskap. Det är just reflektionens grad som skiljer två modeller av erfarenhet. Vid *"trial and error-metoden"* är det omständigheterna som styr. Man provar på utan djupare förståelse för sambanden. Men vid mer ingående analys av samband mellan aktivitet och följder, sker en reflektion av erfandet, *"reflekterande par excellence"* (Dewey, 1997, s.189). Det blir möjligt att handla med mål i siktet. Tänkandet måste vara i ständig förändring. Det som finns framför oss är i centrum. Det som är bakom oss ger oss en stabil bas (Dewey, 1997).

Denna mening får sammanfatta Deweys tankar: *"Utan praktik blir teorin obegriplig, utan teori förstår man inte det praktiska"* (Egidius, 1999, s.65).

3.2 David Kolb

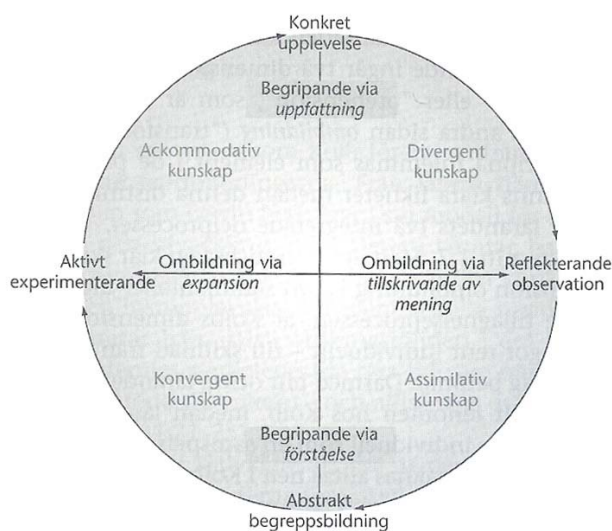
David Kolb (1939-) inspirerades av Piaget, Dewey och Lewin vid skapandet av sin lärocirkel med de fyra stadierna, konkret upplevelse, reflekterande observation, abstrakt begreppsbyggnad och aktivt experimenterande. Dessa tänkare anser Kolb alla ha en uppfattning av lärande som en process (Illeris, 2001, s.36).



Figur 2.1 Kolbs lärocirkel (Kolb 1984:33).

Han drar utifrån sin cirkel vissa slutsatser. Han ser alltså lärande som en process. Den konkreta upplevelsen är basen för processandet. Därefter kommer reflekterandet och omprövandet, man reviderar och modifierar sina begrepp. Vi försöker att förstå omvärlden och oss själva. Det blir ett dialektiskt utbyte mellan den lärande och omvärlden, en dialog människor emellan. Kunskapen får hela tiden nya dimensioner när vi kommunicerar med andra (Egidius, 1999).

Kolb har utvecklat en vidare teori utifrån att han i lärande utkristalliserar två dimensioner, begripandet och ombildningen, vilka han placerar i sin läromodell. Begripandet har i sin tur de två sidorna, uppfattning och förståelse. Ombildningen delar sig i utvidgning och tillskrivandet av mening. Detta ger sammantaget fyra inriktningar som samspelar i lärandets process (Illeris, 2001, s.38).



Figur 2.2 Kolbs läromodell (Kolb 1984:42).

Ur denna modell framträder fyra kunskapsformer (Illeris, 2001).

- Assimilativ kunskap
- Konvergent kunskap
- Ackommodativ kunskap
- Divergent kunskap

Vi har alla vår personliga lärostil. Kolb tycker att det är viktigt att den lärande utvecklar alla dimensionerna för att optimera lärandet. För att detta ska kunna vara möjligt måste man bli uppmärksam på sitt eget sätt att lära (Hård af Segerstad, Klasson & Tebelius, 2007). Ärftliga komponenter, livserfarenheter och de förutsättningar som finns i omgivningen utvecklar vår lärostil. Genom socialiserande erfarenheter i familj, skola och arbete sker utvecklingen, då vi väljer mellan att vara aktiva och reflekterande, mellan att vara omedelbara och reflekterande (Kolb, 1984). Fyra lärostilar utskiljer Kolb. *Divergerare*, de som har fokus på observation och reflektion. *Assimilatörer*, de som försöker att placera det de ser i redan befintliga kognitiva strukturer. *Konvergerare*, de som ser till att begrepp och uppfattningar överensstämmer med praktiken. *Ackommodatörer*, de som försöker att utforma nya begrepp utifrån vad de har upplevt (Egidius, 1999). Om man ser till att människor har olika sätt att lära ger detta ett speciellt fokus i lärsituationen. Det blir inte lärarens sätt som kommer i centrum utan läroprocessen. Det är den lärandes egen bild av sitt lärande som blir viktig och som ska analyseras (Hård af Segerstad mfl, 2007).

Kolb betraktar själv sin teori som byggande på erfarenhetslärande (Illeris, 2001).

Dessa teorier kommer att användas som grund för frågor i undersökningen kring personalens medvetenhet. Dels kommer begreppet ”erfarenhetsbaserat lärande” att belysas, så även tankarna kring förhållandet mellan teori och praktik, hur man arbetar praktiskt med detta.

4. Material och metod

Den grund jag har när jag väljer att titta på en frågeställning påverkar hela undersökningen. Min förförståelse präglar mina val både omedvetet och medvetet. Jag arbetar själv i ett multiprofessionellt team med smärthanteringsprogram för patienter med långvarig smärta.

4.1 Ansats

Jag har för mitt arbete valt en hermeneutisk ansats. Jag vill söka förståelse för det som mina frågeställningar berör. Hartman beskriver att man inom hermeneutiken belyser kunskap utifrån människors upplevelser (2004). Man anser att människan har sina uppfattningar utifrån den grupp man tillhör. Det är dessa föreställningar man tittar på, vilka formas genom begrepp. Olika begrepp relaterar till varandra. När en förutsättning ändras ger detta upphov till förändringar även inom andra områden. Detta gör det till en holistisk teori. Teorin formas utifrån vår egen bakgrund, både social och historisk. Vi har vår förförståelse som i kombination med det vi undersöker utmynnar i vår teori. Det blir en relativistisk teori. Det är genom tolkning vi försöker att nå kunskap, för att skapa mening. TolkanDET har sin grund i förförståelsen. Språk, begrepp och personlig erfarenhet påverkar denna. Att få ny kunskap utifrån att betitta någon annans situation formar en ny helhetsbild. Det blir ett cirkeltänkande. Vi kan dock inte komma ifrån vår egen förförståelse, vilket också gör att vi aldrig kan förstå en annan människa fullt ut (Hartman, 2004). För att fördjupa kunskapen sker ett växelspel mellan att omväxlande titta på delar och helhet, vilket ger den hermeneutiska cirkeln. Vid analys av en intervjutext börjar man ofta med att läsa igenom hela texten för att få en helhetsbild. Därefter analyserar man enskilda tema, går tillbaka till att se på helheten. Detta fortsätter tills man har fått en sammanhållen analys (Kvale, 1997). I själva forskningsprocessen finns det två cirklar, en kognitiv och en normativ, där samspelet mellan forskare och det som undersöks sker. I den kognitiva cirkeln möts våra på förhand uttänkta teorier och frågeställningar med informationen vi får fram vid undersökningen. I den normativa cirkeln möts våra värderingar och fördomar med informanternas uppfattningar. Dessa båda cirklar samspelar under hela processen (Holme & Solvang, 1997).

Jag valde denna ansats då jag med öppna ögon vill ta del av de tankar personalen har om sitt arbete i smärthanteringsprogram. De har i denna erfarenhet format sitt sätt att förhålla sig till

de uppgifter som ingår i det dagliga arbetet. Olika bakgrunder, yrkes- och erfarenhetsmässigt, har lett fram till teamens arbetssätt. Jag önskar att få en bild av vilka val som har gjorts och hur den teoretiska bakgrunden är, deras tolkning av pedagogik i arbetet. Genom mina pedagogikstudier har jag fått en annan förståelse än mina arbetskollegor, vilket gör att vi i vardagen inte alltid delar begrepp. Kvale beskriver att det finns en dubbel relevans för att välja hermeneutiken som ansats just vid forskning med intervjun som metod, då det först blir en dialog vid intervjun, vilket det också blir när man sen tolkar texten (1997).

4.2 Val av metod

Valet av metod föll på intervju. Intervjun beskrivs vara lämplig när man önskar information kring något mångfasetterat, när man söker det mer komplexa, vill ha reda på tankar, erfarenheter och känslor (Denscombe, 2009). En enkätstudie hade varit svår att genomföra då jag upplever att det inte så ofta sätts ord på pedagogiska situationer inom vården. Frågorna hade varit svåra att formulera och jag tror inte att jag hade uppnått mitt syfte med undersökningen. Deltagande observation hade definitivt kunnat ha varit ett alternativ om det inte hade varit fråga om min egen arbetsplats. Det blir en hel del etiska svårigheter med att observera på sin arbetsplats. Det händer något i gruppen, man inte kan välja om man vill vara med om det eller inte. Med intervjun som metod blir det däremot möjligt att göra ett aktivt val om man vill medverka eller inte. Det går dessutom att avbryta när man så önskar.

Jag hade frågor som jag ville ha svar på, men jag önskade också att det skulle finnas en öppenhet för att informanterna skulle kunna utveckla sina egna tankebanor, öppna nya infallsvinklar för mig. Jag valde därför att göra individuella, halvstrukturerade intervjuer. Halvstrukturerade intervjuer är bra när man har klara frågeställningar, men också önskar en flexibilitet inför att de intervjuade ska få utveckla sina tankar (Denscombe, 2009). Genom möjligheten till följdfrågor kan man fördjupa förståelsen.

4.3 Urval

Jag valde att genomföra intervjuer på min egen arbetsplats. Det fanns en svårighet att få tag på informanter som jobbar med smärthanteringsprogram. Det kan också vara en fördel att intervjua i sin egen miljö. Frågeställningarna har sitt ursprung här, i vår arbetsplatskultur. Resultatet av studien kan bli grunden för en gemensam utveckling. Urvalet är en viktig

process, vid fel val kan hela undersökningen bli verkningslös (Holme & Solvang, 1997). Intervjun skiljer sig från det vanliga samtalet. I en intervju styr intervjuaren dialogen mot en i förväg bestämd riktning (Lantz, 2007), vilket i min undersökning handlade om att få svar på bestämda frågeställningar i relation till undersökningens syfte. Jag tänkte att intervjun kunde ge möjlighet för ett djupare samtal i frågan än vad som annars hade varit möjligt.

Min arbetsplats är en rehabiliteringsklinik. Tre parallella team jobbar med smärthanteringsprogram för patienter med långvarig smärta. Patienterna deltar under tre veckor i gruppverksamhet med vissa individuella inslag. Därefter sker uppföljningar under ett par månader med några veckors mellanrum. I alla teamen ingår arbetsterapeut, kurator, läkare, psykolog och sjukgymnast. Dessa yrken, samt sjuksköterska, är, enligt Lundgren och Mollander, de som oftast ingår i ett smärteam (2008). Vi har sjuksköterska på vår arbetsplats som gör insatser vid behov under programmen, men som inte ingår i teamet i det löpande arbetet. Jag upplever att det inom teamet råder en jämlik ställning. Utifrån våra yrken har vi specifika uppgifter, men det finns också flera inslag där vem som helst i teamet kan gå in. Varje patient får under programmet en kontaktperson som för måldiskussion med patienten. Teamarbetet är för mig, sammantaget, en process där man går in och ut ur uppgifter, ibland täcker varandras områden, men där det yrkesspecifika hela tiden har en given roll.

Jag valde ut en yrkesgrupp, arbetsterapeuter, vilka på arbetsplatsen är fyra personer. Denna yrkesgrupp valdes dels för att de är flest till antalet, de har ansvar för en stor del av smärthanteringsprogrammen, både med praktisk och med teoretisk undervisning, men också för att det är en av de nyare yrkesgrupperna i vården, täckande flera områden. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter jobbar delvis med samma arbetsuppgifter men utifrån olika aspekter. Vi har även helt yrkesspecifika uppgifter. Vi har flera moment under programmet där vi samverkar. Tre av fyra arbetsterapeuter deltog i undersökningen. Den fjärde avböjde medverkan på grund av tidsbrist. De tre informanterna är alla kvinnor. De utbildade sig till arbetsterapeuter under 1970- och 1980- talet.

4.4 Etiska överväganden

Det är naturligtvis av yttersta vikt att noga tänka över etiska aspekter vid en undersökning på sin egen arbetsplats.

Det är viktigt att forskning kan bedrivas för att kunskaper ska kunna utvecklas. Men det är också av största vikt att varje individ kan skyddas. Det finns inte en absolut gräns mellan forskningskravet och individskyddskravet. Dessa båda aspekter måste alltid vägas mot varandra. Det finns fyra viktiga huvudpunkter att beakta vid forskning (Vetenskapsrådet, 2002):

- Informationskravet
- Samtyckeskravet
- Konfidentialitetskravet
- Nyttjandekravet

Informationskravet tog jag hänsyn till genom att informera chef och informanter om intentionerna med uppsatsen, vilken roll de som jag önskar intervjuas skulle komma att ha, vilka gällande villkor var. Samtyckeskravet uppfylldes genom att verksamhetschefen först tillfrågades skriftligen om sitt medgivande. Därefter tillfrågades informanterna skriftligen och sedan även muntligen i samband med intervjuerna. Jag poängterade att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta när helst de ville. Det bör finnas en försiktighet vid beroende förhållanden. Det finns onekliga sådana på en arbetsplats. Min egen uppfattning är att ämnet i sig inte är så laddat. Jag upplever inte att det finns några uttalade tankar kring hur man ”bör” vara utifrån en pedagogisk synvinkel, att det finns några rätt eller fel. Jag var noga med konfidentialitetskravet. Ingen ska kunna tänka ut vem som har sagt vad. På en arbetsplats där det inte finns så många personer i varje yrkesgrupp krävs det extra försiktighet. Det var en av anledningarna till att jag valde personer ur samma yrkesgrupp. Det är bara jag som har haft tillgång till materialet. Nyttjandekravet beaktades genom att det framkomna bara kommer att användas till denna uppsats. Informanterna erbjöds att få uppsatsen efter slutförandet.

4.5 Studiens relevans

Studiens resultat kan leda till att undersökningen får relevans utifrån behovet, som jag upplever finns inom mitt arbetsområde, att knyta pedagogiska arbetssätt till behandlingsarbetet. Jag tror att det kan öppna upp för att man ger personalen utbildning inom området. Medvetenhet vid val av arbetssätt kan ökas.

4.6 Intervjugenomförande

Intervjuerna genomfördes under vecka 19. Informanterna fick själva välja var intervjuerna skulle genomföras. Valen stod mellan att intervjun skulle ske på arbetsplatsen, i deras eget hem eller i mitt hem. En av informanterna valde arbetsplatsen, en sitt eget hem och en valde att den skulle ske i mitt hem. I samtliga fall kunde vi sitta avskilt och ostört. Först informerade jag om syftet med uppsatsen. Därefter betonades åter de etiska aspekterna. Intervjuerna ljudinspelades. Intervjun var halvstrukturerad, det vill säga jag hade färdiga frågor att ställa och utifrån dessa utvecklades samtalet. En intervjuguide användes, se bilaga 3. De uppmuntrades sålunda att utveckla egna tankegångar. Tidsmässigt tog intervjuerna mellan 30-40 minuter att genomföra.

4.7 Databearbetning

De inspelade intervjuerna överfördes från ljudbanden till skrift. Detta innebar en transformering, en ändring av form från talspråk till skriftspråk, och en avkontextualisering och avtemporalisering av samtalet skedde. Jag valde att använda en ordagrann transkribering vid överföringen av tal till text, vilket innebar att alla ord skevs ner som de sades, även felsäningar, dialektala uttryck och småord. Pauser markerades med punkter. Ljud som skratt skevs ut bokstavligen. Därefter reducerade jag datamängden. Det som inte var relevant för arbetet ströks. Jag har fortlöpande jämfört den reducerade texten med rådata, för att se att inte dess andemening gått förlorad, vilket rekommenderas av Lantz (2007). Efter detta tematiserades texten för att materialet lättare skulle kunna greppas och förtydligas. Denna analysmetod valdes då det kändes som ett naturligt sätt för att kunna koppla ihop resultatet med litteraturgenomgången och de teoretiska utgångspunkterna. Det uppkom heller inte så många nya spår i intervjuerna så att dessa kunde bilda teman. Jag tittade på delarna, gick tillbaka till helheten med jämna mellanrum för att känna att allt hörde ihop.

5. Resultat

5.1 Val av teman

Valen av teman följde huvudsakligen intervjuguidens frågor. Citat har använts för att förstärka informanternas röster och för att verifiera mina tolkningar.

5.1.1 Allt är pedagogik, men det är inget man pratar om

Alla tre informanterna var tydliga i sin uppfattning om att deras arbetsuppgifter har pedagogisk inriktning. En av informanterna beskrev det som att allt handlar om pedagogik, att det är invävt i sättet man arbetar på. Man brukar dock inte uttrycka att det handlar om pedagogik.

”Det är bara en känsla man har, att man använder sig av pedagogik.”

En annan av informanterna menade att det ingår många pedagogiska uppgifter i arbetet, att allt arbete med patienterna egentligen är pedagogik. Men man pratar inte om det i de termerna.

”Egentligen jobbar vi ju alla yrkeskategorier här med pedagogik. Kan man säga, utan att man kanske vet om det”.

5.1.2 Ingen har vidareutbildning inom pedagogik

I två av informanternas grundutbildning till arbetsterapeut ingick det pedagogik i undervisningen. Alla tre är utbildade ungefär vid samma tid, på 70- talet och i början av 80- talet. Vid en utbildning var det en separat pedagogikkurs. I en annan utbildning ingick det på schemat. Den tredje informanten kunde inte minnas att det fanns några pedagogiska inslag i utbildningen. Inte heller vid en senare påbyggnadskurs i början av 90-talet kunde hon minnas att det ingick pedagogik. Det har inte heller funnits någon utbildning inom området på arbetsplatserna.

5.1.3 Teamarbete är grunden

Det fanns en gemensam syn hos informanterna att teamarbete är ett mycket bra arbetssätt vid arbete med patienter med långvarig smärta. Det uttrycktes en uppfattning, att även om man tror att man kan få en helhetsbild av en patient, så går inte det. Men flera yrkeskategorier ser patienten från olika håll och tillsammans ser teamet helheten. Vid måldiskussioner så jämkar man, kommer fram till vad patienten egentligen vill. Dessutom lär man sig själv mycket av att arbeta i team.

”Det är absolut nödvändigt”

En av de intervjuade sade att det är som om att patienten står i centrum och får mycket insatser som hänger ihop, under en koncentrerad tid.

”Jag tycker att det har varit väldigt bra.”

”Jag tycker arbetssättet är bra och det är skönt när man har ett stöd.”

Den tredje uttryckte uppfattningen att det fungerar mycket bra när alla olika yrkeskategorier bidrar med sin specifika bit i arbetet. Men det krävs också att teamarbetet fungerar och när det gör det är det bäst av arbetssätten.

”Överlägset tycker jag”

En nackdel som nämndes är att om det blir för många personer i teamet, då kan det vara svårt att hålla ihop det praktiska, se till att alla får samma information.

5.1.4 Pedagogiska verktyg

Här beskrevs följande verktyg: behandlingsplan/mål, gruppverksamhet, samtal, teoretisk undervisning, praktisk undervisning, veckoschema samt video/biofeedback. Teamarbete sågs också av informanterna som ett pedagogiskt verktyg men har fått en egen rubrik.

Behandlingsplan/mål behövs i arbetet

Det fanns en samstämmighet kring att det är viktigt att ha en plan med mål i behandlingsarbetet. En hade uppfattningen att det är ett pedagogiskt verktyg både för patienten och för personal.

”Det har, tycker jag, betydelse för att formulera och styra behandlingen både för patienten och för personalen.”

En annan sades att det är viktigt, för om man inte har samma mål så når man inte dit patienten vill.

”... kan vi ju hjälpa till att lotsa, och lotsar vi åt fel håll, kommer ju inte patienten fram”.

Det är betydelsefullt att ha gruppverksamhet

Gruppen var ett viktigt redskap för alla informanterna. Den beskrevs ha en stor fördel bland annat för att patienterna har mycket att ge varandra. De kan hjälpa varandra med lösningar, lära av varandra och komma med tips. Det finns möjlighet att identifiera sig med någon som har liknande besvär samt att skapa sociala kontakter. Det nämndes att det är vanligt att man isolerar sig vid smärtproblematik.

”Ett pedagogiskt verktyg är ju medpatienten.”

Det som kan vara svårt, enligt en informant, är att gruppen kan rusa i väg i andra teman. Men samtidigt gavs också ett exempel på hur bra det kan bli när det sker, när gruppen hittar ett annat spår som är viktigt utifrån deras utgångspunkter.

”Den har jättestor betydelse tycker jag, den har 50 %.”

Samtal är en naturlig del av behandlingsarbetet

Det rådde en samsyn kring att samtal är ett viktigt pedagogiskt redskap. Genom hela intervjuerna fanns samtalen med regelbundet. Samtalen sker enligt alla både i grupp och

individuellt. En av informanter beskrev ett lösningsfokuserat samtal. En annan betonade vikten att samtalet ska leda till att patienten får en upplevelse av hur man kan gå till väga.

”Reflekterande samtal är ju ett verktyg.”

Teoretiska inslag behövs

Teoretiska moment under smärthanteringsprogrammen användes av samtliga informanter och man ansåg att de behövs. En informant ger skriftliga instruktioner inför praktiska moment, tipsar om litteratur, lånar ut böcker, tar kopior på vissa saker samt föreläser. Hon betonade dock att användande av overhead är tråkigt och är mer till för föreläsaren än för åhörarna. En visade på föreläsningarna i ergonomi och hade uppfattningen att ju mer man vet om sin kropp och sina problem, desto lättare har man att bära det. Samma åsikt hade den tredje informanten, som har lektioner, att teorin behövs som bakgrund för att förstå det man känner, till exempel smärta och trötthet.

”Ja, det tror jag är en förutsättning för att man ska bli motiverad för att ändra på sig lite.”

”Det tror jag också är väldigt viktigt och om man har ont nånstans tror jag lättare att man kan bära det om man vet varför.”

Praktiska moment är viktiga

Det var viktigt för alla med praktiska inslag i behandlingsarbetet. Det gavs många exempel på att det sker. Ett är genom praktisk ergonomi. Där får man pröva hur man kan göra aktiviteter på olika och nya sätt för att undvika för mycket belastning. Det kan även vara att man provar andra hjälpmedel. Aktivitetsövningar i verkstan lyftes också fram. En av informanterna pratade mycket om verkstan, att den bland annat används för att prova saker praktiskt med nya förutsättningar. Där finns tillgång till anpassningar som höj - och sänkbart bord och olika stolar. Hon beskrev också att det kan vara en möjlighet för att skingra tankarna. Ett knep är att välja en aktivitet patienten inte har gjort innan, då kommer man ifrån möjligheten att jämföra hur det var innan smärtan fanns. Det nya gör också att man måste koncentrera sig mer på uppgiften. Att använda många sinnen ansåg informanten också vara viktigt, vilket också kan hjälpa till för att skingra tankarna och hon nämnde vikten av att både känna, lukta, se och höra.

Veckoschema ger nya infallsvinklar

Två av informanterna beskrev veckoschemat som ett redskap att bruka. Det används på följande vis enligt en informant, först gör patienterna sina nuvarande veckoscheman, därefter används dessa för diskussion i gruppen. Gruppmedlemmarna ger förslag på olika idéer och försöker hitta lösningar. Detta mynnar sen ut i ett nytt veckoschema, vilket man försöker att leva efter där hemma. Därefter följs det upp vid uppföljning efter ett par veckor.

”De här samtalen om veckoscheman, brukar vara mycket givande.”

”...där man väldigt tydligt ser hur ens vardag ser ut, genom att göra ett veckoschema.”

Den andra informanten analyserade det som ett väldigt konkret pedagogiskt verktyg. Det gör att det blir tydligt för patienterna hur balansen är mellan positiva och negativa aktiviteter, men också mellan att ha mycket aktivitet och att ha det tomt på schemat. Syftet med schemat uppgavs vara just att finna en bättre balans mellan aktivitet och vila, mellan plikt och nöje.

Biofeedback/ videoinspelning är tydliggörande

En informant angav biofeedback som utmärkt instrument, där mäter man muskelspänningar och kan se utslaget på en skärm. Det går dessutom att koppla till en ljudfunktion som gör att det piper när man spänner sig. Två nämnde videoinspelning som ett verktyg. Videon används för att spela in rörelsemönster av förutbestämda moment som att plocka ner saker från skåp och ta upp saker från golvet. Filmerna tittar man sen på i grupp eller individuellt. Inspelningen sker både vid in- och utskrivning.

”Egentligen är videon ett jättebra instrument.

”De tror kanske att de har gjort på ett sätt, sen så visar det sig att de inte alls har gjort på det sättet, så där lär man sig mycket”.

5.1.5 Hur valen av pedagogiska verktyg skett är otydligt

Här är svaren få och lite mer spretiga. En informant sade att det finns inlagt i programmet, att en del verktyg har arbetsterapeutgruppen valt tillsammans samt att man har plockat från nationellt håll, som veckoschema och frågeformulär. En uttalade att det är patientens mål och

beskrivningar man utgår ifrån vid valen. En åsikt var att valet sker genom intuition och erfarenhet.

”Jag har samlat på mig under årens lopp och tagit det som jag har tyckt varit bra.”

5.1.6 Teori och praktik i samverkan

Alla tre betonade vikten av både teoretiska och praktiska inslag i lärandet. De sade också att de är lika viktiga och att de samverkar.

”Det hänger hela tiden samman tycker jag.”

”Jag tycker det är precis lika viktigt.”

En av informanterna sade samtidigt att det överväger mot att det praktiska är viktigare, men betonar att det ofta finns en teori bakom det praktiska. Ett exempel är ergonomi undervisningen där man börjar med det teoretiska för att sen öva det praktiskt. Denna turordning tyckte informanten var en naturlig väg.

”Det går in i vartannat tycker jag.”

Ett exempel från en annan informant var aktiviteterna i verkstan där det blir en blandning mellan praktiskt lärande och teoretisk kunskap.

”Där får man pröva på och jobba med de teorierna som vi har pratat om.”

Det tredje trodde att det är lättare för en praktiker att komma vidare än för en teoretiker.

5.1.7 Erfarenhetsbaserat lärande sker även om det inte uttrycks fullt ut

De tre informanter berättade på olika vis att lärande till stor del sker genom erfarenhet. En uppgav sig använda ”learning by doing”. Detta lyste sen igenom vid beskrivandet av aktivitet i verkstan.

En formulerade att hon inte tänker i orden, erfarenhetsbaserat lärande, konkret. Men uttryckte genom sina beskrivningar att det är ett viktigt och använt sätt. En av beskrivningarna var att patienten har ett problem och att man hjälper patienten att analysera, försöka finna en lösning, lära sig att göra på ett nytt sätt, bland annat genom att känna och prova.

”Det ska hända många gånger för att det ska bli en erfarenhet.”

”Framförallt får man en inkörspport till ett nytt beteende som blir en erfarenhet på sikt.”

Den tredje som såg verkstan som ett viktigt moment uttrycker:

”Det kanske är svårare ibland för en som är väldigt teoretisk att komma vidare än för en som är praktisk, för där kan man ha lite trial and error.”

5.2 Sammanfattning

Informanterna ansåg att deras arbetsuppgifter under smärthanteringsprogrammen innehåller pedagogiska moment. Det är dock inget man sätter ord på i arbetsvardagen. Den pedagogiska utbildning som två av informanterna erhållit, hade de fått under sin grundutbildning längre tillbaka. Det fanns en tydlig åsikt att teamarbete är ett bra arbetssätt som gynnar både personal och patient. De pedagogiska verktyg som man uppgav sig använda var: gruppverksamhet, samtal i grupp och individuellt, teoretisk och praktisk undervisning, veckoschema samt video/biofeedback. Det gavs inte fullt uttryck för hur valet av pedagogiska verktyg gått till. Intuition, erfarenhet, patientens mål, i yrkesgruppen och från nationellt håll var det som nämndes. Både praktiska och teoretiska inslag betonades vara nödvändiga för lärandet. Det erfarenhetsbaserade lärandet hade en tydlig plats även om ordet erfarenhetsbaserad inte användes av alla informanterna.

6. Diskussion

Den syn på kropp, själ och omgivning, som de intervjuade gav uttryck för, kan tolkas som att de har ett biopsykosocialt synsätt. Linton ger beskrivningen hur biologiska, kognitiva, emotionella, beteendemässiga, sociala och psykologiska aspekter samspelar inom detta synsätt (2005). Informanterna hade en samstämmig och positiv syn på teamarbete. En åsikt var just att det är bra när alla yrkeskategorier kan ge sin bit och att man tillsammans kan se helheten. Även användandet av det pedagogiska verktyget veckoschemat gav ett uttryck för att man har anammat detta synsätt. Här kommer kontexten in då familj, andra nätverk och eventuellt arbete är delar av veckan. När man ser på faktorer för uppkomst av långvarig smärta, neurofysiologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, kulturella och existentiella (Brattberg, 1995), blir det också här tydligt att den biopsykosociala modellen behövs, vilket teamarbete tolkas kunna ge. Även det Gullacksen (1998) kallar helhetspräglad hälsoperspektiv kan man se paralleller till i informanternas uttalanden. Här handlar det inte bara om att inte vara sjuk, utan även att andra behov ges plats för att belysa hälsa. Återigen får arbetet med veckoschemat anses stå för denna syn. Men även det faktum, som en av informanterna beskrev, att det är patienten som kommer med sitt problem och att detta blir utgångspunkten för fortsatta insatser. Jag tänker att det som är viktigt för patienten egentligen kan vara vad som helst. Detta kanske inte överensstämmer med personalens åsikter om vad som ”bör” göras. Personalen kan omöjligt veta vad som är viktigt för en patient utifrån ett hälsoperspektiv, men kanske vad som borde vara viktigt utifrån ett medicinskt perspektiv. Både ett biopsykosocialt synsätt och multimodal rehabilitering förespråkas i SBU:s rapport om ”Metoder för behandling av långvarig smärta”. Den multimodala behandlingen har ett starkt vetenskapligt stöd (2005). Teamarbete uppges vara bra både för behandlingsarbetet, och för de som utför arbetet (Lundgren & Molander, 2008). Informanterna ansåg att teamarbete är viktigt, till och med nödvändigt. Detta gällde både för behandlingsarbetet men även för egen del. Det fanns en uppfattning om att det egna lärandet ökar. Det påpekades dock att teamet måste fungera för att arbetssättet ska vara bra.

I boken ”Rehabiliteringspedagogik” uttrycker Gunilla Brattberg (2003) att rehabilitering till stor del handlar om pedagogik och att alla yrkeskategorier bör ha ett pedagogiskt arbetssätt. Det råder ingen tvekan om att arbetsterapeuterna i studien hade uppfattningen om att arbetet innehåller pedagogiska uppgifter. Det betonades att allt arbete med patienterna handlar om pedagogik, men det verkade inte vara så att man i det dagliga arbetet uttalar detta så tydligt.

En åsikt var att alla yrkeskategorier jobbar pedagogiskt men att de kanske inte vet om det. Två av tre informanter hade fått utbildning inom pedagogik, men det gavs inga uppgifter om att det var några andra i teamet som hade utbildning inom detta område. Det var svårt att få svar på hur valet av pedagogiska metoder gått till. Verktygen som togs upp sammanfaller till största delen med vad som finns beskrivet i litteraturen. De uppges ha valts genom intuition och erfarenhet, det som har samlats under årens lopp, somliga verktyg hade plockats från nationellt håll.

Gruppverksamhet är ett redskap i lärandet, då det behövs både dialog och reflektion för att lärandet ska ske (Brattberg, 2003). Gruppaktiviteter hade ett stort värde för informanterna. Gruppen beskrevs kunna ge något som personalen inte kan stå för. Här finns möjlighet till att kunna identifiera sig med andra människor som lever med smärta. Det är även ett tillfälle för att kunna skapa sociala kontakter. Patienternas lärande underlättas genom tips och stöd till varandra. Det kan troligen vara lättare att ta till sig ett förslag från en medpatient än från personal. Även om man som personal kan visa empati, kan det vara så att man själv inte har upplevt långvarig smärta. Enligt Brattberg kan gruppaktivitet få ett terapeutiskt värde bland annat om det finns möjlighet till identifikation, lärande, rådgivning och självförståelse (1998).

Teamarbete anges ovan som ett redskap både för patient och för personal. Att ha en rehabiliteringsplan med mål, sägs ha samma funktion. Målen bör dessutom vara stimulerande (Berg, 2002). En av de intervjuade uttryckte just uppfattningen att planen är ett pedagogiskt verktyg för både patient och personal. En åsikt var att den behövs för att patienten ska nå sitt eget mål. Det finns återigen en bas i det biopsykosociala synsättet, både att man samverkar kring målsättning, men också att det är patienten som bestämmer målen. För att målsättningen ska fungera krävs en god kommunikation. Linton poängterar vikten av att den fungerar, att det i bästa fall leder fram till att man får en gemensam syn kring problem, orsaker, åtgärder, vilket då underlättar målsättningen. Personalen måste kunna känna empati, acceptans och respekt (2005). Att samtalen har en tydlig plats för informanterna rådde det inget tvivel om. Samtalen sker både individuellt och i grupp. Ett exempel är samtalen kring ergonomifilmerna, vilka kan ske både i grupp och individuellt, efter patienternas önskemål. Detta visar på en respekt för patienten. Känslan i intervjuerna är just så att det finns mycket av respekt och empati från informanterna gentemot patienterna, även att samtal är en så naturligt del för dem i det dagliga att frågan kring samtal verkade förvåna dem. Uppfattningen fanns att det är djupare samtal som kan vara ett redskap, det vill säga om det sker reflekterande.

Faktakunskap samt färdighets- och förtrogenhetskunskap visar på olika dimensioner av lärande. Det lärande som anses vara till gagn vid rehabilitering är erfarenhetsbaserat lärande. Gruppen är, som det har sagts tidigare, en hjälp i detta, men även att patienten har sig själv som utgångspunkt. Faktakunskapen måste genomarbetas för att kunna bli en ny kunskap på djupet, en erfarenhetskunskap (Brattberg, 1998). Informanterna gav uttryck för att detta sker. Programmet innehåller både teoretiska och praktiska moment. Vid undervisning i ergonomi börjar man med teori för att sen prova det praktiskt. Videoinspelning används också för att fördjupa lärandet. Här sker det över tid, då inspelningarna görs både vid in- och utskrivning. Arbetet med veckoschemat börjar med att man ser på strukturen i nuläget. Sen får patienten pröva det nya schemat i praktiken i sin verkliga miljö, det vill säga på hemmaplan. Dagbok med tids- och aktivitetsaspekter, vilket har tydliga likheter med veckoschemat, beskrivs vara ett pedagogiskt hjälpmedel i rehabilitering (Liedberg, Hesselstrand & Henriksson, 2004). Även momenten i verkstan verkar för att det ska ske ett erfarenhetsbaserat lärande. Dewey belyser just behovet av att dialektiskt förhålla sig till verklighet/fakta, fakta/erfarande och erfarande/medvetenhet (1997). De ovan beskrivna verktygen möjliggör ett skeende i detta förhållningssätt. Även det av Dewey reflektiva sättet att hantera nya problemsituationer genom att definiera problemet, formulera en hypotes, resonera och slutligen pröva det, kan antas ske i flera av momenten, inte minst vid målsättningen.

Utifrån Kolbs lärocirkel med konkret upplevelse, reflekterande observation, abstrakt begreppsbildning och aktivt experimenterande (Illeris, 2001) kan vissa av ovan nämnda moment också placeras in, veckoschemat är ett exempel. Det verkade vara självklart för informanterna att vissa moment sker i ordningen först teori och sen praktik. Det var ibland oklart om patienterna först har en konkret upplevelse innan det teoretiska börjar, vilket kan försvåra lärandet utifrån aspekten erfarenhetsbaserat lärande. Kolb trycker också på vikten av att lärande sker i samspel mellan den lärande och omgivningen (Egidius, 1999). Återigen framstår gruppen som ett användbart arbetssätt. I Kolbs läromodell bildas olika kunskapsformer: assimilativ, konvergent, ackommodativ samt divergent kunskap (Illeris, 2001). Ur dessa grupper framträder olika lärstilar (Egidius, 1999). En av informanterna uttryckte en syn på att vara ”teoretiker” eller ”praktiker” och att detta har betydelse i lärandet, att det är en fördel att vara praktiker. Ur aspekten att det måste finnas ett praktiskt inslag för att erfarenhetsbaserat lärande ska ske, kan det vara på plats att betona behovet av praktiska inslag. Men om det ska bli en upplevelse att bära med sig, en erfarenhet, bör den rimligen även förstås kognitivt. Det är oklart hur stor hänsyn som tas till patienternas lärstilar. Det är

dock tydligt att både teoretiska och praktiska kunskaper uppmuntras. Detta följer Kolbs tankar om att lärandet förbättras om alla sidor utvecklas (Hård af Segerstad m.fl. 2007).

6.1 Metoddiskussion

Jag tror att halvstrukturerad intervju var ett bra val av metod för en studie av denna karaktär. Jag kände dock att intervjuerna delvis var svåra att genomföra. Jag försökte att skilja på mina roller som intervjuare och kollega, vilket gjorde att jag på något vis kände mig osäker. Det var speciellt att samtala under helt andra former än vi vanligen gör. Jag kände att samtalet blev mycket djupare i ämnet än det hade blivit under en vanlig diskussion, men jag fullföljde inte frågorna tillräckligt. Jag borde ha gjort en provintervju för att känna mig säkrare i rollen och för att prova frågorna. Fler intervjuer hade varit en klar fördel. Det skulle också ha varit bra att kunna föra nya diskussioner med informanterna utifrån framkommet material, att likt det hermeneutiska perspektivet pendla mellan delar och helhet. Jag ser då hela materialet som en helhet och intervjuerna som delar. Valet av arbetsterapeuter som informanter, gav en lagom och greppbar avgränsning. Om fler yrkeskategorier hade varit aktuella skulle fokusgrupper ha kunnat vara ett bra alternativ. Det är inte helt vanligt att sätta ord på pedagogiska aspekter i vården, en diskussion fler människor emellan hade troligen varit givande. Även deltagande observation hade varit möjligt om det inte var på min egen arbetsplats. Det hade varit lockande att kunna iakttä och starta samtal under en längre tidsperiod.

6.2 Sammanfattning

Frågeställningarna för studien får anses vara delvis besvarade. Jag har fått en tydligare bild av arbetsterapeuternas inställning till pedagogik i arbetet. Pedagogiska verktyg och arbetssätt, aspekterna av dessa, har framträtt. Det har varit svårt att fullt ut få svar på vilka grunder de gör sina val.

Arbetsterapeuterna i studien uttrycker klart att deras arbetsuppgifter innehåller pedagogiska moment. Det är dock inget man sätter ord på i vardagen, med sina kollegor, i teamen. Det finns en osäkerhet kring om kollegorna är medvetna om den pedagogiska aspekten i arbetet. Två av tre informanter har i sin grundutbildning fått utbildning inom pedagogik. Inga andra uppgifter förekommer om vidareutbildning inom området. Det biopsykosociala synsättet

genomlyser informanternas uttalanden. Det finns en tydlig koppling till de i litteraturen beskrivna arbetssätten och pedagogiska verktygen. Videoinspelning och bifeedback är de enda verktyg som nämns, som inte finns med i litteraturen. Teamarbete upplevs positivt och nödvändigt, likaså att ha en behandlingsplan med målsättning. Båda delarna sägs gagna både patienter och personal. Att behandlingen till stor del sker i grupp anses ha ett stort värde för behandlingsresultatet och inte minst för patienterna utifrån att lärande och möte kan ske. Samtal, både i grupp men även enskilt, är en naturlig del av arbetet. Informanterna har en tydlig inställning till behovet av att använda både teoretiska och praktiska inslag. Vissa moment kan kopplas till Kolbs teorier men inte alla. Ett exempel är just hur lärandet uppmuntras genom olika aspekter. Men det är oklart hur stor hänsyn som tas till patienternas lärstilar. Teorin är starten i vissa moment och följs av praktik. Det är tveksamt om patienten då har något att hänga upp på teorin på. Det är ovisst om teorin föregås av en konkret upplevelse. Det erfarenhetsbaserade lärandet lyser igenom i flera moment: veckoschema med uppföljning, problemlösning och praktiska inslag i verkstan. Det är svårt att riktigt få fram hur valen av pedagogiska verktyg har skett. Samtidigt som det finns en övertygelse kring de arbetssätt och verktyg som man har valt, är det oklart hur det har gått till. Intuition, erfarenhet, patientens mål och nationella verktyg är det som nämns.

6.3 Framtida undersökningar

Det hade varit spännande att belysa frågeställningarna utifrån samtliga yrkeskategorier på arbetsplatsen, så även en genomgång av grundutbildningarnas eventuella undervisning inom pedagogik. En fördjupning av hur valen av verktyg sker, kan också vara en aspekt att gå vidare med. Det allra mest intressanta skulle vara att intervjua patienter, som har deltagit i smärthanteringsprogram, om deras syn på lärande och aktiviteter under programmen.

7. Referenser

Aegler, B. & Satink, T. (2009) Performing occupations under pain: the experience of persons with chronic pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16 (1), 49-56.

Andrell, P, Börjesson, M, Eliasson, T, Mannerkorpi, K, Mannheimer, T, Peilot, B & Sterner, Y. (2009) Vikten av att mäta livskvaliteten vid långvarig smärta. *Läkartidningen*, 106 (4), 202-206.

Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Berg, E. (2002) *Smärtförvandling – Om den långa smärtans onda cirklar och hur man bryter dem*. Lund: Studentlitteratur.

Brattberg, G. (1995) *Att möta långvarig smärta*. Stockholm: Liber Utbildning.

Brattberg, G. *Rehabiliteringspedagogik*. (2003) Stockholm: Värkstaden.

Brattberg, G. (1998) *Väckarklockor – För människor i livets väntrum*. Stockholm: Värkstaden.

Denscombe, M. (2009) *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Dewey, J. (1997) *Demokrati och utbildning*. Göteborg: Daidalos.

Egidius, E. (1999) *Pedagogik för 2000-talet*. Stockholm: Natur och kultur.

Gullacksen, A-H. (1998) *När smärtan blir en del av livet - Livsomställning vid kronisk sjukdom och funktionshinder*. Helsingborg: Gyllene snittet.

Hambraeus, J. (2009) Smärtanalys skapar förtroende patient – läkare. *Läkartidningen*, 106 (4), 198-200.

Hartman, J. (2004) *Vetenskapligt tänkande – Från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

Holme, I.M & Solvang, B.K (1997) *Forskningsmetodik – Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Hård af Segerstad, H, Klasson, A & Tebelius, U. (2007) *Vuxenpedagogik – att iscensätta vuxnas lärande*. Studentlitteratur.

Höök, O & Grimby, G. (1998). *Medicinsk rehabilitering - målsättning och organisation*. I Höök, O (red.) *Medicinsk rehabilitering*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Illeris, K. (2001) *Lärandet i mötet mellan Piaget, Freud och Marx*. Lund: Studentlitteratur.

Keponen, R. & Kielhofner, G. (2006) Occupation and meaning in the lives of women with chronic pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13 (14), 211-220.

Kolb, D. (1984) *Experiential Learning*. Engelwood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lantz, A. (2007) *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, M & Lexell, J. (2009) Delaktighet och omgivningsfaktorer i ICF – Möjligheter och utmaningar vid användning inom rehabilitering. *Läkartidningen*, 106 (13), 932-935.

Liedberg, G, Hesselstrand, M. & Henriksson, C. (2004) Time Use and Activity Patterns in Women with Long-term Pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 11 (1), 26-35.

Lidbeck, J. (2006-2007) Symptom på centralt störd smärtmodulering vid långvarig muskuloskeletal smärta. *Svensk Rehabilitering*, (06/07), 30-35.

Linton, S.J. (2005) *Att förstå patienter med smärta*. Lund: Studentlitteratur.

Lundberg, M. (2008) *Kinesiofobi – Teori och tillämpning*. Lund: Studentlitteratur.

Lundgren, C. & Mollander, C. (2008) *Teamarbete i medicinsk rehabilitering*. Stockholm: Liber.

SBU, (2006) *Metoder för behandling av långvarig smärta : en systematisk litteraturöversikt*, nr. 177/1+2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

Stensmo, C. (1994) *Pedagogisk filosofi*. Lund: Studentlitteraur.

Vr (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Tillgänglig:

www.vr.se/download/18.7fbb63a11eb5b697f3800012802/forskningsetiska_principer-tf-2002.pdf (09-04-16)

Bilagor

Bilaga 1: Brev till verksamhetschef

Hej!

2004-04-17

Jag skriver nu en uppsats i pedagogik på Högskolan i Kristianstad där jag belyser pedagogiska frågeställningar utifrån mitt eget arbetsområde, dvs. sjukvården. Syftet med en studie som ingår i uppsatsen är att titta närmare på vilka pedagogiska verktyg som används av ett multidisciplinärt team under ett smärthanteringsprogram.

Metoden för insamling av data i studien är intervjuer. Jag önskar att intervju tre av mina kollegor. Arbetet följer rådande etiska principer. Medverkan är helt frivilligt. Det går att avbryta om man så önskar. Intervjuerna kommer att bandas för att underlätta resultatanalysen. Inspelningarna förvaras därefter så att ingen annan har tillgång till dem. De kommer att förstöras när uppsatsen är färdig och godkänd. Identiteten hos de intervjuade kommer att skyddas. Information som framkommer används enbart till denna studie.

Den färdiga uppsatsen kommer att finnas tillgänglig i fulltext på Högskolan Kristianstads biblioteks hemsida.

Vid eventuella frågor går det bra att kontakt mig eller min handledare.

Vänliga hälsningar

Matilda Åkerberg
0414-22481
0730-945193
matilda.akerberg@telia.com

Handledare:
Eva Svederberg
044 – 20 32 48
eva.svederberg@hkr.se

Bilaga 2: Brev till informanter

Hej!

2004-04-17

Jag skriver nu en uppsats i pedagogik på Högskolan i Kristianstad och vill belysa pedagogiska frågeställningar utifrån mitt eget arbetsområde, dvs. sjukvården. Syftet med en studie som ingår i uppsatsen är att titta närmare på vilka pedagogiska verktyg som används av multidisciplinära team under smärthanteringsprogram och hur dessa är valda.

Metoden för insamling av data i studien är intervjuer och jag inbjuder dig härmed till att medverka. Intervjun beräknas ta mellan 30-60 minuter. Arbetet följer rådande etiska principer. Medverkan är helt frivilligt. Det går att avbryta om man så önskar. Intervjuerna kommer att bandas för att vi ska kunna samtala utan att jag behöver anteckna under tiden. Inspelningarna förvaras därefter så att ingen annan har tillgång till dem. De kommer att förstöras så fort uppsatsen är färdig och godkänd. Identiteten hos de intervjuade kommer att skyddas. Information som framkommer används enbart till denna studie.

Den färdiga uppsatsen kommer att finnas tillgänglig i fulltext på Högskolan Kristianstads biblioteks hemsida.

Vid eventuella frågor går det bra att kontakt mig eller min handledare.

Vänliga hälsningar

Matilda Åkerberg
0414-22481
0730-945193
matilda.akerberg@telia.com

Handledare:
Eva Svederberg
044 – 20 32 48
eva.svederberg@hkr.se

Bilaga 3: Intervjuguide

Anser du att det ingår pedagogiska uppgifter i ditt arbete?

Vilken utbildning har du inom pedagogik?

Vilka pedagogiska verktyg använder du under ett smärthanteringsprogram?

Eventuella följdfrågor: Samtal? Behandlingsplan/mål?

Vilka utgångspunkter har du när du väljer dina pedagogiska verktyg?

Erfarenhetsbaserat lärande förekommer som begrepp vid arbete med dessa patienter. Vilken syn har du på erfarenhetsbaserat lärande?

Hur ser du på att stödja lärande för att öka patienternas teoretiska kunskaper?

Hur ser du på att stödja lärande för att öka patienternas praktiska kunskaper?

Är teoretiska och praktiska kunskaper lika viktiga?

Hur samverkar de?

Vad tänker du om att jobba i team kring dessa uppgifter? Fördelar? Nackdelar?

Hur fungerar det att jobba med gruppverksamhet? Fördelar? Nackdelar?

Har du något du vill tillägga?