

**Folkhögskola –  
en aktivitetsarena för personer med förvärvad  
hjärnskada**

## **Ingress**

Folkhögskola kan vara en resurs i rehabilitering efter skada/sjukdom som medfört neurokognitiva funktionsnedsättningar. All form av rehabilitering bör innefatta god pedagogik och all pedagogik med en neuropedagogisk grundad ansats bör innefatta rehabiliterande inslag. Därmed kan behov att återerövra kontrollen över sitt liv och utveckla en fungerande identitet mötas.

## **Inledning**

Världens första folkhögskola startade i Danmark 1844 och i Sverige 1868. Till en början var folkhögskolorna främst lokaliserade till landsbygden, pga behovet av bildning när kommunernas självstyre ökade. Från 1900-talets början kom skolorna även att förläggas till städer med anknytning till den ökande arbetarrörelsens behov. Av de omkring 150 folkhögskolor som nu finns i Sverige har de flesta huvudmän i form av föreningar, stiftelser, folkrörelser och ideella organisationer. Ett relativt mindre antal drivs av landsting eller region. Finansieringen sker till stora delar genom statliga anslag som fördelas via Folkbildningsrådet. Folkhögskolorna bestämmer själva hur syften som rådet anger ska uppnås: i) Stödja verksamhet som bidrar till att stärka och utveckla demokratin; ii) Bidra till att göra det möjligt för människor att påverka sin livssituation och skapa engagemang att delta i samhällsutvecklingen; iii) Bidra till att utjämna utbildningsklyftor och höja utbildnings- och bildningsnivån i samhället; iv) Bidra till att bredda intresset för och delaktigheten i kulturlivet. Sju områden anges som särskilt angelägna och utgör motiv för statens stöd till fortbildning: 1) Den gemensamma värdegrunden; 2) Det mångkulturella samhällets utmaningar; 3) Den demografiska utmaningen; 4) Det livslånga lärandet; 5) Kulturverksamhet; 6) Personer med funktionsnedsättningar; 7) Folkhälsa, hållbar utveckling och global rättvisa.

## **Förvärvad hjärnskada och kognitiva funktionsnedsättningar vid folkhögskola**

Med förvärvad hjärnskada (FHS) menas skador som inte är medfödda och skador på hjärnans blodkärl (stroke/slaganfall) är vanligast, följt av traumatiska skador (skador orsakade av yttre våld som trafik- och fallolyckor). En förvärvad hjärnskada kan få stora konsekvenser för såväl den drabbade som dennes närstående. Skadan kan få både fysiska och psykiska konsekvenser och kan påverka bl.a. den skadades kognition, emotioner, beteende och personlighet. Skadans fysiska och psykiska konsekvenser tillsammans med påverkan av bl.a. kognition, kan försämra personens möjligheter att arbeta och vara aktiv på fritiden. Flera folkhögskolor har erbjudit

särskilda kurser och linjer för personer med FHS som utgör en stor grupp av den större målgruppen med neurologiska och neuropsykologiska funktionsnedsättningar. Under det senaste decenniet har antalet folkhögskolor som erbjuder särskilt anpassade utbildningar till personer med FHS dock minskat. I dagsläget finns följande folkhögskolor representerade i Sverige: Framnäs folkhögskola i Öjebyn utanför Piteå, Fornby i Borlänge, Skarpnäck i Stockholm, Oskarshamns folkhögskola, samt Furuboda i Åhus (Bergvall, 2014; Bergvall, 2015).

## Framnäs folkhögskola och projektet NPRC

Framnäs folkhögskola startade pedagogisk verksamhet för personer med funktionsnedsättning 1971 och sedan mitten av 1980-talet har man fokuserat på kursdeltagare med FHS. Den treåriga utbildningen ”Neurolinjen” vänder sig till vuxna personer som i ungdomsåren eller i vuxen ålder fått en FHS. Den har två kurser, en dagkurs för personer som bor på pendlingsavstånd från Framnäs och en internatkurs med kursdeltagare från hela landet.

Vid Framnäs är det mycket liten omsättning av personal. De flesta har arbetat mer än tio år i verksamheten varav några mer än 25 år. Personalen har olika bakgrund och varierande arbetslivserfarenheter. Flera har undersköterskeutbildning eller vårdbiträdesutbildning, en har specialpedagogutbildning och en har arbetsterapeututbildning. Några av personalen har arbetat inom äldreomsorgen, handikappomsorgen eller barnomsorgen innan de kom till Framnäs.

Framnäs folkhögskola har under de senaste åren erhållit medel från Europeiska socialfonden för att i projektform utveckla verksamheten. Ambitionen var att bli ett neuropedagogiskt resurscenter (NPRC) i norra Sverige för kvalificerade utbildningar som riktar sig till vuxna personer med neuropsykologiska funktionsnedsättningar. Man ville särskilt undersöka möjligheterna att knyta samman verksamhetsinnehåll som associeras till tre nyckelbegrepp ”Natur-Kultur-Hälsa”. Bakgrund och utgångspunkt var erfarenheter från den tidigare pedagogiska verksamheten vid folkhögskolan för personer med funktionsnedsättning. Med ambitionen att utveckla möjligheterna för personer med funktionsnedsättning startades så kallade kortkurser som bestod av en 12 veckors ”prova på kurs”. Kursen, kallad N12, riktade sig till

personer med funktionsnedsättningar som medfört påverkan av aktivitet och delaktighet utan särskild koppling till funktionsnedsättningens orsak. Man ville m.a.o. bredda sin inriktning som hittills gällt medelsvår till svår funktionsnedsättning efter FHS, till att även inbegripa andra orsaker som t.ex. effekter av neurologisk sjukdom, lätt skalltrauma och andra oklara orsaker till neuropsykologiska funktionsnedsättningar. Kursen gavs under tre terminer och deltagarna i kursen beskrivs närmare nedan. Med N12 angavs en ambition att pröva på och finna vägar på den läranderesan som såväl deltagare som pedagoger och annan personal deltar i.

När kursdeltagarna kommit till Neurolinjen har det passerat flera år sedan tiden för skadetillfället/sjukdomsdebuten. Den s.k. medicinska rehabiliteringen är vanligtvis avslutad och flera av deltagarna har haft olika stödinsatser. Rehabilitering efter FHS indelas vanligen i tre delar; den akuta, tidiga och sena fasen. Det finns stora kunskapsbrister för den sena fasen, där kursdeltagarna vid Neurolinjen befinner sig. Kunskapsbristen inbegriper pedagogisk forskning och det saknas därför etablerade begrepp för att beskriva verksamheten vid Neurolinjen. Verksamheten har inspirerats av modeller från främst hjärnskaderehabilitering med holistisk grundad ansats, med inspiratörer som exempelvis Kurt Goldstein, Yehuda Ben-Yishay, George Prigatano, Anne-Lise Christiansen, Barbara Wilson. Man anpassar kravnivån till deltagarens aktivitetsförmåga eller på gränsen till en högre nivå, för att stimulera till utveckling i enlighet med Lev Vygotskijs teori om den proximala utvecklingszonen (Vygotskij 1978). Den proximala utvecklingszonen kan förklaras som avståndet mellan den utvecklingsnivå som en person befinner sig på och nivån på den möjliga utveckling som skulle kunna aktiveras genom problemlösning under ledning av en ledare/lärare eller i samarbete med mer kompetenta personer. Strävan till ett gott liv efter en skada eller sjukdom kan översättas till att sträva tillbaka till en känsla av att vara som tidigare, att vara normal (Jumisko, Lexell & Söderberg 2005). George Prigatano, Barrow Neurological Institute, är en internationellt erkänd utvecklare av hjärnskaderehabilitering, som uttrycker: ”att vara normal innefattar möjlighet och förmåga att arbeta/skapa, älska/ha nära relationer och leka/fantisera-kreera” (Prigatano 1986). Att tillsammans med andra i ett sammanhang få stöd att skapa kan innebära att alla dessa tre begrepp kan komma till uttryck. Stödet och organiseringen,

iscensättandet, utgör en pedagogisk utmaning för NPRC. I den komplexa neuropedagogiska verksamheten utgör lärare och annan personal, tillsammans med kursdeltagarna med funktionsnedsättningar, två fundamentalt betydelsefulla ”parter” (Gardelli 2010). Ett problem i beskrivning av ansatserna vid Neurolinjen utgörs av nuvarande regelverk som anger att folkhögskolor ska ge utbildning, inte rehabilitering. Med en parallell logik av att all rehabilitering bör innefatta god pedagogik, bör inte en neuropedagogisk grundad ansats bortse från rehabiliterande inslag då personer med FHS är i behov att återerövra kontrollen över sitt liv och utveckla en fungerande identitet, förutom rena kunskapsövringar.

## **Livstillfredsställelse**

Det är allmänt accepterat att det optimala slutresultatet med en lyckad rehabilitering efter skada eller sjukdom är en god livstillfredsställelse. Utgångspunkten, bl.a. i enlighet med teori av Abraham Maslow (1970), för vad som avses med livstillfredsställelse är att människor har grundläggande behov som behöver tillfredsställas. Ett gott liv trodde man efter II:a världskriget var samma sak som en hög levnadsstandard, men det visade sig att den objektiva levnadsstandard inte kunde förklara eller stå i relation till individens egen uppfattning om uppfyllelsen av sina behov. Det innebär med andra ord, att den objektiva situationen och bedömningen av denna, t ex. om rehabilitering medfört återhämtning av funktioner som att klara sina vardagliga aktiviteter, måste kompletteras med individernas egen uppfattning om sin tillfredsställelse. Livstillfredsställelse har i en översikt (Moons, Budts & De Geest 2006) angetts vara det begrepp som bäst begripliggör vad livskvalitet innebär. Intresset har påtagligt ökat för vilka faktorer som kan leda till god livstillfredsställelse, dvs kan vara ”friskfaktorer”. Aaron Antonovsky (2005) är med sin salutogena ansats (Salutogenes; Salus (Latin)=hälsa, Genes (Grek.) =ursprung, dvs intresset är mer fokuserat på så kallade "friskfaktorer" än på "riskfaktorer") relativt känd i Skandinavien, men relativt okänd för den övriga världen.

## **Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)**

När insatt behandling inte ger effekter som återställer ett tidigare friskt tillstånd, blir det alltmer uppenbart att konsekvenserna av händelsen, sjukdomen eller skadan, är mer väsentlig i det fortsatta livet än den ursprungliga diagnosen. Det är denna grundläggande förståelse som medfört en successiv förändring från att fokusera sjukdom till att sträva till hälsa och detta har bl.a. lett till utvecklandet av ICF, samt under senare tid en version för barn och ungdomar; ICF-CY.

(<http://www.who.int/classifications/icf/en/>). En ambition med ICF är att ge möjligheter till att se till en individs hela livssituation, avseende såväl fysiska och kognitiva funktioner, som skilda aktiviteter och hur delaktig individen är i samhället. ICF innefattar såväl hinder eller negativa aspekter som resurser eller positiva aspekter av ett funktionstillstånd.

### **Syfte**

Denna artikel fokuserar på att beskriva och problematisera kortkurserna N12 vid Framnäs och avser att belysa vilka faktorer som kan anses vara framgångsfaktorer<sup>1</sup>. Målsättningen är att bidra med kunskap av utveckling av befintlig verksamhet vid Neurolinjen såväl som andra verksamheter för personer med FHS.

Syftet är att beskriva och analysera en arena, i form av folkhögskola, för kursdeltagare med FHS. Frågeställningar som utarbetats för att besvara syftet är:

1. Vilken svårighetsgrad av funktionsnedsättning kan identifieras med validerade bedömningsinstrumentet bland kursdeltagare vid folkhögskola?
2. Finns det särskilda svårigheter avseende kroppsfunktion, aktivitetssvårigheter och delaktighetsinskränkningar bland deltagarna?

---

<sup>1</sup> Studien har genomförts tack vare stöd från Europeiska Socialfonden, Framnäs folkhögskola och Vetenskapsrådet (diarienummer 721-2013-2161). Viktiga för genomförandet har varit kursdeltagarna vid Framnäs folkhögskola som deltog i studien liksom personalen vid Neurolinjen vid folkhögskolan. Studien har godkänts av den regionala etikprövningsnämnden i Umeå (diarienummer 09-147).

3. Vilken grad av självskattad livstillfredsställelse har deltagarna jämfört med skilda referensgrupper?
4. Kan utbildning på en folkhögskola ha någon påverkan på kursdeltagarnas utveckling och i så fall vad är det som har betydelse?

## Metod

De metoder som använts har varit skattningar med bedömningsinstrument, enskilda intervjuer och gruppsamtal. Två av de ansvariga lärarna vid Neurolinjen har genomfört skattningar under de inledande veckorna med kursdeltagarna i N12. Skattning skedde med användande av etablerade bedömningsinstrument, skattning av funktionsnedsättning och ett enkelt test. Enskilda intervjuer genomfördes med alla kursdeltagare i de tre grupperna under de inledande veckorna av varje kurs och gruppsamtal genomfördes med personalen vid flera tillfällen under projektiden i olika gruppkonstellationer. Personalen vid Neurolinjen besitter stor kunskap om verksamheten och är centrala personer för att bidra till kunskapsöverföring om verksamheten vid Neurolinjen, och om orsakerna till resultaten för kursdeltagare som genomgått utbildning vid Neurolinjen. Därför har även personalens erfarenheter av verksamheten varit viktiga att delge.

De bedömningsinstrument som användes, men som inte närmare beskrivs här, var:

- ADL taxonomi (Törnquist & Sonn 1994; Sonn, Törnquist & Svensson 1999) (ADL = Activity of Daily Living).
- Mayo-Portland Adaptability Inventory – 4:e versionen (MPAI-4) (Malec & Kragness 2003).
- Montreal Cognitive Assessment (MoCA) med skriftlig tillåtelse av copyrightinnehavaren, professor Nasreddine, Quebec Kanada (Nasreddine et al. 2005).
- Trail Making Test (TMT) version A och B (Lezak, Howieson, Bigler & Tranel 2004; Lezak et al. 2004).
- Life Satisfaction 11 item scale (Fugl-Meyer, Melin & Fugl-Meyer 2002; Anke & Fugl-Meyer 2003; Stålnacke 2007).



- Satisfaction With Life Scale (SWLS) (Diener, Emmons, Larsen & Griffin 1985; Hultell & Gustavsson 2008; Jacobsson, Westerberg & Lexell 2010; Arrindell, Heesink & Feij 1999; Pavot & Diener 2008; Corrigan, Bogner, Mysiw, Clinchot & Fugate 2001; Pierce & Hanks 2006).
- Fem kompletterande frågor om den egna upplevelsen av hjärnskadan och rehabiliteringens betydelse gavs muntligt och skriftligt, samt skattades på en fem-gradig skala. Skattningarna jämfördes med personalens beskrivning av tiden strax före och efter studietiden på Neurolinjen.

## Resultat

### *Beskrivning av deltagarna i N12*

Deltagarnas ålder och tid efter debut av skada/sjukdom varierade för de tre grupperna. Orsakerna till skada/sjukdom varierade, där majoriteten, sex individer (43 %) hade FHS; fyra individer (29 %) hade en neurologisk sjukdom t.ex. MS eller Parkinsons sjukdom; tre individer (21 %) hade neurokognitiva problem på basis av psykologiskt trauma och en individ (7 %) var under utredning med suspekt infektiösa orsak till symtomen. I den första gruppen deltog åtta individer, varav två av deltagarna hade hög frånvaro (ca 80 %). En av dessa, med hög frånvaro, valde att starta om N12 i grupp 2. I de två sista grupperna var det endast tre nya deltagare, grupp två hade fyra deltagare då en person, som nämnts ovan, startade om N12. Ålder för grupp 2 och 3 var väsentligt lägre jämfört med grupp 1, emedan tid efter debut av skada/sjukdom var betydligt lägre för grupp 3.

### *Svårighetsgrad avseende kroppsfunction, aktivitetssvårigheter och delaktighets-inskränkningar*

Resultatet för ADL-bedömningen som utfördes av en av personalen, tillika arbetsterapeut, visade att alla 14 deltagarna klarade av att självständigt äta och dricka. Förflyttningssvårigheter var den oftast påverkande faktorn för problem med ADL. Sex deltagare hade inga eller små problem med sin rörlighet. Alla deltagarna klarade av att meddela sig i mening att påkalla uppmärksamhet, men en av deltagarna hade

afatiska besvär som påverkade aktiviteter för kommunikation, samt läs- och skrivaktiviteter. Fem av deltagarna hade assistans i sin ADL pga. sina fysiska funktionsnedsättningar. Svårigheterna i ADL kom också till uttryck i resultat på Montreal Cognitive Assessment (MoCA) som speglar grad av kognitiv funktionsnedsättning, t.ex. hade de tre deltagarna med största besvären i ADL, MoCA poäng motsvarande lindring kognitiv nedsättning. Resultaten för MoCA speglar gruppens kognitiva funktionsnedsättning som strax under eller omkring normal nivå. Resultat varierade dock och särskilt grupp 1 hade deltagare med relativt låga värden. Två av deltagarnas MoCA-värden, båda i grupp 1, saknas pga. stora svårigheter med kommunikation.

Första uppgiften i MoCA består av ett avsnitt i det ofta använda testet TMT Trail Making Test), version B. Ett test som kräver god koncentration och mental flexibilitet; förmåga att ”hålla tråden”. Av de totalt tolv deltagare som prövade på uppgiften, klarade tre med ett resultat motsvarande nedre normalnivå jämfört med åldersmatchade referensvärden (Tombaugh 2004). Av de övriga tio deltagare som försökte genomföra uppgiften, hade en deltagare ett resultat som bedöms måttligt till betydligt under genomsnittet, fyra deltagare avbröt och fem hade värden som var betydligt under genomsnittet jämfört med referensgrupp. TMT, version A, är mindre belastande för koncentration då det endast innebär att sammanbinda siffror från 1 till 25 över ett A-4 ark. Även i denna uppgift var samma tre deltagare som i version B, inom normalvariation jämfört med norm och ytterligare två deltagare låg måttligt under genomsnittet. Övriga sju deltagare hade resultat som var betydligt under genomsnittet jämfört med referensgrupp.

Mayo-Portland Adaptability Inventory ger indikationer på gruppens problem avseende spektra av funktionshinder, aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning. N12-gruppen hade resultat som kan anses vara typiska för personer i öppenvård efter hjärnskada med lätt till måttlig grad av funktionsnedsättning. Resultaten från MPA1-4 för dessa individer speglar svårigheter som torde innebära ett resultat under normalnivå för MoCA (< 26 poäng).

### *Livstillfredsställelse*

När det gäller självskattningen av livstillfredsställelse (Life Satisfaction 11 item scale och SWLS) finns resultat från 13 deltagare, då en av deltagarna i grupp 2 avbröt under den senare delen av kursen pga. ökande symtom från sin grundsjukdom och därmed inte genomförde självskattningen av livstillfredsställelse. Resultatet för Life Satisfaction 11 visar att gruppen skattade sig överlag som ganska tillfredsställda till otillfredsställda.

Jämfört med svenskt normalmaterial (Fugl-Meyer et al. 2002) hade gruppen N12 signifikant lägre tillfredsställelse, med undantag för domänerna ekonomi och kontakt med andra.

### *Kompletteringsfrågor*

De fyra kompletterande frågorna (1. I vilken grad har skadan/sjukdom påverkat ditt liv?; 2. Vilken betydelse har skadan/sjukdom jämfört med andra erfarenheter i ditt liv?; 3. I vilken grad har skadan/sjukdom medfört något positivt i ditt liv?; 4. I vilken grad har skadan/sjukdom medfört något negativt i ditt liv?) skattades på den femgradiga skalan av 13 deltagare. Tio deltagare skattade påverkan av skadan på deras liv som stort till mycket stort, två som måttligt och en som litet. Tendensen i skattningarna var övervägande en stor påverkan på livet av skadan/sjukdomen och med negativa effekter på livet. I kontrast med denna trend skattade 3 av deltagarna effekterna av skadan/sjukdomen som mycket positivt.

### *Resultat av intervjuer och samtal med kursdeltagarna*

Vid intervjuer och samtal med kursdeltagarna framkom att de var helt övervägande positiva till att ha gått kursen N12. De var nöjda med innehållet i kursen och de ansåg att det var centralt att det var en utbildning som de deltog i och inte en rehabiliteringsåtgärd. Det var viktigt att få vara "elev" och inte "patient". En av deltagarna uttryckte: *"Det är skönt att komma tillbaka till en skolmiljö. Jag trivs. Jag vill lära mig. Det tycker jag om. Det är viktigt att få prata, och att få tänka"*. De uttryckte också att det var viktigt för dem att delta i någon aktivitet, både för den egna upplevelsen och för att kunna berätta för vänner, grannar m.fl. att man hade en aktivitet att åka till på dagarna. En deltagare uttalade: *"Det blir en del av ens identitet: Då har man något att berätta, man blir en intressant person"*.

Kursdeltagarna ansåg att den sociala delen av utbildningen var viktig för dem. Det var betydelsefullt att få prata med andra i liknande situation och det hade medfört perspektiv på att andra kan ha det svårare än en själv. Kursdeltagarna uttryckte ett stort behov av att få möjlighet att samtala om sin situation och att lyssna på andra. En deltagare formulerade detta så här: *”Det är viktigt att lyssna, att fråga och ifrågasätta. Det är viktigt att få diskutera. Det är viktigt att man inte bara håller med.”* Kursdeltagarna menade att det var bra att deltagarna i kursen hade olika funktionsnedsättningar och uttryckte att de upplevt en större förståelse för andras situation. Det var tydligt att kursdeltagarna hade mycket att berätta om sin bakgrund och om vad som hade hänt dem relaterat till deras funktionsnedsättning. Det var dock inte lika lätt för de flesta av kursdeltagarna att prata om framtiden och hur de skulle kunna påverka sin situation.

#### *Resultat av intervjuer och samtal med personalen*

Samtalen med lärarna visade att även de var övervägande positiva till kursen N12. De ansåg att målen med kursen i stort hade uppfyllts. Kursdeltagarna hade alla ”kommit igång” med sitt liv, dvs. brutit en passivitet och kursdeltagarna upplevde lust med att delta i N12-kursen. Den sociala delen av projektet hade också uppfyllts. Deltagarna hade på ett bra sätt kommit i kontakt med varandra. Det hade naturligtvis varit olika i de olika grupperna. Några personer var mer ”drivande” gällande sociala verksamheter medan andra hade lite svårare för att delta i samvaron. Personalen menade att deltagarna i allmänhet visade ödmjukhet, acceptans och vänlighet till varandra. Man väntade på varandra och visade varandra respekt. Personalen ansåg att folkhögskolan med sitt vänliga klimat hade bidragit till detta. Några citat från personalen som exemplifierar detta: *”Folkhögskolemiljön är trevlig; Det är en glad stämning; Det är en tolerant och öppen miljö; Det finns andra vuxna; Det är lugnare tempo; Det är en atmosfär som både är lärorik, rutinartad och trygg”*. Personalen uttryckte att det inte hade någon större betydelse för måluppfyllelse av projektet vilken diagnos deltagarna hade. Det var också tydligt att de flesta av kursdeltagarna ville socialisera sig med hela verksamheten vid folkhögskolan. Det lilla rum som hade iordningställs för gruppen att ha som ”uppehållsrum” blev inte så använt, utan kursdeltagarna rörde sig mer i hela folkhögskolemiljön. Personalen framhöll att det var viktigt att inte

fokusera för mycket på deltagarnas problem eller deras sjukdomar. Personalen arbetade för att fokusera på framtiden och möjligheter. Man arbetade för kreativitet och att föra tankarna framåt, som man uttryckte det. En reflektion från personalen som framkom vid samtal efter de första terminerna var att de ansåg att det kanske hade varit för komprimerat med 12 veckor och 5 dagar i veckan. Detta upplägg förändrade de därför till den tredje terminen som blev mer utspridd: den började senare och slutade senare, något som även var till fördel för naturaktiviteterna i kursen. Personalen framhöll att det var viktigt att vara flexibel efter de olika gruppernas förutsättningar och behov. Personalen arbetade med förändring av innehållet i kurserna under projektets gång. Kursdeltagarna fick också möjlighet att välja mer vad de ville göra. Personalen diskuterade schemats upplägg efter de inledande kurserna och förändrade upplägget till den tredje kursen. Personalen arbetade också aktivt med jämställdhetsfrågor och tillgänglighetsfrågor som var viktiga i projektet. När det gällde att rekrytera deltagare till kursen hade det varit svårt att få sökande och man hade därför tagit in alla som sökt. Personer med lätta skador sökte sig inte i någon större utsträckning till N12. Möjliga orsaker till att antalet sökande inte varit så stort diskuterades i personalgruppen och en möjlig orsak som personalen nämnde var kursernas längd, 12 veckor, som kunde upplevas för kort. Såväl verksamhetsledaren som övriga personalen uttryckte att man ville dra lärdom av erfarenheterna och önskade implementera delar av vad som gjorts i N12 till de befintliga neuropedagogiska kurserna vid Framnäs.

## **Sammanfattande diskussion**

I denna artikel beskrivs och problematiseras en prova-på kurs på Neurolinjen, Framnäs folkhögskola, inom ramen för ett utvecklingsprojekt för personer med varierande neurokognitiva funktionsnedsättningar efter skada eller sjukdom.

Kursdeltagarnas behov kan till viss del knytas till varierande grad av skilda funktionsnedsättningar. Resultaten av de genomförda skattningarna visar att problem i förmåga att klara vardagliga aktiviteter varierade från individ till individ. Ett flertal av deltagarna hade rörelseinskränkningar, men även problem avseende mer kognitiva

aspekter av varierande art och grad var påtaglig för delar av grupperna. Gruppen var m.a.o. starkt heterogen med avseende på funktionsnedsättningar och aktivitetsinskränkningar, vilket ställde stora krav på upplägg av verksamheten. Genom insatserna i N12 kunde man anpassa aktivitetsinnehållet och främja en ökad delaktighet för deltagarna.

Livstillfredsställelsen för deltagarna var signifikant lägre jämfört med svenskt normalmaterial (Fugl-Meyer et al. 2002) men även i jämförelse med en grupp av individer med traumatisk hjärnskada (Jacobsson et al. 2010). Ofta förekommande värden för SWLS i populationer i varierande åldrar och yrken utan funktionsnedsättningar varierar omkring 23-25 poäng (Pavot & Diener 1993). I en svensk studie (Jacobsson et al. 2010) av en grupp på 67 individer med traumatisk hjärnskada (THS) i medeltal 10 år efter skada uppvisades ett medelvärde för SWLS på 21 för de med lätt THS och 22 för de med medelsvår till svår THS. Tidigare studier (Corrigan, et al. 2001; Corrigan, Kolakowsky-Hayner, Wright, Bellon & Carufel 2013) har indikerat att livstillfredsställelse är komplext beroende av ett flertal faktorer och inte klart relaterad till funktionsnedsättning. Skattningarna visar på en variation som speglar komplexiteten av skadan/sjukdomens konsekvenser. Att få möjlighet att tillhöra en grupp och den identitetsutveckling (Walsh, Fortune, Gallagher & Muldoon 2014) det kan medföra kan eventuellt vara ett av de viktigaste resultaten och möjliggöra en påbörjad positiv utveckling mot bl.a. ökad livstillfredsställelse.

I studien har fokus lagts på gruppen, dvs. inte direkt på kursens innehåll avseende kultur och natur, utan mer på den förändring som skett med kursdeltagarna under de 12 veckor som kursen pågick. En målsättning var att studera om förändring uppstod eller om någon förändring påbörjats i projektet, där bedömningsinstrument kan visa en bild av en person medan intervjuer kan spegla andra aspekter.

Kursdeltagarna stod i centrum för verksamheten som i stor utsträckning utgick från kursdeltagarens behov. Personalen var tongivande när det gäller utformning av innehåll och upplägg av verksamheten och de var med sina erfarenheter, som personer och som personalgrupp, centrala för såväl verksamheten som för kursdeltagarna.

Personalen uttryckte att det inte hade någon större betydelse för måluppfyllelse av projektet vilken ursprunglig diagnos deltagarna hade. Det var samstämmigt med vad kursdeltagarna gav uttryck för vid intervjuerna. Såväl kursdeltagare som personal har framhållit att det har varit bra att inte ha en diagnosbegränsning, utan att personer med olika diagnoser har varit kursdeltagare. Samtidigt har detta till viss del ställt personalen inför en ny arbetssituation när man mött en delvis ny målgrupp som personer med neurologiska funktionsnedsättningar, d.v.s. äldre med delvis ny problematik.

Alla som intervjuades, såväl kursdeltagare som personal, uttryckte att placeringen på en folkhögskola har haft en positiv betydelse för kursdeltagarnas utveckling. Elevidentiteten och studiemiljö har framhållits som central med mindre fokus på medicinsk rehabilitering i sedvanlig mening. Strandberg (2006) fann i en studie av människors upplevelser av att leva med FHS att allt eftersom tiden gick så försköts stödet från samhället till att personerna med en hjärnskada själva fick ta ansvar för och initiativ till sin egen rehabilitering. Enligt Strandberg verkar återhämtningen vara en utdragen process, som förmodligen aldrig slutar, men som gradvis med tiden integreras som en del av livet.

Vi har sett att kommunikation är ett mycket centralt begrepp för denna målgrupp. Det är viktigt att sträva efter att hitta verktyg för att målgruppen ska kunna göra sig hörda och att få möjlighet att uttrycka sig i realtid och inte endast via nätet. I aspekter av kommunikation i realtid, dvs. ”här-och-nu”; såväl i tid som rum, ligger också möjligheter att relatera till andra, att skapa möjligheter till ett gripbart sammanhang. En alltmer utvecklad teknik, bl.a. distansöverbyggande IT-teknik, har möjliggjort kontakt och kommunikation utanför våra fysiska rum med förhoppningar om innovativa rehabiliteringslösningar. Det finns emellertid en risk att tekniken genom konsekvenser av mindre direkta återkopplingar till våra sinnen (Rumar 1985) kan medföra hinder och svårigheter för personer med förändrade kognitiva förmågor (Kassberg 2015).

Vi menar att det är viktigt med aktiviteter för denna målgrupp utanför sjukhus eller andra offentliga vård- och rehabiliteringsinrättningar. I det sammanhanget ser vi

ett stort värde av att rehabilitering och pedagogik samverkar i högre grad än vad som nu sker.

Antelius (2009) menar att en viktig del i rehabiliteringen av personer med FHS är att, såväl pedagogiskt som på andra sätt, förstå de meningsskapande praktiker som personerna använder. Detta är viktigt för att skapa och upprätthålla personernas identitet i förhållande till sig själva liksom till andra människor. Folkhögskola visar sig vara en ”neuropedagogisk” resurs i den senare delen av rehabiliteringsprocessen för personer med förvärvade hjärnskador, vars potential idag inte utnyttjas bl.a. pga. ekonomiska orsaker.

Studien har vissa begränsningar. Kursdeltagarna utgör en heterogen grupp med olika funktionsnedsättningar. De besvarade frågeformulären vid ett tillfälle. Det kunde ha varit av intresse att göra en jämförande mätning av resultaten före och efter kursdeltagande samt en långtidsuppföljning för att få en uppfattning om den långsiktiga nyttan av kursen. Studien får ses som ett försök att kartlägga personer med FHS deltagande i kurs utanför hälso-sjukvårdens ramar. Eftersom vi använde validerade instrument, välkända för studiepopulationen, tillsammans med både intervjuer av deltagare och personal anser vi att studien förmedlar en bred bild av deltagande i kurs vid folkhögskola.

Sammanfattningsvis verkar kurs vid folkhögskola vara en positiv möjlighet för personer i sent skede efter FHS. Det finns stora möjligheter att utveckla och individanpassa utbildningen ytterligare.

## Referenser

Anke, A. & Fugl-Meyer, A. (2003). Life satisfaction several years after severe multiple trauma. *Clinical Rehabilitation* 17(4): 431-442.

Antelius, E. (2009). *Different voices - different stories: communication, identity and meaning among people with acquired brain damage*. Diss. Linköping: Linköpings universitet.

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm, Natur och kultur.



Arrindell, W.A., Heesink, J. & Feij, J.A. (1999). The Satisfaction with Life Scale (SWLS): Appraisal with 1700 Healthy Young Adults in the Netherlands. *Personality and Individual Differences* 26(5): 815-826.

Bergvall, M.-J. (2014). Folkhögskolorna med hjärnskadeinriktning. *Hjärnkraft* (4): 12-14.

Bergvall, M.-J. (2015). Hjärnskadekurs i Oskarshamn. *Hjärnkraft*, (1): 17.

Corrigan, J.D., Bogner, J.A., Mysiw, W.J., Clinchot, D. & Fugate, L. (2001). Life satisfaction after traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 16(6): 543-555.

Corrigan, J.D., Kolakowsky-Hayner, S., Wright, J., Bellon, K. & Carufel, P. (2013). The Satisfaction With Life Scale. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 28(6): 489-491.

Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 49(1): 71-75.

Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 12(3): 189-198.

Fugl-Meyer, A.R., Melin, R. & Fugl-Meyer, K.S. (2002). Life satisfaction in 18- to 64-year-old Swedes: in relation to gender, age, partner and immigrant status. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 34(5): 239-246.

Gardelli, Å. (2010). Utbildning för utveckling - Neurolinjens betydelse för kursdeltagare med förvärvade hjärnskador, sett utifrån ett personalperspektiv. [www.Framnas.nu](http://www.Framnas.nu)

Hultell, D. & Gustavsson, J.P. (2008). A psychometric evaluation of the Satisfaction with Life Scale in a Swedish nationwide sample of university students. *Personality and Individual Differences* 44(5): 1070-1079.

- Jacobsson, L.J. (2010). *Long-term outcome after traumatic brain injury - Studies of individuals from northern Sweden*. Diss. Luleå: Luleå tekniska universitet.
- Jacobsson, L.J., Westerberg, M. & Lexell, J. (2010). Health-related quality-of-life and life satisfaction 6-15 years after traumatic brain injuries in northern Sweden. *Brain Injury* 24(9): 1075-1086.
- Jumisko, E., Lexell, J. & Söderberg, S. (2005). The meaning of living with traumatic brain injury in people with moderate or severe traumatic brain injury. *Journal of Neuroscience Nursing*. 37(1): 42-50.
- Kassberg, A. (2015). *Förmåga att använda vardagsteknik efter förvärvad hjärnskada – med fokus mot arbete*. Diss. Luleå: Luleå tekniska universitet.
- Lexell, J., Malec, J. & Jacobsson, L.J. (2012). Mapping the Mayo-Portland Adaptability Inventory to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 44(1): 65-72.
- Lezak, M.D., Howieson, D.B., Bigler, E.D. & Tranel, D. (Eds.) (2012). *Neuropsychological assessment. 5-th Ed*. Oxford New York, Oxford University Press.
- Malec, J.F., Kragness, M., Evans, R.W., Finlay, K.L., Kent, A. & Lezak, M.D. (2003). Further psychometric evaluation and revision of the Mayo-Portland Adaptability Inventory in a national sample. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 18(6): 479-492.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Moons, P., Budts, W. & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*. 43(7): 891-901.
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J.L. & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive

Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatric Society*. 53(4): 695-699.

Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment* 5(2): 164-172.

Pavot, W. & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology* 3(2): 137-152.

Pierce, C. & Hanks, R. (2006). Life Satisfaction After Traumatic Brain Injury and the World Health Organization Model of Disability. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 85(11): 889-898.

Prigatano, G. (1986). *Neuropsychological rehabilitation after brain injury*. Baltimore: John Hopkins University.

Rumar, K. (1985). The role of perceptual and cognitive filters in observed behavior. I *Human Behavior and Traffic Safety*. Evans L & Schwing R.C. (Eds). New York & London: Plenum Press.

Sonn, U., Törnquist, K. & Svensson, E. (1999). The ADL Taxonomy—from Individual Categorical Data to Ordinal Categorical Data. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 6(1): 11-20.

Strandberg, T. (2006). *Vuxna med förvärvad traumatisk hjärnskada*. Diss. Örebro universitet.

Stålnacke, B. (2007). Community integration, social support and life satisfaction in relation to symptoms 3 years after mild traumatic brain injury. *Brain Injury*. 21(9): 933-942.

Tombaugh, T.N. (2004). Trail Making Test A and B: normative data stratified by age and education. *Archives of Clinical Neuropsychology* 19(2): 203-214.

Törnquist, K. & Sonn, U. (1994). Towards an ADL taxonomy for occupational

therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 1(2): 69-76.

Törnquist, K., Blomstrand, I., Arvidsson, G. & Hjort, K. (2012) Mapping av ADL-taxonomin till ICF. *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter*, [www.fsa.se](http://www.fsa.se)

Walsh, R.S., Fortune, D.G., Gallagher, S., & Muldoon, O.T. (2014). Acquired brain injury: combining social psychological and neuropsychological perspectives. *Health Psychology Review*. 8(4): 58-472.

von Steinbuechel, N., Richtera, S., Morawetza, C. & Riemsma, R. (2005).

Assessment of subjective health and health-related quality of life in persons with acquired or degenerative brain injury. *Current Opinion in Neurology*. 18(6): 681-691.

Vygotskij, L.S. (1978). *Mind in society: the development of higher psychological processes*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

## **English summary**

Framnäs folk high school has for about 30 years developed and run a special course for individuals with disabilities after an acquired brain injury (ABI). In 2007 the folk high school started, with support from European social fund, a project with the objective to develop a neuropedagogical resource center. The ambition was to extend the target group of individuals with an ABI to incorporate those with neurological and neuropsychological disabilities of other origins, such as neurological diseases, neck-related injuries. Three conceptual cornerstones were expressed within the project: “Nature-Culture-Health”. In line with the idea of the project, three short courses with the duration of 12 weeks each were administered. The objective of these courses (entitled N12) was to gather knowledge and experiences that could be incorporated in the ongoing special courses. N12 was hence targeting individuals with disabilities acquired in adulthood without specific etiology, although the primary target groups were those with neurological and neuropsychological disabilities. The aim of this study was to describe and evaluate the three short courses N12. A total of 14 individuals participated in N12, from the beginning of spring 2012 till the end of spring 2013. Taken together the three groups show results indicating levels that can be regarded as typical for people with consequences after ABI. The sequel after injury or disease varied however. With regard to the participants ratings of their life satisfaction they scored significant lower than the reference samples. We found that, disregard the diagnosis or etiology of the participants disabilities, the dominating factor for success in the N12 group were the participant’s ability to cooperate with their mates. This inspires to implement individuals that have neurological and neuropsychological disabilities with less focus on cause or aetiology.