

**UPPSALA UNIVERSITET**  
Institutionen för psykologi  
Psykologexamensuppsats 20p  
Höstterminen 2001

**LÖSNINGSFOKUSERAD GRUPPTERAPI VID  
LÅNGTIDSSJUKSKRIVNING**

- *en jämförande studie med deltagare sjukskrivna mellan  
en till fem månader*

Författare: Karin Wallgren  
Handledare: Lennart Melin  
Examinator: Staffan Sohlberg

<b><u>FÖRORD</u></b> .....	<b>3</b>
<b><u>SAMMANFATTNING</u></b> .....	<b>4</b>
<b><u>INLEDNING</u></b> .....	<b>5</b>
<u>DET MAN VET FUNGERAR I REHABILITERING</u> .....	6
<u>LÖSNINGSFOKUSERAD TERAPI</u> .....	8
<u>TIDIGARE EMPIRI</u> .....	9
<u>FRÅGESTÄLLNING</u> .....	12
<b><u>METOD</u></b> .....	<b>13</b>
<u>UNDERSÖKNINGSDELTAGARE</u> .....	13
<u><i>Urval</i></u> .....	13
<u><i>Bortfall</i></u> .....	13
<u><i>Demografisk beskrivning</i></u> .....	14
<u>DESIGN</u> .....	15
<u>MÄTINSTRUMENT</u> .....	16
<u>BEHANDLINGENS UTFORMNING</u> .....	20
<u>TILLVÄGAGÅNGSSÄTT</u> .....	21
<u>STATISTISKA ANALYSER</u> .....	22
<b><u>RESULTAT</u></b> .....	<b>23</b>
<u><i>Återgång i arbete</i></u> .....	23
<u>PSYKISK HÄLSA</u> .....	25
<u><i>Allmän psykisk hälsa</i></u> .....	25
<u><i>Upplevelse av kontroll och hanterbarhet</i></u> .....	25
<u><i>Nedstämdhet</i></u> .....	25
<u><i>Upplevelse av besvär</i></u> .....	25
<u>EFFEKTSTORLEK</u> .....	27
<u>TECKENTEST</u> .....	28
<b><u>DISKUSSION</u></b> .....	<b>29</b>
<u>SAMMANFATTNING AV RESULTATEN</u> .....	29
<u>METODDISKUSSION</u> .....	30
<u><i>Intern validitet</i></u> .....	30
<u><i>Extern validitet</i></u> .....	31
<u>FRAMTIDA FORSKNING</u> .....	33
<u>AVSLUTNING</u> .....	33
<b><u>REFERENSER:</u></b> .....	<b>34</b>
<b><u>BILAGOR:</u></b> .....	<b>36</b>

För kontakt med metodutvecklarna: Eva Persson; [eva@solutionwork.com](mailto:eva@solutionwork.com), Björn Johansson; [bjorn@solutionwork.com](mailto:bjorn@solutionwork.com), Michael Hjerth; [michael.hjerth@fkc.se](mailto:michael.hjerth@fkc.se).

För kontakt med författaren; [wallgren.karin@telia.com](mailto:wallgren.karin@telia.com)

Copyright 2001 Karin Wallgren. Var vänlig använd inte materialet utan tillstånd från författaren.

## Förord

Ett varmt tack till alla som medverkat till denna studie:

- Samtliga deltagare som ställt upp oförtrutet svarat på upprepade frågeformulär;
- Bengt Holmgren, enhetschef vid Värmlands Försäkringskassa, och övriga medlemmar av direktionen, för outhärligt intresse och fint samarbete;
- Doris Sundberg, Pia Bergström och Monika Klar för deras alltid lika snabba hjälp, effektiva arbete och för ett oändligt tålamod;
- Lennart Melin professor i klinisk psykologi vid Psykologiska Institutionen vid Uppsala universitet som ställt upp som handledare, för hans höga tillgänglighet, vänliga uppmuntran, goda råd och för roliga diskussioner;
- Staffan Sohlberg lektor vid Uppsala Universitet och examinator för studien, som med konstruktiv kritik och kloka synpunkter förbättrat uppsatsen;
- Caroline Klingenstierna, min kollega och opponent som hela tiden varit tillgänglig för diskussion och som bidragit med sträng läsning och goda idéer;
- Michael Hjerth, leg. psykolog vid Centret för lösningsinriktade arbetsmodeller (FKC) som tillsammans med terapeuterna utvecklat metoden;
- Styrelsen för EBTA (European Brief Therapy Association) som med sitt årliga forskningstipendium satt guldkant på min tillvaro;
- Eva Persson och Björn Johansson, utbildare, handledare och metodutvecklare vid Lösningsfokuserad Utveckling i Värmland allt för deras terapeutiska insatser, men framför allt för deras helhjärtade stöd och engagemang.

Karin Wallgren

Uppsala, december 2001

## **Sammanfattning**

Syftet med denna studie var att undersöka huruvida lösningsfokuserad gruppterapi har effekt på återgång i arbete och psykisk hälsa vid sjukskrivning. Urvalet gjordes av försäkringskassan i Värmland. Trettio personer som varit sjukskrivna mellan en och fem månader deltog. Studien bestod av två betingelser över vilka deltagarna fördelades slumpmässigt efter första mätningen. De två betingelserna utgjordes av lösningsfokuserad gruppterapi, alternativt väntelista för samma behandling. Behandlingen omfattade åtta träffar à tre timmar. Utfallsmåtten bestod av data gällande sjukskrivning och psykologiska mätinstrument; OQ-45.2, SCL-90, Besvärsupplevelse (Williams -89), samt VAS-skalor.

Studien visar att behandlingsgruppen i signifikant större utsträckning än kontrollgruppen återgick i arbete och förbättrade sin psykiska hälsa. De skillnader som uppmätts på mätinstrumenten kvarstod, och skillnaden vad gäller återgång i arbete hade ökat ytterligare vid uppföljning tre månader efter avslutad behandling.

Resultaten stöder optimism inför vidare utveckling av metoden. Fortsatt forskning är dock nödvändig, för att replikera studien med andra terapeuter.

## Inledning

Långvarig sjukskrivning har under de senare åren utvecklats till ett växande samhällsekonomiskt problem. I en statlig offentlig utredning konstateras att pågående långvariga sjukskrivningar (mer än 30 dagar) har ökat kraftigt sedan slutet av 1990-talet. På bara några år har en ökning skett med mer än 100 procent (från 106 000 i augusti 1997 till 216 500 i maj 2000). Sjukfallen ökar inte bara i antal utan också i längd. (SOU, 2000:78)

Antalet individer som har behov av mer sammansatta åtgärder beräknas i dagsläget till cirka 100 000. (SOU, 2000:121) Två av de största grupperna som behöver rehabiliteringsinsatser är de som är sjukskrivna för besvär i rörelseorganen och de som är sjukskrivna för psykiska besvär. Gruppen med besvär i rörelseorganen är störst medan gruppen med lättare psykiska besvär ökar mest. Under 1980-talet ökade förekomsten av besvär i rörelseorganen medan 1990-talet karakteriseras av ökade psykiska och psykosomatiska besvär. Enligt utredningen kan man, utifrån de förändringar av arbetslivet som beskrivs i utredningen förvänta sig en fortsatt ökning av de psykosomatiska problemen. (SOU, 2000:78) Det kommer i många fall att vara besvär som är en kombination av arbetsrelaterade faktorer (arbetsorganisation, stress m.m.) och faktorer relaterade till individens sociala situation (familjen, existentiella frågor m.m.). Andelen anmälda arbetssjukdomar av psykisk art har också ökat under senare år. Ofta bedöms de vara stressrelaterade och som en konsekvens av detta har olika metoder för stresshantering tillämpats inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Samtidigt med dessa uppgifter om att allt fler sjukskrivs och förtidspensioneras på grund av psykiska besvär kommer återkommande rapporter om att rehabilitering av personer med psykiska besvär inte fungerar. (SOU, 2000:78)

Även från försäkringskassans håll har man uppmärksammat problemet. I en rapport påpekas att diagnoser som stress och s.k. utbrändhet är vanliga och att vetenskapligt etablerade behandlingsmetoder saknas (Elfstrand & Lundberg 1999). Vidare påpekas att diagnoskriterierna är vagt utformade och att den enskilde läkarens subjektiva uppfattning därmed får oproportionerligt stor betydelse, samt att skolmedicinska behandlingsmetoder inte är tillämpbara i dessa fall. Författarna befarar att sjukintyget i många fall, då behandlingsmetoder saknas, utfärdas ”i stället för” en behandling (Elfstrand & Lundberg 1999).

Ytterligare ett perspektiv på problemet är att sjukskrivningens längd inte har ett klart samband med medicinska orsaker. Sjukskrivningens längd har istället ett starkt samband med psykosociala faktorer, med den sjukskrivnes egen upplevelse av sjukdom, samt med sjukskrivande läkares attityd till sjukskrivning. Läkarna känner sig maktlösa inför problem som påverkas av faktorer utöver de strikt medicinska, och sjukskriver i brist på bättre alternativ (Englund, 1997).

Ovan identifieras alltså ett växande problem, för vilket det i dagsläget tycks saknas fungerande rutiner och åtgärder.

### **Det man vet fungerar i rehabilitering**

I en av ovan nämnda statliga offentliga utredningar (SOU 2 000:78), görs en ansats att på basis av nationellt och internationellt tillgänglig forskning och utvärderingar beskriva grundförutsättningarna för framgångsrik rehabilitering. Här konstaterar man att utvecklingen har gått från att fokusera på diagnos eller specifika symptom som utgångspunkt för rehabiliteringsprocessen mot att fokusera på individen som helhet och hennes förutsättningar eller resurser. Vidare propagerar man för att det viktiga i en rehabiliteringsprocess inte är att uppställa mål åt individen, eller att ange med vilka metoder hon ska nå detta mål. I stället anses det primära vara att tillse att det skapas möjligheter för individet att utöva tillräckligt inflytande på formuleringen av rehabiliteringsmål och att genom egna aktiviteter och handlingar nå sina mål.

I utredningen konstateras även att om målen för rehabiliteringsprocessen är realistiska ur individens perspektiv förbättras förutsättningarna för framgång. Exempelvis är återgång till ett oförändrat arbete inte ett realistiskt eller ens önskvärt mål för alla. Dagens ordning leder då till att den enskilde individen i alltför hög grad måste lägga tid och kraft på att bevisa att han eller hon är sjuk, för att få intyg som säkrar försörjningen ytterligare en tid. Samhällets ansvarspraxis leder därmed till att man fokuserar på sjukdomen, snarare än hälsan. Under en rehabiliteringsprocess är det rimligt att mål utvecklas stegvis och anpassas till den enskilde individens specifika förutsättningar och behov. En rehabiliteringsprocess tar tid, de individuella målen bör kunna revideras successivt. Målen konkretiseras, formas och omformas kontinuerligt under själva handlandet, beroende på situationens krav och omständigheter. Om individen inte uppfattar de mål och värderingar som rehabiliteringsaktörerna ställer upp som relevanta eller vitala minskar individens motivation att medverka. Om individens egna synpunkter på rehabiliteringsarbetet inte hörsammats och uppfattas som värdefulla av aktörerna stimuleras inte heller motivationen. (SOU 2000: 78)

Tentativa slutsatser av ovanstående blir, att för att rehabilitering skall kunna fungera bör man använda sig av en modell där man undviker att uppehålla sig vid deterministiska resonemang som riskerar att marginalisera klientens mål och förstärka känslan av att sitta fast i ett problem. Man bör inte heller erbjuda färdiga lösningar eller alternativ utifrån en nog så kompetent professionell analys. Istället bör man använda sig av en approach där man från första början inbjuder klienten till samarbete, där man har en positiv förväntan om att klienten besitter resurser och vilja till förändring, och där man i kontinuerlig dialog med klienten sätter upp framtida mål och stakar ut vägen dit.

## Lösningfokuserad terapi

Den Lösningfokuserade modellen karaktäriseras av en betoning på att konstruera lösningar snarare än att lösa problem. Den huvudsakliga terapeutiska uppgiften är att hjälpa klienten att föreställa sig hur hon skulle vilja att saker vore annorlunda, och vad som skulle krävas för att få det att hända. Terapeuten utgår ifrån att klienten vill ha en förändring av något slag, att han eller hon har kapacitet att föreställa sig hur ett framtida önskvärt scenario skulle se ut, och att hon alltid gör sitt bästa för att få till stånd en önskvärd förändring. Alla tecken på motsatsen uppfattas som användbar feedback gällande terapeutens egen hållning gentemot klienten. Terapeuten utgår dessutom ifrån att delar av nämnda framtida scenario faktiskt redan händer. (de Shazer, 1988)

Det finns några specifika tekniker som vanligen ingår i, och präglar terapiprocessen. Exempelvis använder terapeuten framtidsorienterade frågor för att hjälpa klienten att utforska ett potentiellt framtida scenario. I processen ingår även så kallade skalfrågor, där klienten ombeds placera sin situation i dagsläget på en skala mellan 0 och 10. Båda dessa tekniker används för att konstruera en lösning, och för att utforska vilka delar av lösningen som redan finns tillgängliga att bygga vidare på. (de Shazer, 1994)

I lösningfokuserad terapi är det klientens referensram som är central vid identifierandet av för klienten och rehabiliteringssammanhanget viktiga, meningsfulla eller användbara mål. Eftersom det är här fokus hela tiden koncentreras, integreras viktiga psykosociala faktorer automatiskt. Processen involverar situationsspecifika och interaktionella beskrivningar som byggs ur frågor kring ”vem gör vad, var, när, hur?”. Man strävar efter att stegvis formulera små delmål som uppfyller ett antal kriterier:

Det steg som skall tas närmast är; 1) smått snarare än stort, 2) realistiskt ur klientens perspektiv i nusetituationen, 3) ur klientens perspektiv ”hårt arbete” eller förenat med kreativitet, 4) präglas av tillägnande av ett nytt beteende snarare än utplånande av ett existerande, 5) inte en förlängning av tidigare misslyckade försök till lösningar, som kan tänkas vara en del av problemets vidmakthållande. (de Shazer, 1991)

Under terapiprocessen strävar man efter en balans mellan att hantera de hinder som kan tänkas uppstå, och att uppmärksamma, utforska och bygga vidare på varje litet steg på väg som klienten tar. (de Shazer & Kim Berg, 1993)



## Tidigare empiri

Det finns ett antal tillgängliga studier om lösningsfokuserad terapi. Ett stort antal av dessa består dock av uppföljningar av befintlig klinisk verksamhet där man använt subjektiva mått, samt processinriktad forskning. Gingerich och Eisengart har gjort en sammanställning av det betydligt färre antal kontrollerade studier som de kunnat hitta fram till och med 1999 (Gingerich & Eisengart, 2000). Med ”kontrollerad studie” avses här studier där man antingen använt sig av en kontrollgrupp, eller av upprepad mätning. De studier som ingår här är de där man:

- 1) Använder sig av lösningsfokuserad terapi som den definieras av Steve de Shazer et. al. (För forskningsdefinitionen se bilaga 2)
- 2) Använder någon form av experimentell kontroll
- 3) Mäter klientens beteende eller fungerande
- 4) Mäter efter behandlingens avslut

Gingerich & Eisengart bedömer 15 studier utifrån de kriterier för att bedöma empiriskt stöd som satts upp av American Psychological Association. (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) Enligt dessa kriterier skall en studie:

- 1) Ha en randomiserad grupp design eller en acceptabel single-case design
- 2) Fokus på en specifik, väl definierad åkomma
- 3) Jämföra den experimentella behandlingen med en standardbehandling (den behandling som är standard på området/institutionen), placebo eller, vilket är mindre önskvärt; ingen behandling
- 4) Använda behandlingsmanualer och inbegripa procedurer för att säkerställa att dessa följs
- 5) Begagna utfallsmått med demonstrerad reliabilitet och validitet
- 6) Använda ett sampel som är tillräckligt stort för att man skall kunna urskilja skillnader mellan grupperna

Studierna har delats upp utifrån vilken grad av experimentell kontroll de uppnådde:

- Fem studier svarar mot 5 av 6 standardkriterier och de anses utifrån detta väl kontrollerade.
- Fyra studier uppfyller 4 av kriterierna, och anses tämligen väl kontrollerade.
- Sex studier uppfyller 3 eller färre kriterier och de anses mindre väl kontrollerade.

Endast en av studierna ägnades åt rehabilitering av sjukskrivna. (Cockburn, Thomas, & Cockburn, 1997) Syftet med denna studie var att undersöka effekten av lösningsfokuserad terapi på psykosocial anpassning och återgång i arbete för patienter med ortopediska skador. Studiens sampel bestod av 48 patienter som refererats av läkare till ett rehabiliteringsprogram som utformats för att förbereda patienter på att återgå i arbete. Patienterna randomiserades till en av fyra betingelser enligt Solomon Four Groups design. Interventionen för de två behandlingsbetingelserna bestod av sex timslånga individuella sessioner med en veckas mellanrum, samt standardbehandlingen. Kontrollgruppen fick endast standardbehandling (den behandling som normalt gavs inom ramarna för detta rehabiliteringsprogram). Behandlingsgruppen presterade signifikant bättre på samtliga av de tre subskalor av F-COPES (Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales) som använts i studien, och på PAIS-SR (Psychosocial Adjustment to Illness Scale - Self-Report). Författarna drog slutsatsen att patienterna i behandlingsgruppen hade anpassat sig psykosocialt signifikant bättre än kontrollgruppen, och hade signifikant bättre socialt stöd. Inom 7 dagar efter avslutad behandling hade 68% av patienterna i behandlingsgruppen återgått i arbete, att jämföra med 4% av kontrollgruppen. Inom 30 dagar efter avslutad behandling hade 92% av patienterna i behandlingsgruppen återgått i arbete, jämfört med 47% i kontrollgruppen.

Tyvärr jämfördes den lösningsfokuserade behandlingen endast med standardbehandling, vilket gör det svårt att dra slutsatser om huruvida det var den lösningsfokuserade terapin i sig som gjorde skillnad. Dock ger studien stöd för slutsatsen att lösningsfokuserad behandling i kombination med standardbehandling är signifikant bättre än standardbehandlingen allena.

Samtliga fem av de väl kontrollerade studierna uppmätte signifikant positiva effekter av lösningsfokuserad terapi. Fyra av studierna rapporterade signifikant bättre resultat av än ingen behandling eller standardbehandlingen. Eftersom lösningsfokuserad terapi inte

jämfördes med en annan psykoterapeutisk intervention kan inte slutsatsen dras att effekten berodde på denna metod *i sig* - Man kan inte utesluta att effekterna var resultatet enbart av att en insats gjordes. Den femte väl kontrollerade studien jämförde lösningsfokuserad terapi med en annan mer etablerad behandling (IPT - Interpersonell terapi) och fann att ösningsfokuserad terapi producerade likvärdiga resultat - båda behandlingarna hade framgång, och man fann inga signifikanta skillnader mellan de två. Utifrån detta kan man tills vidare utgå ifrån att dessa två behandlingar kan ses som likvärdiga vid denna typ av problematik. När det gäller den speciella problematik som gäller vid sjukskrivning, där ett ”tillfrisknande” skall ske i interaktion med ett byråkratiskt system, bör dock de båda behandlingsformerna åter utvärderas var för sig innan man kan dra liknande slutsatser.

Även de övriga, mindre väl kontrollerade studierna, tydde på positiva effekter av lösningsfokuserad terapi. Dock uppfyllde ingen av studierna samtliga de kriterier som formulerats av APA, och de utfördes alla på olika områden, dvs. man har inte replikerat studierna på samma population. Författarna (Gingerich & Eisengart, 2000) stannar därför vid slutsatsen att det bara finns initialt stöd för antagandet att lösningsfokuserad terapi har effekt, i avvaktan på ytterligare forskning.

I Sverige har en kontrollerad studie tidigare genomförts. Den följde på en intressant pilotstudie, som bestod i en utvärdering av ett projekt med långtidsarbetslösa. I detta projekt ingick 19 långtidsarbetslösa med ett eller flera arbetshinder, registrerade vid Arbetsförmedlingen och AMI. Hälften av deltagarna hade två eller fler registrerade arbetshinder. Arbetslöshetens längd varierade mellan två månader och 12 år. Hälften av deltagarna hade varit registrerade som arbetslösa längre än sju år. Deltagarnas ålder varierade mellan 23 och 55. Interventionen bestod av sammanlagt sex dagars deltagande i lösningsfokuserad gruppbehandling, samt en månads avlönad praktik. Vid uppföljningen 18 månader senare hade 10 personer fast anställning, och sex personer var aktiva i utbildning, arbetsprövning eller praktik. (Johansson & Persson, 2000)

Med anledning av dessa resultat genomfördes alltså en kontrollerad randomiserad studie med samma terapeuter (Klingenstierna, 2001). Deltagarna bestod denna gång av 30 personer som varit sjukskrivna mellan sex månader och tre år. Betingelserna utgjordes av en behandlingsgrupp som fick lösningsfokuserad gruppterapi och en kontrollgrupp som fick sedvanliga medicinska och stödjande åtgärder. Behandlingen omfattade åtta dagar under två

månader. Studien visar att behandlingsgruppen i högre utsträckning än kontrollgruppen gick ut i arbetslivsinriktad aktivitet, och fick förbättrad psykisk hälsa i samband med behandlingen. Utifrån det kan man säga att det tycks som att resultaten blir intressanta även vid en klinisk prövning. Det krävs dock fler studier för att man skall kunna dra slutsatser om behandlingens effektivitet.

Behandling antas ofta vara mer effektiv ju tidigare den sätts in. När det gäller KBT-behandling vid ländryggssmärta provas tex denna hypotes i en studie (Marhold, Linton, & Melin, 2001), och man kommer fram till att resultaten understryker vikten av att sätta in behandling på ett tidigt stadium. Om detta gäller lösningsfokuserad terapi skulle man kunna erbjuda denna behandling redan i ett tidigt skede av sjukskrivning och a) erhålla bättre resultat, samt b) förebygga långtidssjukskrivning.

## **Frågeställning**

Lösningsfokuserad behandling inriktar sig direkt mot att skapa möjligheter för varje klient att generera lösningar stegvis ur sin egen referensram och är därmed individcentrerad i fråga om mål- och resursformulering, samt kommer därför att involvera viktiga psykosociala faktorer. Detta har i forskning om rehabilitering visat sig vara viktiga faktorer för att nå positiv effekt. Vidare pekar internationell forskning på att den lösningsfokuserade metoden kan ha effekt i en rad sammanhang, och när det gäller rehabilitering av sjukskrivna finns två studier som pekar på positiva effekter, varav en utförd i Sverige. Tillämpning av metoden som ett inslag i rehabilitering är dock fortfarande en ny företeelse, som bör prövas ytterligare för att säkerställa effekt. Syftet med föreliggande studie är att pröva om lösningsfokuserad terapi har effekt i rehabiliteringssammanhang. Om lösningsfokuserad terapi har effekt så kan man vänta sig förändring i form av ökad återgång i arbete och förbättrad allmän psykisk hälsa.

Kommer den grupp som får lösningsfokuserad gruppterapi att förändras mer än kontrollgruppen vad gäller återgång i arbete, allmän psykisk hälsa, upplevelse av kontroll och hanterbarhet, nedstämdhet samt upplevelse av besvär?

## **Metod**

### **Undersökningsdeltagare**

#### ***Urval***

Inklusionskriterie för deltagande i studien var sjukskrivning mellan 1 - 5 månader, samt en gemensam bedömning från förtroendeläkare och handläggare, utifrån deras yrkesmässiga erfarenhet, att fallet kunde antas ligga i riskzonen för fortsatt långvarig sjukskrivning. Exklusionskriterie var arbetslöshet och sådan typ av sjukdom som skulle åtgärdas på skolmedicinsk väg. Urvalet gjordes av Försäkringskassan i Värmland. Handläggare på Försäkringskassan i Värmland plockade ut samtliga tillgängliga fall som de trodde eventuellt skulle kunna dra fördel av åtgärder utöver skolmedicinska, och förtroendeläkaren uteslöt några få av dessa pga att en skolmedicinsk insats kunde vara aktuell inom den närmsta framtiden.

#### ***Bortfall***

Av de 71 personer som erbjöds att delta i studien tackade 41 nej. Bortfallet i inledningskedet uppgick därmed till 57,7 procent. Av de 15+15 personer som utgjorde behandlings- och kontrollgrupp bortföll två personer från att besvara de längre mätinstrumenten ( OQ-45.2, Besvärsupplevelse 1, samt SCL-90). En person besvarade dock VAS-skalor muntligt per telefon, genom att ange siffror mellan 0 - 10 i hela tal, eller med 0,5 i tillägg till hela tal. Av de sammanlagt 84 frågeformulär som skickades ut till de deltagare som accepterat att besvara dem, kom 70 tillbaka ifyllda inom den uppsatta tidsgränsen (vid förmätning 14, vid eftermätning och uppföljning 21 dagar efter utskick). Den slutliga svarsfrekvensen blev därmed 78 % för frågeformulären, med undantag av VAS-skalorna där svarsfrekvensen var 81 %. I den statistiska analysen har bortfallet hanterats så, att aktuella rutor lämnats tomma, och analysen har utförts på befintliga data.

## Demografisk beskrivning

Demografiska data för urval och deltagare framgår av tabell 1. Variablerna kön och diagnostyp har kontrollerats för skillnader med hjälp av  $\chi^2$ -analys. Exempelvis kan man i tabellen se att män i större utsträckning än kvinnor tackar nej till behandling, men skillnaden är inte signifikant ( $\chi^2(1)=1.84$   $p>0.1$ ). Inte heller vad gäller variabeln *diagnostyp* återfanns signifikanta skillnader mellan grupperna. Det bör tilläggas att den statistiska analysen gjorts på de ursprungliga siffrorna, medan siffrorna i tabellen skrivs i procent för åskådlighetens skull. Vad gäller variablerna *ålder* och *antal sjukskrivningsdagar* har kontroller för skillnader mellan grupperna gjorts med t-test. Exempelvis får man vid analys av skillnaden i antal sjukskrivningsdagar mellan hela gruppen, och gruppen deltagare, värdet ( $t(99) = 0.276$   $p>0.05$ ). Samtliga deltagare är vid studiens inledning sjukskrivna på heltid. Deltagarnas diagnoser har kodats utifrån Försäkringskassans eget system för att kategorisera diagnoser (Elfstrand & Lundberg, 1999). Studiens deltagare har diagnoser som inom ramarna för detta system faller i kategorierna D4 respektive D12. Här utgör den primära diagnosen underlag för kategorisering. En del deltagare hade dock tilläggsdiagnoser, då oftast ur den andra dominerande kategorin, dvs. en diagnos ur kategorin D4 kompletteras av en diagnos ur kategori D12, och vice versa.

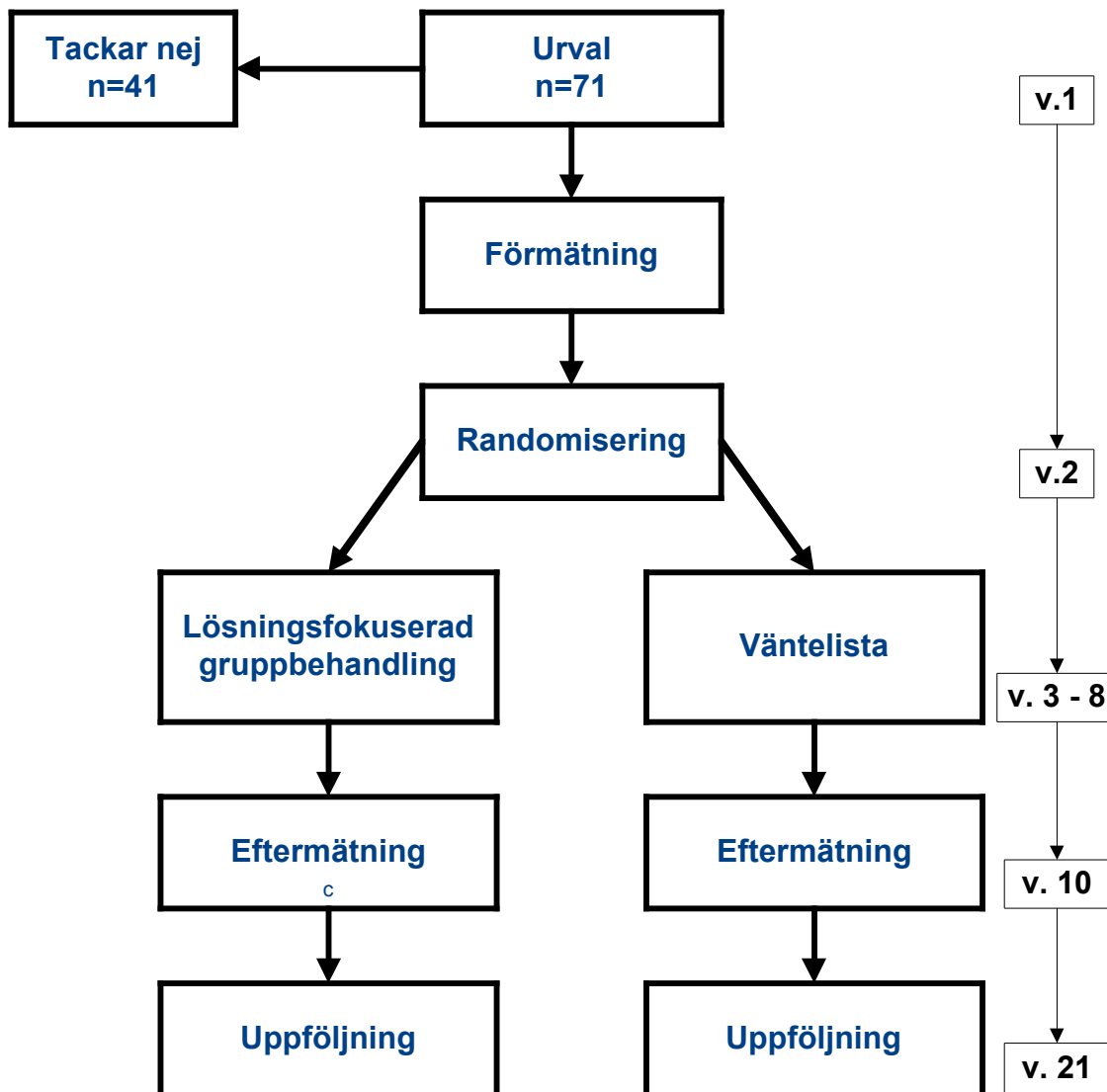
**Tabell 1** Demografisk beskrivning av hela urvalet, och dess underkategorier av deltagare, experimentgrupp och kontrollgrupp, avseende könsfördelning, ålder, uppnått antal sjukskrivningsdagar vid inträde i studien, samt fördelning av diagnostyp. Standardavvikelse inom parentes.

	n	Kön		Ålder Medelvärde	Sjukskrivning antal dagar Medelvärde	Diagnostyp	
		K n%	M n%			D4 n%	D12 n%
Hela urvalet	71	70	30	44.3 (8.6)	93 (28.4)	73	27
Deltagare	30	83	17	45.4 (8.9)	91.3 (29.7)	70	30
Experimentgrupp	15	80	20	45.9 (7.9)	91 (34.1)	80	20
Kontrollgrupp	15	87	13	44.9 (10)	91.6 (25.9)	60	40

\* Diagnostyp: D4: Ångest, depression, stressyndrom, krisreaktioner. D12: Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven

## Design

Studien innehöll två betingelser; en behandlingsgrupp och en kontrollgrupp, över vilka deltagarna fördelades slumpmässigt. Detta skedde efter att deltagarna tackat ja, och efter första mätningen. Randomiseringen utfördes med kontroll för variablerna ålder och kön. Behandlingsgruppen erhöll lösningsfokuserad terapi i grupp, och kontrollgruppen sattes på väntelista för samma behandling. Psykometriska mätningar utfördes före och efter interventionen, samt tre månader efter avslutad behandling. Vad gäller grad av arbete uppmättes denna under 90 dagar direkt innan, och 90 dagar (2 x 45 dagar; eftermätning resp. uppföljning) direkt efter behandling. Designen åskådliggörs i figur 1.



Figur 1. Studiens design med tidsramar uttryckt i veckor.

## Mätinstrument

*Visuella analoga skalor (VAS)*: VAS-skalor används för att mäta subjektiva föränderliga fenomen (Wewers & Lowe, 1990). Skalorna kan utformas på olika sätt. I denna studie bestod skalorna av en rak, horisontell, 10 cm lång linje med ett påstående i varje ände (se bilaga 1). Skalan för känsla av kontroll gick från *Helt kaos* till *Helt under kontroll*. Denna skala är tänkt att mäta en av dimensionerna som ingår i begreppet KASAM (Känsla av sammanhang) som det beskrivs av Antonovsky (Antonovsky, 1991), nämligen den som handlar om i vilken utsträckning de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är *strukturerade, förutsägbara och begripliga*. Måttet KASAM antas mäta copingförmåga, eller förmåga att hantera svåra situationer i livet. Eftersom behandlingen delvis innebär att man talar om framtiden, om vad som är viktigast att göra först samt hur man sedan vill gå vidare, kan man förvänta sig en ökad känsla av kontroll som då bör avspeglade sig i högre poäng på denna skala.

Skalan för nedstämdhet går från ytterligheten *Helt ledsen* till ytterligheten *Helt glad*. Den är tänkt att mäta förändring i stämningsläge, specifikt med avseende på nedstämdhet. Skalan för upplevelse av sammanhang föregicks av påståendet: *Även en människa med stark självkänsla kan ibland känna sig som en "olycksfågeln"*, följt av frågan: *Hur ofta har du känt det så?* Påståendena i vardera änden av linjen var *aldrig* respektive *ofta*. Denna fråga är hämtad ur frågeformuläret KASAM där den används för att mäta hanterbarhet, som utgör en variabel av begreppet KASAM (Känsla av sammanhang) (Antonovsky, 1991). Nästa skala mätte besvär på ett kontinuum mellan *Överväldigande* och *Hanterbara*. Detta för att en del av den lösningsfokuserade terapin går ut på att stabilisera nuläget, för att bibehålla en positiv förändring, eller för att skapa ökad tilltro till att saker åtminstone inte kommer att bli sämre. Då arbetar man med olika sätt att hantera de besvärligheter som man måste handskas med i nuläget. Denna process beskrivs även som coping. Skalan Hantera avses mäta en subjektiv ökad upplevelse av copingförmåga.

Den sista skalan hade i vardera änden påståendena *Ingenting är som jag vill ha det*, och *Saker i mitt liv är precis som jag vill ha det*. I behandlingen ställs nämligen en fråga som kallas Mirakelfrågan. Det är en framtidsorienterad fråga som används för att skapa en bild av ett högst vardagligt, och önskvärt, framtida scenario. Varje klient utvärderar sedan



kontinuerligt för sig själv sin egen framgång på en tiogradig skala, där framgångar innebär att man kommer högre och högre upp på skalan. VAS-skalan ”Inget är som jag vill ha det” är tänkt att spegla denna skala, och korrelera med allmän psykisk hälsa.

Vid mättillfällena skulle deltagaren markera den punkt på linjen som stämde bäst överens med hur hon/han upplevde sin situation. Linjen mättes sedan och gav ett värde i millimeter. Mätningen gjordes av forskaren som först sett till att uppgiften om vilken betingelse svaret tillhörde, tagits bort. Detta för att förebygga att forskaren oavsiktligt skulle mäta till fördel för den ena eller andra betingelsen.

VAS-skalans psykometriska egenskaper har huvudsakligen undersökts vad gäller skalor som mäter stämningläge och smärta. Huruvida linjen är horisontell eller vertikal och huruvida ytterkanterna är markerade med ett avslutande streck eller inte kan påverka var en person sätter sitt svar på skalan. Det är därför mycket viktigt att skalorna ser likadana ut i varje mätning. Vad gäller konstruktvaliditet har man visat att man med hjälp av VAS-skalor kan mäta en förväntad smärtminskning vid smärtlindring hos tandläkaren. Dessutom konstaterade man att VAS-skalor är mer känsliga för små förändringar i smärtintensitet än numrerade skalor, eller skalor med fyra svarsalternativ. Kriterierelaterad validitet har uppmätts genom korrelation med samtidigt administrerade, mer etablerade mätinstrument. Korrelationer varierade mellan .42 och .91 (Wewers & Lowe, 1990).

*Återgång i arbete* : Försäkringskassan tog i efterhand fram uppgifter om varje deltagares grad av sjukskrivning respektive arbete eller annan aktivitet. Dessa uppgifter redovisades dag för dag för hela mätperioden. Data räknades om till procentuell aktivitet under tre mätintervall.

*Besvärsupplevelse 1 ( Pain Beliefs and Perception Inventory)*: Detta instrument är utformat för att mäta besvär relaterade till smärta med avseende på tre variabler (Williams & Thorn, 1989). På svenska är språket så allmänt hållet att termen ”besvär” kan omfatta även andra typer av besvär, utöver smärtrelaterade sådana. De tre variablerna är *skuldbeläggande av sig själv, upplevelse av besvären som mystiska, samt föreställningar om hur länge man kommer att ha besvär*. Dessa tre variabler har visat sig ha samband med smärtintensitet, låg självkänsla, tendens att samarbeta i multidisciplinära behandlingsprogram, ångest, stress, samt depression. Cronbachs alfa för skalorna varierar mellan .65 och .80. (Williams & Thorn, 1989).

*Outcome Questionnaire -45.2 (OQ45)*: Detta frågeformulär består av 45 påståenden vilka man svarar på genom att kryssa för ett av svarsalternativen *aldrig, sällan, ibland, ofta* eller *nästan alltid*. Måttet är indelat i tre subskalor som mäter besvärliga symtom, social roll och relationer till omgivningen. (*Administration and Scoring Manual for the OQ -45.2* 1996)

Tillsammans avses subskalorna mäta allmän psykisk hälsa. Måttet har normerats i USA med hjälp av studenter, människor som stod i telefonkatalogen, anställda på olika arbetsplatser, studentmottagningar, EAP (Employee Assistance Program), samt psykiatrins sluten- respektive öppenvård. Cutoff-score har konstruerats med hjälp av ett icke-kliniskt och flera kliniska sampel. Här exkluderades de studentsample som annars använts för t.ex. normering, eftersom de inte ansågs representativa för allmänheten. De kliniska sampel som exkluderades var de klienter man fått tillgång till via EAP, universitetets terapimottagning och slutenvården. Inga skillnader relaterade till ålder, kön eller etnisk tillhörighet har konstaterats, med undantag för vita amerikaner och afro-amerikaner som deltog i behandling. Dessa två grupper skilde sig åt på enskilda item. Reliabilitet fastställdes med hjälp av studenter och klienter från EAP. Inre konsistens var hög; Cronbachs alfa beräknades till .93. Test-retest reliabilitet beräknades till .84 med hjälp av Pearson Product moment correlation coefficient. Tyvärr redovisas ej i manualen hur lång tidsperioden mellan de två testperioderna var. Man har även administrerat måttet till en normalpopulation över en tioveckorsperiod för att konstatera att normalpopulationens resultat inte fluktuerar över tid. För att fastställa samtidig validitet har man administrerat OQ45 tillsammans med Symptom Checklist-90-R, Social Adjustment Rating Scale-self report form, och Inventory of Interpersonal Problems. Validiteten för totalpoäng varierade mellan .66 och .88. Konstruktvaliditeten för OQ-45.2 beror delvis på måttets förmåga att mäta förändring efter interventioner som exempelvis terapi. Därför har testet administrerats före och efter behandling (sex veckor, sju samtal) vid en studentmottagning. Av 76 studenter fullföljde 40 sju sessioner. Medelvärde före respektive efter behandlingen analyserades med t-test och skillnaden var signifikant ( $p < 0,001$ ). Data jämförs i manualen med data för en grupp studenter som ej sökt hjälp. Denna grupp förändras inte över tid. Testet har ännu inte normerats på en svensk population. För översättning anlätades en certifierad översättningsbyrå, som låtit en person född i Sverige översätta formuläret till svenska. Därefter upprepades översättningen av ännu en översättare. Dessa två personers arbete har sedan vidarebefordrats till en tredje översättare ("editor"), som jämfört

de båda översättningarna och slutfört arbetet med en slutlig version (*Administration and Scoring Manual for the OQ -45.2* 1996).

*Symptom Checklist-90 (SCL-90)* : SCL-90 består av 90 påståenden som deltagaren håller med om eller motsätter sig genom att kryssa för ett av svarsalternativen *0 = Inte alls, 1 = Lite grand, 2 = Måttligt, 3 = Ganska mycket, 4 = Våldigt mycket*. Samtliga items utgör tillsammans *Globalt svårighetsindex*. I grupperingar utgör frågorna nio subskalor. I föreliggande studie analyseras *Globalt svårighetsindex* som ett mått på allmän psykisk hälsa, samt de fyra subskalor som av forskaren ansågs kliniskt relevanta för studiens sampel; *Depression, Interpersonell sensitivitet, Ångest, och Somatisering*. SCL-90 avses mäta förändring inom ett psykologiskt obehagskontinuum som sträcker sig från mild ångest och dysfori till djupa psykiatriska störningar, och ge en god beskrivning av en individs aktuella psykiska status. Det är därmed inte tänkt som ett personlighetsmått (Andersen Malling & Johansson, 1997).

Reliabilitetsanalysen av det material som använts i den svenska normeringen, visar hög intern konsistens, vilket ligger i linje med amerikanska reliabilitetsanalyser. Cronbachs Alpha beräknades till mellan .67 och .91 för de nio subskalorna. För de subskalor som analyseras var och en för sig i denna studie varierar Cronbachs Alpha mellan .81 och .91. (Andersen Malling & Johansson, 1997)

SCL-90 har visat sig diskriminera väl mellan patienter och icke-patienter ur den allmänna populationen. Sambandet mellan SCL-90 och andra instrument har studerats genom att man administrerat måttet tillsammans med Beck Depression Inventory (BDI), Whitaker Inventory Index of Schizophrenic Thinking (WIST), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), och Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Studien visar att alla primära SCL-90 subskalor, utom Psykoticism, korrelerade väl med motsvarande subskalor på de andra instrumenten (Andersen Malling & Johansson, 1997).

## Behandlingens utformning

Den lösningfokuserade gruppterapi som beskrivs i denna studie har utvecklats i samarbete mellan gruppledarna Eva Persson och Björn Johansson, samt metodhandledaren Mikael Hjerth (se bilaga 3), och följer i stort den forskningsdefinition av lösningfokuserad terapi som stadgats av EBTA:s (European Brief Therapy Association) forskningskommitté år 2000 (se bilaga 2). Dock har anpassningar gjorts till gruppformatet på fyra punkter. 1) I forskningsdefinitionen räknar man med att terapeut och klient träffas individuellt i 45 minuter medan man i denna gruppbehandling träffas tre timmar per gång. 2) Man har även anpassat arbetet med den s.k. Mirakelfrågan (se bilaga 2) så att man introducerar den när man finner lämpligt under de tre första dagarna av behandlingen. Enligt forskningsdefinitionen introduceras den under första sessionen. 3) Komplimanger (se bilaga 2) ges inte efter paus utan integreras i samtalsformen och ges ibland som skriftlig feedback. 4) Gruppledarna tar inte paus i slutet av träffen för att sammanfatta (se bilaga 2). Detta görs istället kontinuerligt genom att gruppledarna turas om att vara observatör och formulera det som ingår i en lösningfokuserad sammanfattning. Dessa anpassningar har gjorts utifrån att metoden ursprungligen är utvecklad för individ och familjesamtal, och detta är ett gruppformat. Man har även strävat efter att utveckla en teknik som utnyttjar gruppformatet och de fördelar det kan innebära.

Behandlingen genomfördes i två omgångar, och behandlingsgruppen delades därmed upp i två mindre grupper. Den inleddes med tre dagar som följde på varandra och fortsatte därefter med en träff per vecka. Sammanlagt träffades gruppen vid åtta tillfällen, tre timmar per gång. För närmare beskrivning av behandlingen se bilaga 3.

För att säkerställa att behandlingen i tillfredsställande utsträckning följde manualen, eller forskningsdefinitionen av lösningfokuserad metod (se bilaga 2), ombads terapeuterna att kontinuerligt föra anteckningar efter varje session, där de redovisar vad som hänt under sessionen och vilka tekniker som använts. Forskaren har därefter jämfört förloppet i den aktuella behandlingen med ovan nämnda forskningsdefinition. Avvikelser från forskningsdefinitionen rapporteras ovan.

## **Tillvägagångssätt**

Försäkringskassan i Värmland tog fram 71 personer, från två av sina kontor, som passade inklusions- respektive exklusionskriterierna. Dessa personer fick ett brev från Försäkringskassan med inbjudan till ett informationsmöte. Samtidigt sände Försäkringskassans förtroendeläkare i Värmland; Tommy Elfstrand, ut ett brev till samtliga behandlande läkare för att förebygga eventuella missförstånd. Mötet hölls i Försäkringskassans lokaler, av terapeuterna och forskaren. Samtliga erbjöds att delta i ett forskningsprojekt. Deltagarna fick tacka ja utifrån att de kunde erbjudas att delta i behandling antingen under kommande vår eller under hösten. De som inte kom på mötet blev uppringda under de närmaste dagarna av en av terapeuterna som gav samma information som givits på mötet och erbjöd deltagande i projektet. På mötet delades ett frågeformulär ut, tillsammans med ett svarskuvert. Ej närvarande på mötet som tackat ja till att delta per telefon, fick frågeformulär och svarskuvert per post, tillsammans med ett brev från forskaren. (Se bilaga 4) I de fall svar inte inkommit en vecka efter utskick/information kontaktades deltagaren per telefon. Efter varje inkommet svar skickades en trisslott ut till deltagaren.

Eftermätning och uppföljningsmätning skedde per post, och i det enstaka fallet per telefon. Eftermätningen gjordes efter behandlingens avslut, och uppföljningsmätningen tre månader senare. Mätningen av arbete, friskskrivning och sjukskrivningsgrad gjordes i efterhand av Försäkringskassan. Detta är uppgifter som rutinmässigt registreras. Förmätningen skedde under de 90 dagarna före behandling, eftermätningen under de 45 dagarna omedelbart efter behandling, och uppföljningen skedde under de därpå följande 45 dagarna.

## **Statistiska analyser**

För statistisk bearbetning användes statistikprogrammet STATISTICA for Windows (StatSoft, Inc. 1984 - 1996). De analyser som genomförts är Anova Mixed Design där mellangrupsvariabeln var grupp och inomgruppsvariabeln var tid (förmätning, eftermätning, uppföljning). Vid signifikansnivå  $p < 0.05$  genomfördes eftertest med Tukey Honest Significant Difference Test (Tukey HSD) med korrigering för olika gruppstorlekar enligt Spjotvoll. Vad gäller återgång i arbete har data även analyserats med hjälp av  $\chi^2$  - analys. För de psykologiska mätinstrumenten beräknades effektstorlek med formeln för Cohens  $d$ , och teckentest genomfördes.

## Resultat

### Återgång i arbete

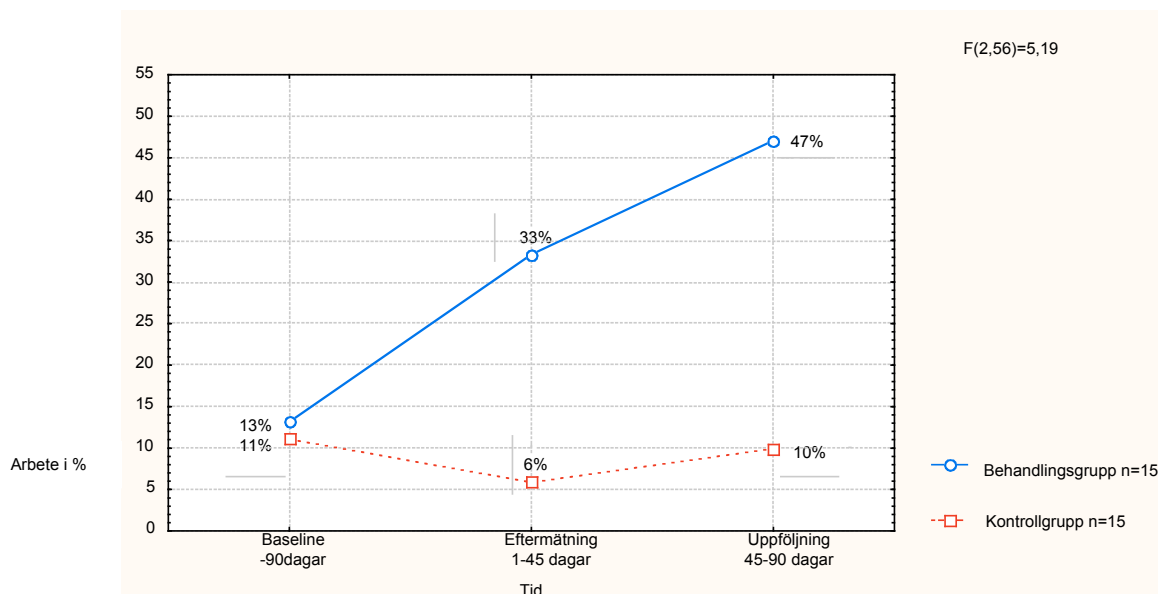
Inför  $\chi^2$ -analysen delades deltagarna upp i två kategorier utifrån aktivitet. I kategorin *Arbete/Frisk* ingår de personer som efter behandlingen, vid eftermätning är helt friskskrivna, och de som har börjat arbeta på deltid, samt bibehållit /ökat sin aktivitetsgrad. I kategorin *Sjukskrivning* ingår fortsatt sjukskrivning, arbetsprövning och förtidspension.

**Tabell 2** Antal personer som vid eftermätning har börjat arbeta/är friskskrivna respektive är fortsatt sjukskrivna, fått beslut om förtidspension, eller arbetstränar.

	Arbete/Frisk	Sskr/Annat
Behandlingsgrupp	9	6
Kontrollgrupp	2	13

Fördelningen över respektive kategori åskådliggörs i tabell 2. I utförd  $\chi^2$ -analys framkommer en signifikant skillnad mellan grupperna. De personer som tillhör behandlingsgruppen har i större utsträckning återgått i arbete och blivit friskskrivna ( $\chi^2(1)=7.03$ .  $p<0.001$ ). Fem personer hade vid mätperiodens slut (010729) blivit helt friskskrivna, och fyra arbetade deltid. Av de sex personer i behandlingsgruppen som räknas till kategorin *Sjukskriven* arbetsprövar en, och en har fått beslut om förtidspension under studiens gång. I kontrollgruppen hade en person blivit friskskriven, och en hade fått indragen sjukpenning. Dessa två utgör tillsammans kategorin *Arbete/Frisk*. Övriga i kontrollgruppen är fortsatt sjukskrivna. Ovanstående resultat var stabila i uppföljningsmätningen.

I figur 2 åskådliggörs behandlingsgruppens, och kontrollgruppens, grad av aktivitet före och efter behandling. Aktivitetsgraden anges i procent. Procenttalet räknas ut genom att man dividerar det sammanlagda antalet arbetade dagar under mätperioden med mätperiodens totala antal dagar. Baseline utgörs av de 90 dagar som föregår informationsmötet, eftermättningsperioden består av de 45 dagar som följer efter behandlingens slutdatum, och mätperioden för uppföljning utgörs av de därpå följande 45 dagarna.



**Figur 2 Grafen illustrerar resultatet på en Anova; skillnaden mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp med avseende på arbete och friskskrivning i procent under tre mätperioder.  $p<0.001$**

Under den första mätperioden som utgör baseline uppgår kontrollgruppens aktivitetsgrad till 11 procent, och behandlingsgruppens till 13 procent. Omedelbart efter behandlingens avslut har kontrollgruppens aktivitetsgrad sänkts något till 6 procent, medan behandlingsgruppens har ökat till 33 procent. Denna ökning fortsätter, och i uppföljningen uppgår behandlingsgruppens aktivitetsgrad till 47 procent, att jämföra med kontrollgruppen vars aktivitetsgrad åter ökat något till 10 procent. Här finns en signifikant interaktionseffekt över tid och mellan grupperna. ( $F(2,56)=5,19$ ,  $p<0.001$ )



## **Psykisk hälsa**

Resultaten av samtliga psykometriska mått framgår av tabell 3, sid. 26.

### ***Allmän psykisk hälsa***

På instrumentet *OQ-45.2* (tabell 3) har behandlingsgruppen förbättrats över tid, och här framträder en tendens till interaktionseffekt mellan grupperna över tid. På övriga mått som avses mäta allmän psykisk hälsa ( *Globalt svårighetsindex*, subskalorna *Ångest* och *Interpersonellt*, samt VAS-skalan ”*Inget/allt är som jag vill ha det*”) förbättras behandlingsgruppen något mer än kontrollgruppen, men inga signifikanta skillnader framkommer över tid och mellan grupperna.

### ***Upplevelse av kontroll och hanterbarhet***

Inga signifikanta skillnader framträder på något av de mått som mäter upplevelse av sammanhang och kontroll. På VAS-skalan *Kaos - kontroll* (tabell 3) ser vi en liten ökning av behandlingsgruppens värden från förmätning till eftermätning. I uppföljningen minskar värdet åter något. På VAS-skalan *Hanterbarhet* (tabell 3) förbättras både behandlingsgrupp och kontrollgrupp lite grand, för att sedan åter försämras något.

### ***Nedstämdhet***

Behandlingsgruppen förbättras kontinuerligt på VAS-skalan *Ledsen - glad*. Interaktionen mellan grupperna och över tid är signifikant både i eftermätning och uppföljning. Kontrollgruppens värden minskar, dock ytterst lite (tabell 3). Vad gäller subskalan *Depression* från SCL-90, kan man iaktta en liten minskning av behandlingsgruppens värden från för- till eftermätning respektive uppföljning, medan kontrollgruppens värden ökar något till eftermätning för att sedan minska något till uppföljningen (tabell 3).

### ***Upplevelse av besvär***

Värdena för skalan *Besvärsupplevelse* (tabell 3) ligger för kontrollgruppen konsekvent lite lägre än för behandlingsgruppen. Båda gruppernas värden följer dock samma mönster. Det sker en liten förbättring till eftermätningen, och därpå en liten försämring till follow-up. På subskalan *Somatisering* (tabell 3) ser vi hur båda grupperna förbättras något till eftermätningen, och sedan

ytterligare lite grand till follow-up. Vad gäller VAS-skalan *Mina besvär...* (tabell 3) iakttas en försiktig ökning för båda grupperna, en ökning som ej är signifikant.

**Tabell 3 Resultat för mätinstrumenten; Outcome Questionnaire 45, Besvärsupplevelse, VAS-skalar, och SCL-90; Globalt svårighetsindex samt 4 subskalor. Tabellen redovisar medelvärde, standardavvikelse inom parentes, F-värde för interaktionen, samt signifikansnivå för eventuell interaktionseffekt vid eftermätning respektive uppföljning.**

	Grupp	Förmätning	Eftermätning	Uppföljning	F <sub>int</sub> (2, 38)	E	U
<b>OQ-45<sup>a</sup></b>	B	76.6 (10.46)	64.32 (20.33)	63.8 (22.98)	4.43	B≈K	B>K <sup>†</sup>
	K	67.73 (23.96)	69.41 (24.83)	67.45 (29.56)			
<b>Besvärsupplevelse<sup>a</sup></b>	B	20.2 (4.32)	17.9 (5.57)	18.1 (5.02)	0.14	B≈K	B≈K
	K	24.13 (4.48)	22.68 (4.93)	23.36 (6.4)			
<b>VAS-skalar:</b>							
<i>Allt är kaos- under kontroll</i>	B	4.62 (1.77)	6.56 (1.75)	5.79(2.10)	1.27	B≈K	B≈K
	K	4.35( 2.87)	4.88 (2.46)	4.46(2.39)			
<i>Känner mig helt ledsen- glad</i>	B	4.25 (1.66)	6.40 (2.02)	6.61 (2.22)	3.51	B>K*	B>K*
	K	4.33 (2.34)	4.20 (2.39)	4.15 (1.67)			
<i>Mina besvär är överväldigande - hanterbara</i>	B	5.61 (2.20)	6.60 (1.89)	6.91 (2.19)	1.16	B≈K	B≈K
	K	4.80 (2.22)	4.94 (2.27)	5.04 (2.05)			
<i>Inget/allt är som jag vill ha det</i>	B	5.00 (1.36)	6.11 (1.34)	5.77 (1.89)	1.60	B≈K	B≈K
	K	4.76 (2.48)	4.48 (2.12)	5.14 (2.03)			
<i>Hanterbarhet</i>	B	4.81 (2.38)	5.29 (2.17)	5.09 (1.71)	0.03	B≈K	B≈K
	K	4.30 (2.68)	4.96 (2.22)	4.55 (2.66)			
<b>SCL-90</b>							
<i>Globalt<sup>a</sup></i>	B	104.08 (55.03)	80.67 (53.68)	76.00 (53.63)	2.01	B≈K	B≈K
	K	103.27 (63.25)	101.92 (59.68)	97.61 (68.14)			
<b>Subskalor:</b>							
<i>Somatisering<sup>a</sup></i>	B	14.70 (11.73)	13.00 (10.51)	12.50 (10.69)	0.06	B≈K	B≈K
	K	17.64 (11.38)	16.91 (8.26)	15.45 (9.61)			
<i>Ångest<sup>a</sup></i>	B	11.07 (6.97)	8.90 (7.55)	9.10 (6.87)	0.50	B≈K	B≈K
	K	11.91 (11.55)	11.19 (9.67)	12.14 (12.16)			
<i>Depression<sup>a</sup></i>	B	21.00 (9.93)	16.27 (10.49)	16.10 (12.38)	2.07	B≈K	B≈K
	K	19.63 (13.29)	20.09 (12.68)	19.09 (14.28)			
<i>Interpersonellt<sup>a</sup></i>	B	11.40 (7.01)	8.18 (6.72)	8.00 (7.01)	2.91	B≈K	B≈K
	K	7.82 (6.26)	9.18 (5.58)	9.06 (7.29)			

<sup>a</sup> - Skalor markerade med a skall läsas så att ett minskat värde innebär förbättring

<sup>†</sup> = p<0,1 , \* = p<0,05

## Effektstorlek

Effektstorlek är ett mått på behandlingens effekt som är oberoende av sampelstorlek. Detta mått kan därför användas för att jämföra resultat mellan olika studier. Effektstorlekar för de psykologiska mätinstrumenten gjordes med hjälp av Cohens *d*. Ett *d* på 0,2 definieras som en liten effektstorlek, 0,5 innebär en medelstor effektstorlek, och 0,8 räknas som en hög effektstorlek. (Clark - Carter 1998) I tabell 4 redovisas effektstorlekar för samtliga psykologiska mätinstrumenten som ingick i denna studie.

**Tabell 4** Effektstorlek Cohens *d*. Inomgrupp mellan förmätning och eftermätning. Mätinstrument; OQ45. Williams besvärssupplevelse, VAS-skalar, SCL90 Globalt svårighetsindex och subskalor. Totalt medelvärde för varje kolumn.

	Inomgrupp Behandling	Inomgrupp Kontroll
<b>OQ45</b>	0.80	-0.07
<b>Besvärsskala</b>	0.46	0.31
<b>VAS-skalar:</b>		
<i>Allt är kaos - under kontroll</i>	1.10	0.20
<i>Känner mig helt ledsen/glad</i>	1.17	-0.05
<i>Mina besvär är överväldigande/hanterbara</i>	0.49	0.06
<i>Inget/allt är som jag vill ha det</i>	0.82	-0.06
<i>Hanterbarhet</i>	0.21	0.27
<b>SCL90:</b>		
<i>Globalt svårighetsindex</i>	0.43	0.02
<b>Subskalor:</b>		
<i>Somatisering</i>	0.15	-0.07
<i>Ångest</i>	0.30	0.03
<i>Depression</i>	0.46	-0.08
<i>Interpersonellt</i>	0.47	-0.11
<b>Totalt medelvärde</b>	0.57	0.04

\*Negativa tal indikerar försämring.

Effektstorlekarna som redovisas i tabell 4 beskriver skillnaderna för behandlingsgrupp respektive kontrollgrupp mellan förmätningen och eftermätning (inomgruppseffekt).

Här återfinns fyra höga effektstorlekar som samtliga beskriver behandlingsgruppens förbättring från förmätning till eftermätning på måttet OQ45, samt på tre av VAS-skalorna (*Kaos - kontroll*, *Ledsen - glad*, *Inget/allt är som jag vill ha det*). På sju av måtten återfinns dessutom små effektstorlekar som indikerar behandlingsgruppens förbättring (Besvärsskala, VAS-skalorna *Mina besvär* och *Hanterbarhet*, och *SCL; Globalt svårighetsindex* samt subskalorna *Ångest*, *Depression* och *Interpersonellt.*), och på två av måtten finns ingen effekt (tabell 4).

För kontrollgruppen framträder tre små effektstorlekar som beskriver förbättring (*Besvärsskala* och VAS-skalorna *Kaos - kontroll* och *Mina besvär*). När samtliga värden räknats samman ger behandlingsgruppens förbättring över tid en medelstor effektstorlek, medan kontrollgruppens värde inte ger någon effektstorlek.

### **Teckentest**

På elva av de tolv psykometriska utfallsmåtten hade behandlingsgruppen i större utsträckning än kontrollgruppen förbättrats, alternativt i mindre utsträckning försämrats. På VAS-skalan *Hanterbarhet* hade kontrollgruppen försämrats i mindre utsträckning än behandlingsgruppen. Sannolikheten för att slumpen skall ge detta utfall har beräknats med teckentest till mindre än 0.003. ( $p < 0.003$ ).

## Diskussion

### Sammanfattning av resultaten

Huvudsyftet med föreliggande studie var att undersöka effekten av lösningsfokuserad gruppmetodik som ett inslag i rehabilitering tillbaka till arbete. Resultaten visar att behandlingen har haft en positiv effekt på *återgång i arbete*. Behandlingsgruppen återgick i arbete i signifikant högre utsträckning än kontrollgruppen, som ligger kvar på samma nivå som vid förmätningen. Dessutom fortsatte behandlingsgruppens frekvens av arbete att kontinuerligt öka över tid.

Vad gäller resultaten på de psykometriska måtten kan behandlingsgruppen sägas ha förbättrat sin psykiska hälsa i större utsträckning än kontrollgruppen. Denna slutsats understöds av genomfört teckentest och en medelstor effektstorlek för behandlingsgruppens sammanlagda förändring, jämfört med ingen effektstorlek för kontrollgruppens sammanlagda förändring.

Den effekt av behandlingen som framträder tydligast i föreliggande studie är sålunda att behandlingsgruppen i signifikant större utsträckning återgår i arbete. Detta känns igen från studien av ortopediska patienter (Cockburn, Thomas & Cockburn 1997). I den senare studien var dock skillnaderna på psykometriska instrument högst signifikanta. Detta kan bero på att populationerna skiljer sig åt, och att man därför valde att mäta andra faktorer än i föreliggande studier. Deltagarna i nämnda studie hade samtliga ortopediska besvär, och de psykometriska måtten användes för att mäta psykosocial anpassning till dessa besvär, istället för som i denna studie allmän psykisk hälsa och besvärsupplevelse.

Även i Klingensteiernas (2000) studie var effekten tydligast vad gällde aktivitet, dock inte i huvudsak arbete utan arbetslivsinriktad aktivitet. Föreliggande studie antyder minskad nedstämdhet, och förbättrad psykisk hälsa, i likhet med Klingensteiernas. En styrka med båda dessa studier är att behandlingen inte utförs av forskaren utan av terapeuter som inte är involverade i forskningsprocessen.

I samtliga tre studier jämförs lösningsfokuserad metod med en obehandlad kontrollgrupp. Det gör att det svårt att avgöra om det är metoden i sig som ger resultat, eller om det är det

faktum att en insats utöver det vanliga görs. Detta är en svaghet även hos de flesta studier på lösningsfokuserad terapi som gjorts internationellt. Det ultimata hade därför varit att ge kontrollgruppen en annan terapeutisk behandling, och jämföra de två.

I inledningens översikt över internationell forskning på lösningsfokuserad metod bedöms studierna utifrån ett antal kriterier för kontrollerade studier. Föreliggande studier kan sägas uppfylla fem av dessa kriterier då den har en randomiserad design, fokus på en väl definierad åkomma (sjukskrivning är visserligen inte en kategori i DSM IV, men är ändå en problematik i sig, och kan i sig vara skadligt (Englund), samt utgör en högst mätbar beteendevariabel) jämför den experimentella behandlingen med en standard behandling och inbegriper procedurer för att säkerställa att dessa följs, begagnar utfallsmått med demonstrerad reliabilitet och validitet, samt till viss del kan sägas uppfylla det sjätte kriteriet som handlar om att använda ett sampel som är tillräckligt stort för att man skall kunna urskilja skillnader mellan grupperna. Detta är sant vad gäller utfallsmåttet *återgång i arbete*, men vad gäller de psykometriska måtten hade ett större sampel varit önskvärt för att ge en tydligare bild. Studien kan således sägas vara väl kontrollerad.

## **Metoddiskussion**

### ***Intern validitet***

Intern validitet rör frågor om de slutsatser man kan dra utifrån studiens upplägg och förutsättningar. Clark-Carter tar upp ett antal hot mot den interna validiteten. (Clark-Carter, 1998) Det första hotet som tas upp handlar om selektionen av deltagarna. För att minska risken för *selektion* kontrollerades innan randomisering för variablerna ålder och kön. Eftersom deltagarna inte fördelades till de olika betingelserna på grundval av resultaten i förmätningarna är risken för *regression mot medelvärdet* inte en trolig förklaring till att behandlingsgruppen förbättrades mer än kontrollgruppen.

Ett annat hot mot intern validitet som Clark-Carter (1998) tar upp är en *mognadseffekt*. Den innebär att man vill kunna skilja ut spontanläkning mot effekter av psykoterapin. I denna studie kontrolleras mot detta fenomen med hjälp av en kontrollgrupp som står på väntelista för samma behandling. Detta skiljer dock inte ut faktorer som har med placeboeffekter att göra. (Miller, Duncan, & Hubble, 1997) Deltagaren kan inges hopp och förväntan, och må

bättre av det, oavsett specifika behandlingstekniker. Detta problem skulle kunna avhjälpas med en placebobehandling för kontrollgruppen. *Historia* är en annan faktor som kan påverka den interna validiteten. Exempelvis skulle en politisk satsning på just denna grupp sjukskrivna kunna påverka behandlingsgruppen och därmed utgöra den variabel som påverkade utfallet. Denna faktor kontrolleras dock för med kontrollgrupp. Risken för *imitationseffekt* får anses vara liten då samtliga deltagare bor utspridda över ett stort område med många människor och inte hade kontakt med varandra genom studien, med undantag för det initiala informationsmötet. *Testeffekten*, att deltagaren svarar annorlunda vid upprepade mätningar kontrolleras för genom design med kontrollgrupp. *Demoralisering* innebär att deltagarna i kontrollgruppen upplever att de missar en behandling som de skulle önskat få. Detta kontrolleras för i viss utsträckning genom att deltagarna i kontrollgruppen står på väntelista för samma behandling, men faktum kvarstår att de tvingas vänta. Samtliga deltagare har tackat ja till behandling, och kanske har det faktum att deltagarna i kontrollgruppen kanske hellre hade deltagit i behandlingen tidigt snarare än sent en demoraliserande effekt.

*Kompensationseffekt* avser fenomenet att personer, tex gruppledaren eller handläggaren på försäkringskassan, behandlar kontrollgruppen på ett annat sätt än de normalt skulle göra pga att denna grupp inte får behandling. Denna effekt kan här inte uteslutas eftersom deltagarnas respektive handläggare på försäkringskassan kan ha varit medvetna om vilka ärenden som inkluderats i studien.

### **Extern validitet**

Extern eller yttre validitet handlar om resultatens generaliserbarhet till en större population, Med det menas huruvida resultaten kan förväntas upprepas i en annan situation, under andra betingelser och med andra människor än de som ingick i studien.

Hoten *uppgift* och *omgivning* kan ha haft en stor påverkan i denna studie - det kan vara så att det är grupplederspecifika egenskaper som givit utslag och inte terapimetoden i sig. Det är två gruppledare som hållit i behandlingen och kanske är det deras långa erfarenhet av arbete med arbetslösa med arbetshandikapp, eller deras personliga utstrålning som ger effekt. Att gruppledarna själva i samtal med författaren hävdar att metoden markant förändrat deras arbetssätt, och att de nu jämfört med tidigare arbete utifrån andra metoder får bättre resultat,

är inte tillräckligt för att utesluta denna effekt. Enda sättet att komma ifrån detta problem är att utföra fler studier med samma population, men med andra gruppleddare.

*Tid* är en annan faktor som Clark-Carter tar upp som ett möjligt hot mot extern validitet. Om mätinstrumenten delas ut vid en viss speciell tid på dagen så kan tiden på dagen påverka resultatet. I denna studie skickas frågeformulären ut per post fränsett de formulär i förmätningen som vid informationsmötet delades ut till de närvarande. I båda fallen gäller dock att deltagarna fyllde i formulären hemma och kunde välja att svara när de ville under en tiodagarsperiod. Detta gör att inga betydande hot med avseende på tid förekommer. Variationerna i grupperna vad gäller att skicka in formulär (tidigt/sent) är likartade för båda grupperna. Ett annat hot mot extern validitet enligt Clark-Carter är *deltagaraspekter*. Urvalet till en studie skall dras slumpmässigt ur den population som man vill kunna generalisera resultaten till. I detta fall fanns dock inte oändlig tillgång på deltagare. Samtliga personer som både matchade inklusionskriterier och undgick exklusionskriterie erbjöds att delta i studien. Urvalet är alltså inte slumpmässigt draget ur en population. I Värmland finns färre invandrare än i övriga landet. Detta har haft till följd att en oproportionerligt stor andel av populationen är individer födda i Sverige.

En svaghet med denna studie är att ”intention to treat” gällde ett betydligt större sampel, men att hela 58 procent föll bort i inledningsskedet. Det är omöjligt att veta hur dessa personer skiljer sig från dem som valde att delta. Säkert är endast att denna grupp inte signifikant skilde sig åt på variablerna diagnos, ålder, kön och sjukskrivningslängd. Men det är möjligt att de personer som utgör bortfallet skiljer sig från deltagarna med avseende på andra faktorer som skulle ha påverkat utfallet. Vidare innebär detta att behandlingen inte kommer att fånga upp alla personer som inte har en planerad rehabilitering. Det bör dock ses som positivt att så många som 42 procent valde att delta, eftersom det är vanligt med ett stort initialt bortfall när man utför studier som denna.



## **Framtida forskning**

Författaren ser fram emot framtida studier på samma population men med andra terapeuter. Detta är nödvändigt för att öka extern validitet. Vidare vore det intressant att se resultat av studier med fler deltagare, dels för att undanröja de problem som ett litet sampel innebär, men även för att det ger större möjligheter att tex. korrelera sambandet mellan diagnos och framgång i behandlingen. En styrka med behandlingen är visserligen att en noggrann kartläggning och diagnos av varje enskild deltagare inte är nödvändig, då den tycks fungera även med heterogena grupper, och det är av intresse att fortsätta forska på gruppbehandling med heterogena grupper, eftersom denna faktor kan bidra till att underlätta faktisk tillgänglighet, exempelvis på mindre orter. Vidare kanske den traditionella uppdelningen av sjukskrivna utifrån ”mest fysiskt” och ”mest psykiskt” inte är nödvändig. Men detta hindrar inte att man i efterhand undersöker behandlingens effekt kopplat till olika diagnosgrupper. Exempelvis var flertalet deltagare i föreliggande studie av försäkringskassan inordnade i kategorin ”D4”, och med ett större sampel hade man kunnat analysera resultaten för dessa deltagare för sig.

## **Avslutning**

Detta är den andra studien av lösningsfokuserad gruppmetodik i rehabiliteringssammanhang i Sverige. Resultaten är tydligare än i den föregående (Klingenstierna, 2001), och ger stöd för optimism inför en framtida utveckling av metodiken. Ytterligare forskning med andra gruppleddare är dock nödvändig.

## Referenser:

- Administration and Scoring Manual for the OQ -45.2 (Outcome Questionnaire)*. (1996). American Professional Credentialing Services LLC.
- Andersen Malling, S., Johansson, M. (1997) *En svensk normering av SCL-90 (Symtom Checklist -90)*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Lunds Universitet, Lund.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium* (M. Elfstadius, Övers.). Köping: Natur och Kultur.
- Clark-Carter, D. (1998). *Doing quantitative psychological research: From Design to Report*. East Sussex: Psychology Press Ltd, Publishers.
- Cockburn, J.T., Thomas, F.N., & Cockburn, O. J. (1997). Solution-Focused Therapy and Social Adjustment to Orthopedic Rehabilitation in a Work Hardening Program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 7(2), 97 - 106.
- de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: W.W Norton.
- de Shazer, S. (1994). *Words Were Originally Magic*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York: W.W.
- de Shazer, S. & Kim Berg, I. (1993) Making numbers talk: Language in therapy. In S. Friedman (Edr.), *The new language of change* (pp. 5-24). New York, NY: The Guilford Press.
- Englund, L. (1997). *Är sjukdom ett bra skäl för att bli sjukskriven?* Stockholm: Försäkringskassaförbundet. FKF:s förlag.
- Elfstrand, T., & Lundberg, T. (1999). Den ökande ohälsan: En studie i oktober 1998 av sjukskrivningsmönster och sjukfallsflöde i Värmlands län. (16). Karlstad: Värmlands läns allmänna försäkringskassa.
- Gingerich, W. J., Eisengart, S. (2000). Solution-Focused Brief Therapy: A Review of the Outcome Research. *Family Process*, 39, 477-498. Norton & Company, Inc.
- Johansson, B., Persson, E. (2000) *Jobbverkstad - En korttidsinsats med långtidseffekter - Ett projekt för personer med arbetshinder*. Opublicerad rapport, AF Skoghall.

- Klingenstierna, C. (2001). Lösningfokuserad gruppterapi vid långtidssjukskrivning - en jämförande studie med deltagare sjukskrivna mer än sex månader. Opublicerad psykologexamensuppsats, Uppsala universitet, Uppsala.
- Miller, S. D., Duncan, B. L. Hubble, M. A. (1997). *Escape from Babel: toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Marhold, C., Linton, S. J., Melin, L. (2001) A cognitive-behavioral return-to-work program: effects on pain patients with a history of long-term versus short-term sick leave. *PAIN*, 91, 155-163.
- SOU. (2000:78). *Rehabilitering till arbete - en reform med individen i centrum*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU. (2000:121). *Sjukvårdsutredningen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- StatSoft, Inc. (1991-1996). *STATISTICA for Windows*. (5.1)
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychologist* 48: 3-23. I Gingerich, W. J., Eisengart, S. (2000). Solution-Focused Brief Therapy: A Review of the Outcome Research. *Family Process*, 39, 477-498. Norton & Company, Inc.
- Wewers, M. E., & Lowe, N. K. (1990). A Critical Review of Visual Analogue Scales in the Measurement of Clinical Phenomena. *Research in Nursing & Health*, 227-236.
- Williams, D. A., & Thorn, B. E. (1989). An empirical assessment of pain beliefs. *PAIN*, Mar;36(3), 351-358.

## **Bilagor:**

- 1. VAS-skalar**
- 2. Forskningsdefinition av lösningsfokuserad terapi**
- 3. Beskrivning av lösningsfokuserad gruppmetodik**
- 4. Information till deltagarna**

Sätt ett kryss på den punkt som beskriver hur du upplever din situation just nu:

Ex: Jag tycker spaghetti är:

Äckligt \_\_\_\_\_ Mums

Det känns som allt är:

Helt \_\_\_\_\_ Helt under  
kaos \_\_\_\_\_ kontroll

Jag känner mig:

Alldeles \_\_\_\_\_ Alldeles  
ledsen \_\_\_\_\_ glad

Även en människa med stark självkänsla kan ibland känna sig som en ”olycksfågel”. Hur ofta har du känt det så?

Aldrig \_\_\_\_\_ Mycket ofta

Mina besvär är:

överväldigande \_\_\_\_\_ Hanterbara

Ingenting i mitt \_\_\_\_\_ Saker och ting  
liv är som jag i mitt liv är precis  
vill ha det \_\_\_\_\_ som jag vill ha det

Bilaga 2    sida 1 av 5

**EUROPEAN BRIEF THERAPY ASSOCIATION OUTCOME  
STUDY: RESEARCH DEFINITION**

**DESCRIPTION OF THE TREATMENT**

Therapies included in the EBTA Outcome Study should be conducted following the solution-therapy model as developed by Steve de Shazer and Insoo Kim Berg (De Shazer, 1988, 1991, 1994; de Shazer and Berg, 1992).

During the sessions, therapists should focus on clients' goals, exceptions, pretreatment changes and, in general, clients' resources. They should do that by asking the Miracle Question, discussing exceptions and pretreatment changes, by using coping questions and scales. Therapists should do this using their clients' language, and at the same time promote descriptions in specific, small, positive (presence of solutions rather than absence of problems; start of something new rather than stopping something) and interactional terms. Therapists should adopt a respectful, non-blaming and cooperative stance, working towards their clients' goals from within their clients' frame of reference.

After some 45 minutes of conversation with their clients, the therapist *may* take a break. After this break (or, if no break was taken, simply at the end of the sessions) the therapist should compliment the client(s) and is likely to give some suggestions, following the rules described in de Shazer, 1988. Closing the session, the therapist will consult with the client(s) on whether and when to schedule another session.

Therapies to be included in the sample of the EBTA Outcome Study should include all of or most of the features described above, but *have to* meet at least *all* of the following **minimal requirements**:

First session:

The therapist...

1. ...asks and follows up on the Miracle Question
2. ...asks and follows up on the Progress Scale Question
3. ...compliments the client(s) at the end of the session.

Second and following sessions:

The therapist...

4. ...asks "What is better?" at the beginning of the session and follows up on it.
5. ...asks and follows up on the Progress Scale Question.
6. ...compliments the client(s) at the end of the session.

Therapists will have to adjust to the exact wording and (where applicable) timing of these elements, as described in the following sections of this treatment protocol. Therapies where one or more of these elements are missing in one or more of the session can not be included in the sample.

## MINIMAL REQUIREMENTS

### 1. "The therapists asks and follows-up on the Miracle Question"

1.1. The Miracle Question has to be asked in the following way:

"I'd like to ask you a strange question... Suppose... that you go home tonight... and go to bed... and fall asleep as usual... and while you are sleeping, a miracle happens... and the miracle is that the problems that brought you in here are gone... and you don't know because you are sleeping... What will you notice different tomorrow... that will tell you that there has been a miracle?"

1.2. Follow up questions serve the purpose of getting a description in specific, small, positive and interactional terms. They should focus on *who* will be doing *what*, *where*, *when* and *with whom*, and may be asked both from the clients' or from somebody else's perspective, for instance:

- How will that be different?
- What will you be doing instead when you are not...?
- When you stop..... what will you do then?
- When you are feeling..... what will you be doing?
- How will she notice that you are feeling ...?
- Who else will notice your being more...?
- What will they do when you.....?
- What will you do when she...?
- What would be the first sign that he...?

The therapist may also ask "what else...?" (will the client notice, will the father be doing, etc.), how the client (or his wife, her friends...) will do that, or what needs to happen so that the client (his wife, her friends...) can see that happening. For instance:

- How will you do that?
- In what way will that be helpful?
- What needs to happen so that she...?

## 2. "The therapist asks and follows up on the Progress Scale"

2.1. The Progress Scale has to be asked in the following way:

"On a scale, where 10 stands for the day after the miracle and 0 stands for when the problems that brought you in were at their worst, where would you put yourself right now?"

2.2. Follow up questions serve the purpose of getting a description in specific, small, positive and interactional terms. They should focus on *who* is or will be doing *what*, *where*, *when* and *with whom*, and may be asked both from the clients' or from somebody else's perspective.

Follow up questions of the Progress Scales *may* be used to:

2.2.1. Amplify exceptions and/or improvements. For instance, the therapist may ask:

- Now that you are at a..., how have things changed?
- What are you doing different now than you are at a...?
- How did she notice that you were at a...?
- Who else may have noticed your being at a...?
- What do they do when you....?
- What do you do when she...?
- What was the first sign for them that you got up to a...?

The therapist may also ask "what else...?" (comes into that....., is different now than you are at a...), how the client (or his wife, her friend s...) did go up to that point in the scale, or what happened so that the client (his wife, her friends...) could go up to that point in the scale. For instance

- How did it happen that you went from ... to ....?
- How did you go from ... to....?
- How did you know that was the right thing to do in order to go up to a ....?
- How did he decide to do that?
- How did that help?
- In what way was that helpful to you?
- How do you know you can do more of it?
- What needs to happen so that you can do more of it?

The therapist may also ask how come things are not further down on the scale, how the client has been able to keep at that point, what is the highest he has ever been on the scale, etc.

2.2.2. Discuss next steps towards goals, for instance:

How will you notice that you are at a... (one point more on the scale)?

- What will she be doing different when you are at a...?
- What will be going on between her and you once you are at a...?
- At a ... how often will you be doing....?
- What needs to happen so that you can go up to a...?

2.2.3. Negotiate intermediate goals, for instance:

- How much on the scale would be "good enough" for you?
- At what point on the scale do you think you could stop coming in here?
- If that happened, how much higher on the scale would you be?



2.2.3. Other questions

**3. "The therapist compliments the client(s) at the end of the session"**

3.1. During the session the therapist may compliment the client(s) by making remarks using the client's language and quoting their statements (eg goals, exceptions, resources) on what they have done, are doing, or plan to do that is helpful, positive or valuable.

3.2. Compliments should be given at the end of the session, *within the last five minutes of the session*.

They *may* be followed by homework assignments or suggestions.

Examples of compliments:

- The team and I are impressed with how well you described your picture of this day after the miracle and...
- We think that it takes a lot of courage to come here and ...
- We are struck by how committed you are about your daughter.
- I am impressed with how many things you are doing now that seem to work for you.
- The team and I are impressed with how far you have come in ...

**4. "Return visits. The therapist asks 'what is better?' at the beginning of the session and follows up on it"**

4.1. The therapist asks "what is better (since the last time you were here)?"

4.2. This question should be the opening of the session, and therefore should be asked *within the first two minutes of the session*.

4.3. Follow up questions serve the purpose of getting a description in specific, small, positive and interactional terms. They should focus on *who* has been doing *what*, *where*, *when* and *with whom*, and might be asked both from the clients' or from somebody else's perspective, for instance:

- How has that changed?
- What have you been doing instead, when you've not...?
- When you stopped..... what did you do then?
- When you are feeling..... what do you do?
- How did she notice that you were feeling ...?
- Who else noticed you being more...?
- What did they do when you.....?
- What did you do when she...?
- What was the first sign that he...?

The therapist may also ask "what else...?" (is better, did the client notice, was the father doing, etc.), how the client (or his wife, her friends...) did that, or what happened so that the client (his wife, her friends...) could see that happening:

- How did you do that?
- How did you know that was the right thing to do?
- How did he decide to do that?
- How did that help?
- In what way was that helpful to you?
- How do you know you can do more of it?
- What needs to happen so that you can do more of it?

3.4. Ask and follow up on Progress Scale questions (as paragraph 2).

3.5 The therapist compliments the client(s) in relation to this session (as paragraph 3).

Mark Beyebach – Salamanca – for Bruges Research Group. 26 May 2000

# *Lösningsfokuserad Gruppmetodik vid Rehabilitering av Sjukskrivna*

## *En minimerad arbetsmodell med framtidsperspektiv*

*Av: Björn Johansson  
Eva Persson*

*Lösningsfokuserad Utveckling*

---

© 2001 Björn Johansson och Eva Persson. Detta material får inte publiceras eller kopieras i något sammanhang utan tillstånd. Vid citat skall källan uppges.

## ***Förord***

Det har för oss varit en förmån att få möjligheten att genomföra dessa två utvecklingsprojekt med personer som är sjukskrivna inom Värmlands län. Ett arbete som hela tiden varit oerhört stimulerande och hoppningivande i mötet med deltagarna i grupperna. Vad gäller samarbetet med Kranskommunkontoret, Försäkringskassan Värmland, så har det funnits en till synes, alldeles förträfflig organisation som med bistånd av Karlstadskontoret, möjliggjort genomförandet av dessa projekt.

Vi vill särskilt tacka följande personer för deras stöd och medverkan i projekten;

Michael Hjerth, projekthandledare  
Bengt Holmgren, enhetschef vid Kranskommunkontoret, Försäkringskassan Värmland  
Doris Sundberg, Monica Klaar och Pia Bergström, handläggare, Försäkringskassan Värmland  
Tommy Elfstrand, förtroendeläkare, Försäkringskassan  
Lillemor Sinter, arbetsförmedlingschef Skoghall  
och slutligen Caroline Klingenstierna och Karin Wallgren för deras outtröttliga engagemang i arbetet med att studera effekterna av vår lösningsfokuserade gruppmetodik för personer som är sjukskrivna\*

Karlstad 2001-08-30

Björn Johansson  
[bjorn@solutionwork.com](mailto:bjorn@solutionwork.com)

Eva Persson  
[eva@solutionwork.com](mailto:eva@solutionwork.com)

\* Caroline Klingenstierna har under handledning av professor Lennart Melin, Uppsala universitet, författat ”Lösningsfokuserad gruppterapi vid långtidssjukskrivning” som är en kontrollerad och randomiserad studie beskrivande vårt arbete med långtidssjukskrivna. Rapporten finns tillgänglig genom [www.solutionwork.com](http://www.solutionwork.com)

Karin Wallgrens kontrollerade och randomiserade studie av vårt följande projekt, beskrivande vårt arbete med sjukskrivna personer som kan förväntas bli långvarigt sjukskrivna, beräknas vara klar senhösten 2001. Även denna rapport är handledd av professor Lennart Melin och kommer att kunna rekvireras på svenska från [wallgren.karin@telia.com](mailto:wallgren.karin@telia.com)

## ***Inledning***

Bakgrunden till projektet var vår ambition att fortsätta utvecklingsarbetet med de lösningsfokuserade gruppmetoder vi lagt grunden till i ett tidigare projekt, kallat Jobbverkstad. Detta projekt har riktat sig till långtidsinskrivna personer med arbetshandikapp inom arbetsförmedlingen. Våra erfarenheter härifrån bekräftade att deltagarna ofta upplevde sig både friskare och mer välmående varvid det föll sig naturligt att ytterligare inrikta arbetet mot personer med sjukdomsbesvär. Således påbörjades vårt samarbete med Kranskommunkontoret, Försäkringskassan Värmland som medfört att vi under 2000-2001 genomfört två olika projekt med lösningsfokuserad gruppmetodik för sjukskrivna. Projektet har legat till grund för de kontrollerade och randomiserade studier som genomförts av Caroline Klingenstierna och Karin Wallgren. (se sida 2).

Syftet med bägge projekten har varit att skapa förutsättningar för förändringsprocesser och öka individens tillfrisknande.

Vårt första projekt har haft sin grund i den mycket stora ökning av antalet långtidssjukskrivna som förevarit de senaste åren. Målgruppen för detta projekt var personer som varit sjukskrivna mellan 6 månader och tre år.

Utifrån erfarenheterna från detta beslöt vi att försöka tillämpa liknande metoder i ett betydligt tidigare skede av sjukskrivningen. Målgruppen för detta nya projekt kom således att utgöras av personer som varit sjukskrivna ca 1-3 månader men som bedömdes vara i riskzonen för långvarig sjukskrivning.

Deltagarnas sjukskrivningsorsaker kännetecknas av stressrelaterade besvär, värkproblematik i axlar-nacke-rygg) och psykiatriska diagnoser t.ex. social fobi, depression, paniksyndrom.

## ***Metod***

### ***Lösningsfokuserad gruppmetodik***

Den gruppmetodik vi utvecklat har sin grund i de arbetssätt som utvecklats bl.a av Steve de Shazer, Insoo Kim Berg, BFTC, Milwaukee, samt av Michael Hjerth, FKC, Stockholm. Resultatet av detta är en minimerad modell som främst tar sikte på att arbeta med de individuella förändringsprocesserna. Detta innebär att aktiviteten syftar till att få deltagarna att aktivera sig själva istället för att skapa aktiviteter för dem. Således innehåller aktiviteten inte några gemensamma inslag t.ex. sjukgymnastik, avslappning, psykologiska tester. Istället präglas aktiviteten av gruppsamtal med inriktning på att locka fram deltagarnas egna resurser och vilja till att förändra sin situation. Fokus har hela tiden varit att konstruera lösningar snarare än att utreda orsaker till problem.

Korttidsperspektivet syftar till att inte enbart uppnå förändring under behandlingsperioden, utan också till att, så långt det är möjligt, klarlägga och säkerställa en varaktighet i uppnådda mål och förändringar.

Vi har i vårt möte med deltagaren utgått från att det är deltagaren som är expert på sin situation samt att förändring sker hela tiden. Vår uppgift har således till största delen handlat om att tydliggöra detta samt att genom lösningsfokuserade intervjuer och samtal handleda deltagaren i att utforska och genomföra de förändringar denne vill åstadkomma.

Eftersom vi återkommande belyst och förklarat de frågetekniker och lösningsfokuserade instrument vi tillämpat, har aktiviteten i viss mening fått karaktären av att vi utbildar ”co-terapeuter” snarare än att vi ”behandlar”. D v s deltagaren har givits möjlighet att förstå och lära sig på vilket sätt frågor mm. kan vara till hjälp.

### **Genomförande**

Målgrupp projekt1            Långtidssjukskrivna (6 mån – 3 år)  
Behandlingstid                10 dagar om 4 timmar fördelade på 8 veckor.

Målgrupp projekt 2            Sjukskrivna som riskerar att bli långtidssjukskrivna  
Behandlingstid                7 dagar om 3 timmar fördelade på ca 5 veckor

Vi har i vårt arbetssätt utgått från den s k PLUS-modellen samt 4 S-modellen av Michael Hjerth. Med utgångspunkt i dessa har upplägget varit följande;  
I båda grupperna har vi haft en introducerade del om 3 dagar som i jämförelse med individuella lösningsfokuserade samtal kan liknas vid ett s k *första-samtal*.

P-Plattform                    Bekräftelse, ”coping”, samarbete, undantag, redan gjorda framsteg, vilket individuellt ”projekt” gäller?

L-Lösningar                    Deltagarens beskrivning av lösningar och sammanhang, Mirakelfrågan, klargörande följdfrågor

U-Undantag                    Vilka resurser och framsteg finns redan?

S-Skala/steg                    Skolor och utformandet av nästa steg, sammanfattning och uppgifter.

I resterande 4-7 träffar har vi tillämpat en uppföljningsmodell som kan liknas vid s k 2:a, 3:e, 4:e- *samtal*.

Spåra upp                        Vad är bättre? Finns positiv, avsiktlig eller slumpmässig förändring?

Stabilisera                        Spinn vidare-konkretisera, klargör, Stärk-visa uppskattning, ge beröm och komplimanger.

Skala	Åskådliggör förändringar, Är det tillräckligt?, Är det säkert och hållbart?
Steg/Stanna kvar	Vad mer behövs (nästa steg)? Eller vad behövs för att det skall fortsätta vara säkert/fungera?

### ***Frivilligt upplägg med individuell anpassning***

Deltagandet i grupperna har varit frivilligt och deltagaren har när som helst kunnat avbryta behandlingen utan någon form av konsekvenser från Försäkringskassans sida. Det har också varit möjligt att delta oavsett hur långt deltagaren kommit i sitt tillfrisknande och oavsett om deltagaren har kunnat formulera några tankar eller idéer om framtiden. Som ett exempel kan nämnas att om någon deltagare haft svårt att orka delta tre timmar har denne kunnat delta utifrån sina förutsättningar, t ex 1-2 timmar per träff.

### ***Vad behöver vi veta?***

I genomförandet har vi lagt särskild vikt vid att koncentrera frågor och samtal runt det som varje deltagare själv valt att berätta. Syftet är att skapa en respekt för individens rätt att bara berätta det som denne anser är angeläget eller själv upplever är viktigt att delge. Vi har vid starten inte kännedom om vare sig diagnos, sjukskrivning, familjförhållande eller yrkesbakgrund. Då vi inte heller gör någon kartläggning i traditionell bemärkelse, är det vår förhoppning att vi på ett bättre sätt kan lyssna och utgå från deltagarens egen uppfattning om vad som är viktigt. Inledningsvis är vi istället angelägna om att få reda på vad deltagaren egentligen vill få ut av att vara med i gruppen.

### ***Skapa en attraktiv bild av framtiden och vägen dit***

Genom att deltagaren ges möjlighet att konkretisera föreställningen om hur dennes situation och sammanhang ser ut när allting löst sig, skapas en beskrivning som kan liknas vid en ”karta” framåt. Referensramarna utgår från deltagarens egna erfarenheter och färdigheter och är oftast på många sätt sammanknuten med den aktuella situationen. Således framträder också deltagarens syn på målens genomförbarhet och attraktivitet, vilket tycks bidra till att deltagaren på bästa sätt kan använda sig av sina egna resurser för att med små steg sträva framåt i sin situation.

### ***Respekten för deltagarens rätt att formulera mål***

Vi har varit angelägna om att så långt det är möjligt undvika att deltagaren vare sig upplever press eller känner sig forcerad att göra förändringar. Istället försöker vi låta deltagaren stå för entusiasmen och har konsekvent respekterat deltagarens rätt att formulera eller låta bli att formulera mål.

### ***Åskådliggöra förändringar***

Vid de uppföljande träffarna undersöks och konkretiseras de positiva förändringar som skett sedan föregående träff. Vi har konsekvent använt oss av frågan – Vad är bättre? Denna syftar bl. a till att belysa framsteg och klargöra hur deltagaren gått tillväga för att hantera sin situation när det fungerat som bäst. Ytterligare tecken och förutsättningar för kommande framsteg identifieras genom s k skalfrågor och nya steg (delmål) klarläggs utifrån dessa. Löpande beaktas hur säker deltagaren är på att kunna hålla fast vid eller fortsätta utveckla sina mål, för att i möjligaste mån undvika uteblivna framgångar eller misslyckanden.

### ***Utvärdering***

Den löpande utvärderingen har bestått av arbetsalliansmått ( Session Rating Scale), skalfrågor, samt muntliga och skriftliga kommentarer från deltagarna. Utöver detta har som tidigare nämnts, projekten utvärderats av Klingensstierna/Wallgren ( se sida 2)

### ***Gruppformatet***

Merparten av träffarna har genomförts i storgrupp, d v s samtliga deltagare upp till 10 stycken. Ur denna har vi ofta brutit ned i mindre grupper för att diskutera frågeställningar om t ex undantag, coping, resurser o s v. När det gäller den s k Mirakelfrågan har vi använt gruppstorlekar på ca tre-fyra personer samtidigt.

## ***Ett lösningsfokuserat arbetssätt verkar hjälpa till***

### ***Frivilligt att delta***

Såväl erbjudandet att vara med i gruppaktiviteten som att avbryta densamma har varit frivilligt. Det har varit möjligt att prova att vara med eller att välja ett färre antal deltagartimmar o s v. Vi har hela tiden eftersträvat att göra deltagandet så frivilligt som möjligt i alla avseende. Då inga krav om deltagande ställs behöver heller ingen argumentera för att inte prova. Flera deltagare har bekräftat att frivilligheten har varit till hjälp

### ***När målet är tydligt framträder vägen***

Det är vår övertygelse att det lösningsfokuserade arbetssättet på många sätt har sitt berättigande inom rehabiliteringsarbetet med sjukskrivna personer. För att belysa något vill vi bl. a nämna framtidsperspektivet. Av de personer vi mött har en stor del, i det närmaste saknat mål och idéer eller planering för framtiden. Istället har uppmärksamheten varit riktad mot det som varit och vilka orsaker som föranlett den uppkomna situationen. Utifrån det lösningsfokuserade samtalet har deltagarna börjat formulera sina tankar om mål för framtiden, utan att de upplevt detta som hotfullt eller pressande. Syftet med samtalen har varit att skapa hopp och lyfta fram hur de kan använda sig av sina egna resurser på bästa sätt. Det har varit av vikt att målen tagit sig uttryck i små steg, inte större än att deltagaren skall känna sig säker på att klara av att ta dem.



***Mirakelfrågan i all ära... men vad i allsin dar är bättre?***

I arbetet med att tydliggöra en bild av framtiden har vi konsekvent använt oss av den s k Mirakelfrågan. Frågan har varit fantastiskt användbar och vi upplever att frågan, vid ett flertal tillfällen haft en förhöjande effekt då den upprepas inför varandra i smågrupp. Ett flertal deltagare har bekräftat att det var till hjälp att höra frågan eller delar av frågan upprepas flera gånger.

Mirakelfrågan har således sin givna plats i att skapa förutsättningar för att förändringsprocessen skall komma igång. Men vad vi också vill framhålla är kraften i att arbeta med frågan; - *Vad är bättre?* Vi upplever att frågan haft en avgörande betydelse för att spåra upp, stabilisera och med hjälp av skalfrågor sammanhangsanpassa positiva förändringar. Detta vare sig dessa har haft sin grund i avsiktliga beslut eller slumpmässiga händelser. Varje uppföljningsträff har inletts med frågeställningen- *Vad är bättre?* och sammankomstens agenda har genererats utifrån de behov och önskemål som kommit fram i arbetet med densamma. Eftersom deltagarna återkommande mött frågan har det varit intressant att notera flera av dem ansträngt sig under veckan genom att bl. a föra ”dagbok” över vad som blivit bättre.

Utifrån våra erfarenheter av arbetet med -*Vad är bättre?*, kan vi verkligen rekommendera att använda denna frågeställning som förefaller att både förstärka och utveckla förändringsprocessen.

***Det måste ta tid....***

...är ett uttryck som förekommer flitigt inom sjukvård, rehabilitering, myndigheter och media. Bland deltagare med stressrelaterade/psykiatriska diagnoser har flera som vi uppfattat det, påtalat detta som en förutsättning för tillfrisknande. Vanligast är nog att uttrycket används i syfte att bekräfta den sjukskrivne i att denne inte skall forcera sig eller uppleva att omgivningen ”kräver” ett snabbt tillfrisknande, vilket givetvis är välment.

*Det måste ta tid* ...är dock oftast inte ett uttryck för att det klart går att förutse vilken tid man talar om eller vilka insatser som behövs. Inte heller ett uttryck för att vissa diagnoser kräver ett bestämt antal månaders sjukskrivning o s v. Nej, snarare ett uttryck för att det *inte* särskilt tydligt går att förutse men att *bli frisk* ligger betydligt längre framåt i tiden. Att tala om att det tar *olika lång tid* för olika personer, ger istället en *möjlighet* eller till och med en *valmöjlighet* för deltagaren, att också kunna tillhöra dem som det tar, relativt sett, kortare tid för.

Det måste ta *tid* ! - Tid till vad? - Tid till att bli *frisk* ! – Vad är det allra *första* tecknet du skulle lägga märke till som säger dig att du börjat friskna till?

Det lösningsfokuserade samtalet tar sikte på att konkretisera olika tecken på framsteg. Således fylls framtiden och vägen dit med innehåll och diskussionen börjar alltmer handla om till *vad* tiden behövs.

Vi har utgått från att aktiviteten kan erbjudas deltagare med olika typer av diagnoser, olika förutsättningar eller som kommit olika långt i sitt tillfrisknande. Flertalet deltagare har i sina utvärderingar givit uttryck för att gruppaktiviteten erbjöds dem i *precis rätt tid*, vilket torde skvallra om att individanpassningen varit god.

### ***Sjuk eller frisk?***

Svart eller vitt? I flera diskussioner ger deltagare uttryck för att man kan, eller inte kan göra något, med hänvisning till att man är frisk eller sjuk. Sjuk i förhållande till vad? eller tillräckligt frisk för vad? Med hjälp av s k skalfrågor\* har deltagarna kunnat beskriva hur förändringar sker i tillfrisknande och på vilket sätt olika ”nivåer” i tillfrisknandet medför olika förutsättningar. Således handlar det inte om att deltagaren är antingen sjuk eller frisk. Istället kan denne ge en beskrivning av tillfrisknandet relaterat till, för vad, denne är tillräckligt frisk, respektive för sjuk för. Skalfrågorna har varit användbara även i flera andra sammanhang under aktiviteten.

(\* Skalintervjun är en skala där 10=helt frisk, 0 = när det varit som värst)

### ***Några idéer om framtiden***

På många sätt upplever vi att projekten förlöpt mycket väl. Vi har dock några idéer om hur vi tror att förutsättningarna för liknande gruppaktiviteter skulle kunna utvecklas och anpassas.

Upplägget med tre inledande dagar och ett maximerat antal följande gruppsammankomster kan kompletteras med upp till några stycken individuella uppföljningssamtal, förutsatt att deltagaren finner ett behov av detta. Detta skulle medföra att behandlingen blir något mer utsträckt i tid men istället kan komma att spänna över en del av de mer aktivitetsinriktade förändringarna. (t.ex. att deltagaren har rehabiliteringssamtal med arbetsgivaren, börjar arbetsträna eller övergår i partiell sjukskrivning). Fördelen är att gruppaktiviteten dels ger utrymme för större individuella skillnader och dels anpassas till den tröghet som råder inom vissa delar av vård- och rehabiliteringssektorn.

Sjukskrivningsperiodernas längd för deltagarna varierar oftast mellan en och några månader. I flera fall förnyas sjukskrivningen med retroaktiv verkan först två till tre veckor efter det att föregående period upphört. Oss veterligen, har i och för sig ingen av deltagarna blivit friskskriven mot sin vilja men oron och pressen över att inte veta har varit stor.

Återkommande nämner också flera deltagare att de i andra sammanhang, inte vågat berätta att de mått bättre av rädsla för att uppfattas som friskare än vad de egentligen upplever sig och därigenom bli friskskrivna innan de kan tänka sig att återgå i arbete.

Sammantaget förefaller det som om oron rörande sjukskrivning eller fördröjda läkarintyg tagit *för* mycket energi i anspråk och möjligen haft en hämmande inverkan på tillfrisknandet. I ett nytt projekt vore det intressant om det finns möjligheter att skapa en större trygghet för deltagarna i frågor rörande deras sjukskrivningsperioder etc.

Slutligen vill vi berätta att det varit både intressant och stimulerande men framförallt roligt att kunna utveckla en behandlingsmodell, där vi renodlat inriktar oss på förändringsprocessen snarare än att vi tillför aktiviteter. Vi hoppas att Du som läsare kan komma att ha någon nytta av våra erfarenheter och vi välkomnar en fortsatt utveckling av vår modell.

Björn Johansson

[bjorn@solutionwork.com](mailto:bjorn@solutionwork.com)

Eva Persson

[eva@solutionwork.com](mailto:eva@solutionwork.com)

Lösningfokuserad Utveckling

Box 4

660 60 Molkom

0553-10904

073-6872710

Hej!

Det här brevet skickar jag till dig för att jag fått i uppgift av Eva Persson och Björn Johansson att du anmält intresse för att delta i deras projekt. Jag heter Karin Wallgren och jag går på Psykologprogrammet. Jag har fått i uppdrag av Björn och Eva, och av Försäkringskassan, att utvärdera deras projekt, och det gör jag i form av en uppsats. Min handledare heter Lennart Melin, han är professor i klinisk psykologi vid Uppsala Universitet.

Jag kommer att skicka ut enkäter till alla deltagare under projektets gång. Frågorna handlar om hur man har det och hur man mår. När jag sedan sammanställer alla enkäterna så kommer det att ge oss en ledtråd till om det här är en bra kurs, om den är till hjälp för folk, och hur den kan förbättras.

Ditt deltagande är lika viktigt oavsett när du går kursen. Det gäller även om du börjar jobba, och faktiskt även om du av någon anledning bestämmer dig för att inte gå/avbryta kursen. Varje deltagare är givetvis anonym. Jag har skrivit en liten kod på enkäten, så du behöver inte skriva ditt namn någonstans när du postar brevet. Alla uppgifter är konfidentiella, och varken Försäkringskassan eller Björn och Eva kommer att ta del av personliga uppgifter.

Jag vill på förhand be om ursäkt för att enkäten innehåller så många och till viss del konstiga frågor. Det beror på att jag tagit frågeformulär som redan finns, det är också därför en fråga kan komma två gånger.

Det är till stor hjälp för mig om du vill fylla i enkäten, eftersom detta är min uppsats. Som tack för hjälpen kommer en trisslott på posten ca en vecka efter att jag fått ditt brev.

Jag hoppas att du kan tänka dig att fylla i enkäterna! Om det är något du undrar över, kontakta mig gärna.

Vänliga hälsningar, Karin

Tfn.nr: 0708-223511

E-post: wallgren.karin@telia.com