

Lösningsfokuserad Gruppmetodik vid Rehabilitering av Sjukskrivna

*En minimerad arbetsmodell
med framtidsperspektiv*

Av: Björn Johansson

Eva Persson

Lösningsfokuserad Utveckling

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 outröttliga engagemang i arbetet med att studera effekterna av vår lösningsfokuserade gruppmetodik för personer som är sjukskrivna*

Karlstad 2001-08-30

Björn Johansson

Eva Persson

bjorn@solutionwork.com

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**

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**

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 (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 Skalor 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 sk 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

Eva Persson

eva@solutionwork.com

Lösningfokuserad Utveckling

Box 4

660 60 Molkom

0553-10904

073-6872710