



UPPSALA UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykologexamensuppsats 20 poäng

Vårterminen 2001

**LÖSNINGSFOKUSERAD GRUPPTERAPI VID
LÅNGTIDSSJUKSKRIVNING**

*- en jämförande studie med deltagare sjukskrivna mer än
sex månader*

Författare: Caroline Klingenstierna

Handledare: Lennart Melin

Examinator: Staffan Sohlberg

FÖRORD	3
SAMMANFATTNING	4
INLEDNING	5
ARBETSLIVSINRIKTAD REHABILITERING	6
<i>Positiva effekter av rehabilitering</i>	8
<i>Gemensamma faktorer för framgångsrik rehabilitering</i>	8
LÖSNINGSFOKUSERAD TERAPI	10
<i>Lösningsfokuserad samtalsteknik</i>	13
FÖRÄNDRINGSFAKTORER I PSYKOTERAPI	18
<i>Transteoretisk modell för förändring</i>	22
BEHANDLINGSSTUDIER	25
FRÅGESTÄLLNING	28
METOD	28
UNDERSÖKNINGSDELTA GARE	28
<i>Urval</i>	28
<i>Bortfall</i>	28
<i>Demografisk beskrivning</i>	29
<i>Behandlings- och kontrollgrupp</i>	30
DESIGN	30
MÄTINSTRUMENTEN	31
BEHANDLINGENS UTFORMNING	35
TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	37
STATISTISKA ANALYSER	38
RESULTAT	39
<i>Arbetslivsinriktad aktivitet</i>	39
<i>Känsla av sammanhang och kontroll</i>	41
<i>Nedstämdhet</i>	41
<i>Upplevelse av besvär</i>	43
<i>Samtalsutvärdering</i>	43
EFFEKTSTORLEK	43
DISKUSSION	46
SAMMANFATTNING AV RESULTATEN	46
METODDISKUSSION	47
<i>Intern Validitet</i>	47
<i>Extern validitet</i>	49
RESULTATDISKUSSION	50
<i>Utveckling av det lösningsfokuserade gruppterapiformatet vid rehabilitering</i>	50
<i>Jämförelse med andra studier</i>	51
FRAMTIDA FORSKNING	53
AVSLUTNING	54
REFERENSER	55
BILAGOR	59

För mer information eller kontakt med utvecklarna av gruppmetodiken se <http://www.solutionwork.com>. Email: Björn Johansson, bjorn@solutionwork.com, Eva Persson, eva@solutionwork.com, Michael Hjerth, michael.hjerth@fkc.se

För kontakt med författaren: caroline@solutionwork.com

Copyright 2001 Caroline Klingenstierna. Var vänlig använd inte materialet utan tillstånd från författaren

Förord

Jag skulle vilja tacka alla de personer som gjort denna studie möjlig:

- *Deltagarna* som ställt upp tålmodigt och välvilligt och svarat på upprepade frågeformulär;
- *Bengt Holmgren*, enhetschef vid Värmlandsförsäkringskassa, och övriga medlemmar av *direktionen* som trodde på och stöttade detta projekt;
- *Monica Klar* och *Doris Sundberg*, handläggare och kontaktpersoner för studien vid Värmlandsförsäkringskassa, som trots en hög arbetsbelastning noggrant och snabbt varit behjälpliga med uppgifter och detaljer;
- *Lennart Melin*, handledare för studien och professor vid psykologiska institutionen i Uppsala, som delat med sig av sin sakkunskap och hantverksskicklighet vad gäller forskningsmetod och statistik;
- *Staffan Sohlberg*, examinator för studien och universitetslektor, vars klarsynta läsning och konstruktiva kritik varit till stor hjälp i slutförandet av uppsatsen;
- *Karin Wallgren*, kollega och opponent, som med intresse diskuterat detta arbete från början till slut.
- *Michael Hjerth*, leg. psykolog vid Centret för lösningsinriktade arbetsmodeller (FKC), styrelseledamot av E.B.T.A (European Brief Therapy Association), lösningsfokuserad handledare, utbildare, metodutvecklare och min livskamrat som med sin kunskap och inspiration varit en vital del i utvecklandet av den lösningsfokuserade gruppmetoden.
- Slutligen ett stort och varmt tack till *Björn Johansson*, lösningsfokuserad utbildare, handledare och metodutvecklare vid lösningsfokuserad utveckling i Värmland och *Eva Persson*, handläggare, lösningsfokuserad terapeut och metodutvecklare, arbetsförmedlingen i Skoghall utan vars terapeutiska insatser, inspirerande och klarsynta hållning, mod och envishet detta projekt inte hade kommit till stånd.

Caroline Klingenstierna

Uppsala, Maj 2001

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka huruvida lösningsfokuserad gruppterapi har effekt på arbetslivsinriktad aktivitet och psykisk hälsa vid långtidssjukskrivning. Urvalet gjordes av försäkringskassan i Värmland och antalet deltagare var 30 personer som varit sjukskrivna mellan sex månader och tre år. Studien bestod av två betingelser över vilka deltagarna fördelades slumpmässigt. Betingelserna utgjordes av en behandlingsgrupp som fick lösningsfokuserad gruppterapi och en kontrollgrupp som fick de sedvanliga medicinska och stödjande åtgärder som erbjuds alla sjukskrivna personer. Behandlingen omfattade åtta dagar under två månader. Utvärderingsmått bestod av data gällande arbetslivsinriktad aktivitet, psykologiska mätinstrument i form av Känsla av sammanhang (KASAM), Beck Depression Inventory (BDI), Besvärsskala (PAIRS) och tre VAS-skalor.

Studien visar att behandlingsgruppen signifikant ökade och bibehöll arbetslivsinriktade aktiviteter, upplevde mindre nedstämdhet mätt med BDI, och hade en tendens till minskad besvärsupplevelse vid analys av VAS-skala. Inga signifikanta förändringar framkom vad gäller besvärsskalan (PAIRS) eller Känsla av sammanhang (KASAM). Inte heller ökade känslan av kontroll signifikant mätt med VAS-skala. Effekterna på de psykologiska mätinstrumenten kvarstod inte vid uppföljningsmätningen. Ökningen av arbetslivsinriktad aktivitet var stabil. Kontrollgruppen ökade också i arbetslivsinriktad aktivitet och skillnaden mellan grupperna minskade över tid. I uppföljningsmätningen efter tre månader fanns en tendens till signifikant skillnad och sista mätningen fem månader efter behandlingens avslut fanns inga signifikanta skillnader mellan behandling och kontroll betingelserna.

Sammanfattningsvis kan sägas att behandlingsgruppen i högre utsträckning än kontrollgruppen gick ut i arbetslivsinriktad aktivitet och ökade i psykisk hälsa i samband med behandlingen. Då detta är den första kontrollerade forskning som gjorts vad gäller detta format av lösningsfokuserad gruppmetodik för rehabiliteringssammanhang i Sverige så är resultaten av stort intresse. Resultaten tillåter en försiktig optimism inför utvecklingen av denna metodik. Framtida forskning är nödvändig för att replikera studien med andra gruppleddare och med andra deltagare.

Inledning

Långtidssjukskrivning har under senare år kommit att bli ett samhällsekonomiskt problem. Sedan 1980 har antalet sjukfall som pågått längre än sex månader ökat dramatiskt. Åren mellan 1980 och 2000 har antalet personer som varit sjukskrivna mer än sex månader ökat från 37.500 till 114.600 (RFV, 2001). Det är alltså en stor grupp människor som berörs och stora samhällsekonomiska resurser som tas i anspråk för denna grupp. Under 1990-talet har aktiva rehabiliteringsinsatser senarelagts och satts in mera sällan. De medel som avsatts för arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser går i stor utsträckning åt till kartläggning av rehabiliteringsbehov, en kartläggning som därmed sker på bekostnad av aktiva rehabiliteringsinsatser. Endast 13 procent av de sjukskrivna får aktiva rehabiliteringsinsatser inom ett år. Detta tvärs emot intentionerna i rehabiliteringsreformen som trädde i kraft 1991/92 som syftade till minskad sjukfrånvaro och ett tidigare insättande av aktiva rehabiliteringsinsatser (SOU, 2000:78). I denna studie behandlas specifikt personer med en sjukskrivning som är längre än sex månader. Antalet individer som har behov av mer sammansatta åtgärder i dagsläget beräknas till cirka 100.000 personer. 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 psykiska besvär ökar mest (SOU, 2000:121). I Värmland ökade båda dessa grupper i slutet av 1990-talet med över 40 procent, i gruppen med psykiska besvär skedde ökningen hos dem som både var arbetslösa och sjukskrivna. I gruppen med besvär i rörelseorganen skedde ökningen hos dem som hade anställning (Elfstrand & Lundberg, 1999). Båda dessa grupper ingår i urvalet till föreliggande studie.

I en nyligen presenterad doktorsavhandling behandlas hur långtidsjukskrivna personer och deras medaktörer (arbetsgivare, läkare, handläggaren på försäkringskassan och socialförsäkringsnämnden) upplever situationen. De sjukskrivna upplever ofta svårighet att be om hjälp och ställa krav på arbetsgivaren, läkaren och försäkringskassan. De känner i hög grad frustration och känner litet eller inget hopp inför framtiden (Edlund, 2001). De senaste åren har mycket arbete lagts ner på att försöka reda ut begreppen och identifiera faktorer som kan påverka sjukskrivningsförloppet. Ett sådant initiativ är formuleringen av det samlade begreppet *arbetslivsinriktad rehabilitering* där långtidssjukskrivning definieras som ett eget problemområde där diagnos inte är den primära analysnivån för rehabiliteringsinsatser.

Arbetslivsinriktad rehabilitering

Begreppet *arbetslivsinriktad rehabilitering* infördes i socialförsäkringen i samband med rehabiliteringsreformen 1991/92. Det är ett nytt begrepp som betecknar sådana åtgärder som är av betydelse för att minska sjukfrånvaron och underlätta för långvarigt sjukskrivna personer att återgå till arbetslivet. Det kan beskrivas som en process över tid som kan innehålla medicinska, yrkesinriktade och sociala insatser där det övergripande målet är återgång i arbete. Det omfattar insatser där flera huvudmän har ansvar, utredning av rehabiliteringsbehov, behandlingsinsatser i vården, återhämtning, arbetsträning, omskolning, vidareutbildning eller mjukstart i arbete. Rehabiliteringsinsatser består vanligtvis av olika sorters psykologiskt eller socialt stöd, organisatorisk eller ergonomisk anpassning av arbetsplatsen, arbetsprövning eller arbetsträning. Ofta sker en återgång i arbete med gradvis start upp till heltid. Ytterligare åtgärder som kan komma i fråga är; fysisk träning, kompetenstillskott som språkträning, längre utbildning, privatekonomisk rådgivning, stress och smärthantering, osv. Vägarna tillbaka till arbetslivet är många. Åtgärder som direkt syftar till symptombehandling till exempel operation, sjukgymnastik och psykiatrisk vård omfattas inte av begreppet. (SOU, 2000:78)

Helhetsinsatser beskrivs ofta som viktiga för en god rehabilitering. Det tas initiativ från samhällsaktörernas sida på många håll i samhället. Man utvecklar multidisciplinära program där samverkan mellan olika professioner och aktörer är central. Man vill erbjuda patienten en så tidig och sammanhållen behandling som möjligt. I ett projekt för att minska långtidsjukskrivningen i Norduppland minskades långtidssjukfrånvaron i landstinget med 20,5 procent medan långtidssjukskrivningen ökade i övriga landsting.

Projektet omfattade insatser i form av tidig rehabilitering, friskvårdsombud, personalvårdsronder och rehabiliteringskurser (Högberg, 1994).

När det gäller personer som är i riskzonen för långtidssjukskrivning utvecklar man i Värmland samarbetsformer. Två stora projekt startades i slutet av 1990-talet; ARBSAM och Kugghjulet. Båda projekten strävar efter att ge personer som har, eller riskerar att få kontakt med fler huvudmän, en tidig och samlad insats. ARBSAM projektet syftar till att hjälpa arbetslösa sjukskrivna personer. Arbetslöshet korrelerar positivt med sjukskrivningstid; andelen arbetslösa var i slutet av 1990-talet 22,8 procent av det totala antalet sjukskrivna i Värmland. Denna andel ökar med sjukskrivningens längd, i sjukfall som pågått mer än ett år var andelen 33,7 procent. Denna grupp har en mindre rehabiliteringsarsenal eftersom ingen arbetsgivare finns som kan bidra med lösningar. Därför är satsningen på samarbete mellan de två huvudaktörerna försäkringskassan och AMI mycket viktig. Kugghjulet är ett projekt som drivs som ett samarbetsprojekt mellan försäkringskassan och landstinget. Projektets arena är vårdcentralen och läkaren ges möjligheten att vid behov anlita en stab av specialister; ortoped, psykiatriker, sjukgymnast, psykolog/kurator, företagshälsovård och försäkringskassa. Syftet är att förkorta sjukskrivningstiden genom att snabbare kunna initiera både medicinska och arbetslivsinriktade åtgärder. Projektet riktar in sig på personer med psykisk problematik och problem i rörelseorganen (intern klassificering på FK diagnos grupp D 4 och D 12). (Elfstrand & Lundberg, 1999)

Dessa multidisciplinära samarbetsinsatser och program är en viktig del i att underlätta rehabiliteringsprocessen för individen. Den andra delen som är lika viktig är dialogen med individen som antas dra nytta av de insatser som finns tillgängliga. Strukturerna i samarbetsrelationerna mellan olika rehabiliteringshuvudmän och rehabiliteringsprofessioner måste inkludera patienten som den främsta samarbetspartnern. Inom socialmedicinen används begreppen *empowerment* och *paternalism* för att åtskilja processer som kan stödja eller hindra klientens medverkan i sin egen rehabilitering. Vid empowerment utgår man ifrån individen och hennes förmåga att bemästra omvärlden. Paternalism är motsatsen, och avser processer där den yttre aktören ger individen intrycket att den yttre aktören anser sig som bättre skaffad att avgöra vilka handlingar som främjar en individs eller grupps bästa utifrån den yttre aktörens erfarenheter och kunskaper. Individen blir mottagare för någon annans åsikt om vad som är bäst för hennes hälsa (Ekberg, 2000). Vid dåligt fungerande samarbete och dialog kan flera aktörer i värsta fall från ett strukturellt överläge ge individen helt olika budskap om vad individen borde göra. Om detta dessutom sker utan en reell dialog med individen själv så

bäddar man för frustration både hos individen och hos de professionella rehabiliterarna (Edlund, 2001).

Positiva effekter av rehabilitering

Rehabiliteringsutredningen beskriver sammansatta rehabiliteringsinsatser som samhällsekonomiskt lönsamma och ägnar ett kapitel åt att specificera vad som kännetecknar rehabiliteringsinsatser som ger positiva effekter. I denna uppsats berörs de samhällsekonomiska aspekterna på rehabilitering endast ytligt. Kort kan dock sägas att rehabilitering är ekonomiskt lönsamt för samhället, individen och arbetsgivarna. I de ekonomiska kalkylerna har man inte tagit med mjukare värden som ökad livskvalité för den sjukskrivne eller anhörigas och närståendes avlastning och ökade livskvalitet. Utredningen pekar på att de marginaliserade målgrupper som står utanför arbetslivet är värda att satsa på av rent samhällsekonomiska skäl. Det är alltså lönsamt att satsa på marginaliserade grupper även om man inte räknar med psykiska och sociala vinster för individen och omedelbar omgivning (SOU, 2000:78).

Den nuvarande uppdelningen i ansvar och insatser utifrån respektive huvudmans perspektiv anser utredaren vara otidsenlig. De olika perspektiv som individen måste hantera när han/hon befinner sig utanför arbetslivet av en eller annan orsak inbegriper ofta (men begränsas inte till) sjukvårdens, socialtjänstens, arbetsförmedlingens och försäkringskassans perspektiv. Det finns en tradition att dela upp aktiviteter och ansvar för rehabilitering i medicinsk, social, yrkesinriktad och arbetslivsinriktad. Utredaren förespråkar i stället en *individ och processorienterad syn* på rehabilitering. Utredaren menar att myndighetsperspektivet i dag är överordnat och förespråkar att det ersätts av ett individ- och helhetsperspektiv. Begreppet *process* syftar på ett framskridande förlopp. Ur individens perspektiv sker rehabilitering som ett föränderligt och unikt förlopp, den sker under ständigt skiftande förutsättningar och i ständig interaktion med omgivningen (SOU, 2000:78).

Gemensamma faktorer för framgångsrik rehabilitering

I utredningen har man gjort en genomgång av forskning och utvärderingar och försökt identifiera grundförutsättningar för framgångsrik rehabilitering. Utvecklingen har gått ifrån att fokusera på diagnos eller specifika symptom som utgångspunkt till att i stället försöka sätta individen i centrum. Detta innebär fokus på individen och därmed hennes förutsättningar, resurser, handlingsförmåga och aktivitet. Viktigt är en processinriktad syn på målsättning. Det centrala i rehabiliteringsprocessen är inte att ställa upp mål för individen och sedan ange

metoder för att uppnå dessa. Det viktiga är i stället att skapa möjligheter för individen att utöva inflytande på målformuleringen och att individen genom egna aktiviteter och handlingar uppnår dessa mål. Mål som är realistiska ur individens synvinkel måste utvecklas stegvis och ur individens egna förutsättningar och behov. Uppfyller inte rehabiliteringsaktören dessa karaktäristika i kontakten med individen så minskar individens delaktighet och handlingsförmåga. Detta kallas ibland för att individen brister i motivation, men denna så kallade brist samvarierar alltså med brister hos rehabiliteringsaktören och dennes samarbetsmetoder med individen (SOU, 2000:78). Sammanfattningsvis har tre faktorer överordnad betydelse framför diagnos och symptom vid framgångsrik rehabilitering:

- Faktorer som stimulerar individens handlingsförmåga: Det handlar om förhållanden som ger trygghet, inflytande, delaktighet och socialt stöd.
- Målen med rehabiliteringsprocessen ska vara realistiska ur individens perspektiv. De mål och värderingar som ställs upp av rehabiliteringsaktörerna ska upplevas som relevanta av individen.
- Adekvat tidsplanering och planering av resurser

Denna beskrivning av relevanta faktorer vid arbetsrehabilitering stöds av många forskare på området. Hans Berglind utreder begreppet arbetsmotivation och kommer fram till liknade slutsatser (Berglind, 1995). Han förespråkar ett tredimensionellt motivationsbegrepp. Där man inte bara (1) utreder klientens önskemål utan även (2) vad klienten tror om sina möjligheter och (3) vad klienten tror sig klara av. Utifrån detta perspektiv har han tillsammans med Ulla Gerner gjort en studie om hur klientens inställning till dessa frågor har prognostiskt värde. Klientens svar på frågor i dessa tre dimensioner av motivation till arbete visar ett klart samband med utfallet vid en tvåårsuppföljning (Berglind & Gerner, 1999).

Sammanfattningsvis kan sägas att alla utredningar och skrivelser pekar på vissa viktiga förutsättningar för framgångsrik rehabilitering vid sjukskrivning. Ett (1) samarbete med den sjukskrivne individen, (2) fungerande samarbete mellan olika huvudmän, (3) praktiska handlingsplaner och tydliga ansvarsuppdelningar. Det är viktigt att poängtera att rehabiliteringens resultat vid långtidssjukskrivning beror på alla dessa faktorer och hur dessa samverkar. Det finns idag ingen mirakelmetod för arbetslivsrehabilitering. Alla är överens att det krävs kreativa samsarbetsinsatser på alla nivåer i samhället.

Psykoterapi kan ingå som en del av rehabiliteringsprocessen och de tre punkter som är viktiga för framgångsrik rehabilitering i stort är även viktiga för framgångsrika psykoteraeutiska insatser; (1) att stimulera individens handlingsförmåga, (2) utgå ifrån individens perspektiv och (3) att anpassa tid och resurser till individens behov. Dessa punkter

sammanfattar det som ingår i insatser av olika slag som strävar efter mänsklig förändring. Psykoterapeutens arbete liknar i dessa avseenden rehabiliteringshandläggarens, läkarens, sjukgymnastens och massörens. Det finns forskning om vad som underlättar och är nödvändigt för framgångsrik psykoterapi. I följande avsnitt beskrivs lösningsfokuserad terapi och de övergripande slutsatser som finns om vad som underlättar och är nödvändigt för framgångsrik psykoterapi.

Lösningsfokuserad terapi

Lösningsfokuserad metodik är en av de psykoterapimetoder som på senare år används mer och mer i rehabiliteringssammanhang. Det är en metod som sig riktat sig direkt mot självgenererade lösningar och är individcentrerad i fråga om mål och resursformulering. Denna terapimetod bygger inte på någon psykologisk teori om hur problem uppstår eller upprätthålls. Den är istället en beskrivning av vad en terapeut kan göra i terapirummet för att stödja förändring utanför det samma genom att bygga på klientens beskrivningar av vad som är viktigt och relevant för honom eller henne.

Som lösningsfokuserad terapeut arbetar man med den eller de personer som kommer till terapin. Detta betyder att en lösningsfokuserad terapi kan innehålla möten mellan en klient och en eller flera terapeuter eller flera klienter och en eller flera terapeuter. I föreliggande studie finns en grupp människor som är bekymrade över och vill förändra saker i sina liv som inte är personligt relaterade till övriga deltagares bekymmer. När människor går till en terapeut tillsammans och har olika bekymmer och mål så kallas det *gruppterapi*. Det kallas följaktligen inte gruppterapi om människor ur samma familj går till en terapeut, eller om en klient träffar en grupp terapeuter eller behandlare. Dessa situationer innehåller också grupper men kallas familjeterapi eller individualterapi. Det är alltså relationerna (familjeterapi) eller avsaknaden av relationer utanför terapirummet (individuell- eller gruppterapi) som bestämmer hur en psykoterapi i skall benämnas i detta avseende. Föreliggande studie har gjorts på en form av lösningsfokuserad gruppterapi som är under utveckling för rehabiliteringssammanhang. Gruppterapiformatet används här i kombination med möjlighet till individualterapeutiska samtal. I och med den utsatta, och ofta isolerade situation som man vid långtidssjukskrivning kan befinna sig i så har gruppformatet bedömts som användbart. Man samlar klienter som kan dela med sig av sina resurser och erfarenheter

och hoppas stödja processer som leder mot upplevelse av empowerment, snarare än upplevelsen att vara under åtgärder av paternalistisk typ.

Vad skiljer då en lösningsfokuserad gruppterapi från en andra typer av gruppterapi? Linda Metcalf gör en jämförelse i sin bok *Solution Focused Group Therapy*. Hennes jämförelse gör en åtskillnad mellan gruppterapier som utgår från en medicinskmodell och en gruppterapi som utgår från en lösningsfokuserad modell (Metcalf, 1998). Nedan följer två av de jämförelser som kan göras utifrån hennes uppdelning:

I en gruppterapi som bygger på en medicinsk modell bedömer ett behandlingsteam patientens diagnos(er) och/eller brister och planerar strategier för att lösa dessa problem genom att placera patienten i en strukturerad gruppterapi. I den lösningsfokuserade gruppterapi som denna studie behandlar inbjuds deltagarna utan bedömning och gör själva hela bedömningen om deltagande efter ett kortare inbjudande lösningsfokuserat samtal i grupp under informationsmötet.

I en gruppterapi som bygger på en medicinsk modell bedöms patienten inte vara kapabel att själv lösa sina problem. Man hoppas att gruppterapin skall hjälpa patienten att konfrontera problemen och ta itu med identifierade frågor. I en lösningsfokuserad gruppterapi betraktas klienten som kapabel att fungera oberoende av terapin. Man tänker sig att klienten tillfälligt kan ha förbisett personliga förmågor och tillgångar.

En lösningsfokuserad terapi, individuell, familje- eller gruppterapeutisk kan beskrivas utifrån att;

- Man strävar efter ett lösningsbyggande fokus snarare än problemlösande: Man bygger lösningar ur tidigare framgångar, hur små eller ovidkommande dessa framgångar än kan verka från början.
- Förändring betraktas som allestädes pågående process: Ingen händelse och inget tillstånd är exakt lika över tid. Det finns naturligtvis förhållanden som inte förändras, en kronisk skada, ett dödsfall och alla andra händelser som inträffat i klientens liv. Dessa fakta kommer alltid att vara en del av klientens historia. Men det är också så att vår upplevelse, och hur den påverkar oss, alltid förändras över tid. Ibland är det svårt att själv upptäcka dessa förändringar och ibland tycker man att dessa förändringar bara är negativa. Men det går inte att bygga något nytt ur ingenting, man skapar alltid lösningar i relation till tidigare erfarenheter. Man förändras genom att bygga på

tidigare resurser, styrkor och inlärdna mönster. Vi använder ofta ordet *är* om problem. Detta språkbruk kan dölja den förändliga karaktären hos psykologiska problem och tillstånd. Att *vara* deprimerad framstår ett svårföränderligt tillstånd. Om vi istället talar om att någon *beter sig som om, verkar vara* eller *har blivit* deprimerad så inför vi en tillfällig karaktär hos ett tillsynes statistiskt tillstånd. I terapisaftet är en viktig uppgift att ställa frågor som möjliggör för klienten att göra en beskrivning som innehåller förändringar.(Walter & Peller, 1992)

- Klienten är expert: Klienterna kommer till terapi med en referensram, en beskrivning av problem, personliga förhållanden och vad som är relevant och viktigt. I terapin bygger klienterna och terapeuterna tillsammans på klienternas referensramar och håller sig till dessa. Om klienternas referensram ändras så följer terapeuten klienterna. Det är klienterna som styr vad man talar om som problem, lösning och mål (Korman & Söderquist,1994). Det är klienterna som formulerar vad som är viktigt att arbeta med i terapin. Detta innebär bland annat att man använder klientens ord för att tala om klientens situation, om klienten använder ordet *deprimerad* så använder terapeuten det också, kallar sig klienten *trött, lat* eller *jagad* så använder terapeuten de orden. De frågor och övningar som gruppen arbetar med är inriktade på önskade förändringar och skillnader. Klienterna använder den för dem bästa beskrivningen i varje stund och förändring sker utifrån och inifrån denna beskrivning (Walter & Peller, 1992).
- Terapeuten är metodiskt ickevetande: Detta är en pragmatisk position kopplat till möjliggörandet av klienternas egna val. Terapeuten bygger på klienternas eget vetande och betydelsen tas inte för given när klienterna artikulerar sin egen kunskap i övningar och samtal. Terapeuternas uppfattning om hur ett problem bör hanteras, vilka fakta som är viktiga att fråga efter, eller vad problemet beror på blir därmed irrelevant (de Shazer,1994; Walter & Peller, 1992).
- Undersöker noga och återkommande vad klienterna vill: Klienternas vilja är en central aspekt i allt lösningsfokuserat arbete. Vilja är tätt knutet till möjlighet att göra val. Ur terapeutens synvinkel är det även knutet till att vara metodiskt ickevetande. Vilja är ett problematisk filosofiskt koncept. Trots detta tror vi oss ofta veta vad klienter vill. En lösningsfokuserad terapeut är mycket noga med att ställa frågor som undersöker exakt vad klienterna önskar se för skillnader i sitt liv och vad som behöver vara annorlunda.

Om terapin kör fast så är det viktigaste att ta ett steg tillbaka och undersöka vad det är klienterna behöver se hända i sitt liv som skulle säga dem att terapin är till hjälp. (Hjerth, Knutsson, & Norsell, 1988).

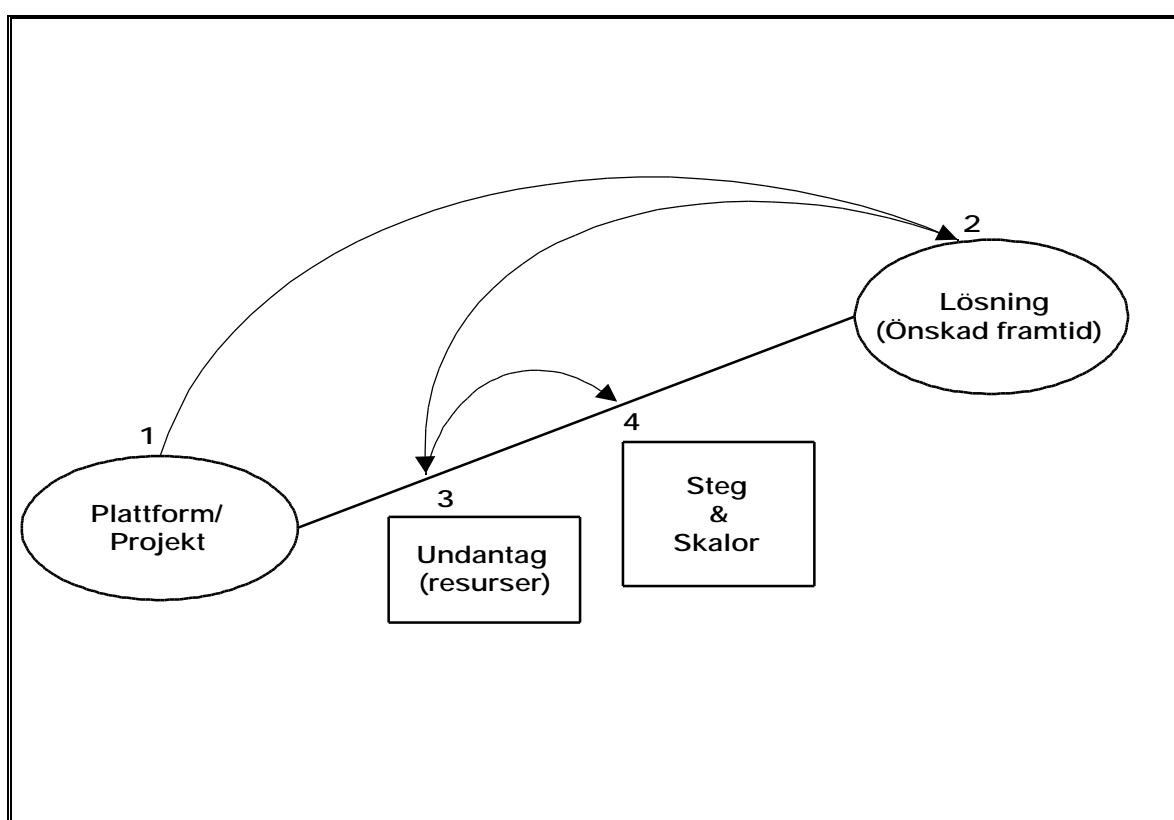
Lösningsfokuserad samtalsteknik

För att kunna föra ett lösningsfokuserat samtal eller leda en lösningsfokuserad gruppterapi krävs praktisk träning. Vanligtvis tränar man genom att spela in terapisaamtal på video och/eller att terapeuten tränar med ett team som sitter bakom en envägsspegel och ger konstruktiv feedback till terapeuten. När det gäller gruppterapi är det svårt rent tekniskt att spela in det på video. I föreliggande studie har gruppledarna använt sig av kollegiehandledning och ett samtalsutvärderings instrument (se bilaga 1) för att få omedelbar feedback och kunna korrigera sitt arbetssätt. Hur man än väljer att lägga upp träningen så är varje gruppmöte även ett tillfälle för utveckling av gruppledar arbetet. Detta ständiga arbetande med modellen och arbetsmetoden är en central del i allt lösningsfokuserat arbete. När verkligheten inte stämmer med kartan så är man som lösningsfokuserad terapeut tvungen att omvärdera kartan, och man försäkras genom att använda handledning, samtalsutvärderingar, skalfrågor (se nedan) och mirakelfrågan (se nedan) att detta sker. Nedan beskrivs i korta drag hur man för ett lösningsfokuserat förstamöte, fortsättningsmöte och sistamöte.

Det inledande möte i en terapi beskrivs enklast i termer av P.L.U.S-modellen (Hjerth, 1999). P.L.U.S-modellen innehåller en beskrivning av struktur och ordningsföljd för ett lösningsfokuserat inledande möte. P.L.U.S-modellen är utvecklad som en generell beskrivning av det inledande arbetet i ett sammanhang där man vill använda sig av ett lösningsfokuserat arbetssätt. P.L.U.S-modellen kan användas i alla kontext där man vill arbeta med förändring; Individ, familje- och gruppterapi är några exempel på sådana kontext. Modellen sätter vissa centrala termer i lösningsfokuserad terapi på kartan. Varje steg i modellen måste upprätthållas medan nästa introduceras. Man lämnar till exempel inte plattformen för att gå över till lösningen utan plattformen finns kvar och underhålls i relationen medan undersökningar av lösningar läggs till. I figur 1 åskådliggörs modellen.

En *plattform* (1) är det uppdrag eller det samarbetsprojekt som klient och terapeut kommer överens om. En plattform innehåller ofta en problembeskrivning eller ett klagomål som klienten önskar hjälp med. Det är dock inte nödvändigt att plattformen innehåller en beskrivning av ett problem, Det kan även handla om något område i livet man

önskar utveckla eller en förändring man vill uppehålla. Det viktiga är att klienterna och terapeuterna bildar sig någon idé om vad som skulle kunna hända under mötet som ger klienten anledning att efteråt tänka att det inte var bortkastad tid att vara med. Naturligtvis är det inte så att en klient alltid har ett färdigt svar på frågorna till hands utan det behövs många följdfrågor. En viktig del av plattformen är att klienterna alltid har valet att berätta eller inte berätta sådant som rör densamme. Man behöver inte information om klienterna som klienterna inte vill berätta. De finns inget antagande hos terapeuten att klienterna bör eller måste upplysa om personliga förhållanden, känslor, beteenden, relationer eller sammanhang. (DeJong & Kim Berg, 1998)



Figur1. P.L.U.S modell för ett lösningsfokuserat första möte. (Hjerth, 1999)

När vi vanligtvis pratar om lösning på problem så pratar vi om det som något som gör att saker ställs till rätta, ett medel för att nå ett mål. *Lösning* (2) i Lösningfokuserad terapi är den skillnad som kommer att inträffa i klientens liv när problemet är löst. Lösningen är svaret på frågan hur klienten skulle märka att problemet försvunnit. Lösning är en skillnad som klienten kan beskriva och/eller något som andra kan se som en skillnad. Vad vi upplever

eller det andra märker är något som skiljer sig åt från individ till individ. Lösningar är alltid extremt sammanhangsberoende (de Shazer, 1991).

För att skifta fokus i terapigruppen till ett samtal där det är möjligt att göra dessa beskrivningar av hur klientens sammanhang kommer att se ut när problemet har försvunnit ställer alltid en lösningsfokuserad terapeut frågor som genererar beskrivningar av hur en önskad framtid för klienten ser ut. Den önskade framtiden görs tillgänglig för undersökning i terapisalet. Man talar om framtiden som om den redan inträffat. Det enklaste och mest använda sättet att skapa ett samtal om detta är att ställa mirakelfrågan (de Shazer, 1997). Det vanligaste sättet att ställa mirakelfrågan på är:

Antag att du/ni går hem efter det här samtalet och gör det som ni vanligtvis gör (paus). Det blir kväll och du/ni går och lägger dig/er (paus) och somnar (paus). Medan du/ni sover sker ett mirakel (paus). Miraklet är att de bekymmer som gjorde att ni kom hit idag försvinner, bekymren försvinner helt (paus) men eftersom du/ni sover så märker ni inte att det händer (paus). Vad är det första som du/ni skulle lägga märke till när du/ni vaknar som säger dig/er att någonting har förändrats?

Mirakelfrågan har inte med mirakel att göra. Mirakelfrågan riktar istället direkt uppmärksamheten till små, nästan omärkliga skillnader som är en del i klienternas önskade framtid. Alla stora förändringar börjar med små förändringar. Klienter och terapeuter letar efter och undersöker mycket små beteendeförändringar, förändringar i känsloläge och interaktioner med de närmaste som skulle innebära att någon positiv skillnad kan vara på gång. En beskrivning av hur en framtid utan klagomål kan te sig kan vara viktig för att sedan kunna granska *undantagens* (3) betydelse. (de Shazer, 1997)

När klient och terapeut tillsammans undersöker hur klientens önskade framtid ser ut kommer det som kallas undantag in i samtalet. Samtalet om den önskade framtiden förs ofta parallellt med kopplingar bakåt i tiden genom frågor om undantag. Undantag är tillfällen när problemet inte inträffar eller tillfällen när lösningen eller delar av lösningen inträffar. Begreppet *undantag* syftar till undantag från problemet/klagomålet som klienten söker hjälp med. Det är klientens beskrivning av och relation till en händelse som bestämmer om denna händelse är ett undantag (Cade, 1993).

En lika central del i lösningsfokuserad terapi som Mirakelfrågan är *skalfrågor* (4). Skalfrågor syftar på frågor som inför ett kontinuum i tid eller nivå på för klienten centrala skillnader. En mycket använd skalfråga i ett första möte är ” Tänk dig en skala från noll till

tio. Tio står för dagen efter miraklet och noll när det var som värst. Var står du nu på skalan?”. De flesta klienter svarar en siffra som är högre än noll. Nästa fråga i skalfrågesekvensen handlar om skillnaden mellan noll och den siffra klienten svarat. Vad finns det för skillnader i klientens liv som säger denne att han/hon inte är på noll? Först efter att man noggrant undersökt detta går man vidare med att fråga vad som skulle behöva hända eller vad klienten skulle behöva göra för att gå ytterliggare ett *steg* (4) upp på skalan. (DeJong & Kim Berg, 1998)

Det är viktigt att denna skillnad som utgör ett steg är så stor att den upplevs som meningsfull för klienten men så liten att den inte upplevs som för arbetsam att uppnå. Ofta får terapeuterna hjälpa till att ta ner steget till just en så liten nivå att skillnaden nätt och jämt är synlig för klienten. Detta steg kan även kallas ett mål eller ett delmål. Antagandet om att förändring alltid är pågående process och att mål likaledes är processer och inte en fixerad entitet innebär att samtalet om klientens nästa steg alltid är tentativ. Det är upp till klienten att hantera och förhålla sig till vad samtalet om detta steg får för betydelse mellan gruppmötena (de Shazer, 1997).

Hemuppgifter och sammanfattningar är viktiga delar av lösningsfokuserad terapi. I individ eller familjeterapi avslutas varje möte med att terapeuten tar en kort paus, ca 15 minuter, för att fundera igenom vad man talat om. Terapeuten kommer tillbaka med en sammanfattning av sessionen till klienterna. Sammanfattningen innehåller tre delar: Bekräftelse, beröm eller komplimanger och en hemuppgift. Det är viktigt att plattformen bygger på att klienten upplever att terapeuten förstår graden och kvalitén av klientens situation. I Bekräftelsen bekräftas ännu en gång att det som klienten söker hjälp för är ett viktigt problem som terapeuten tar på största allvar. Beröm eller komplimanger syftar till att även ge klienten erkännande för de insatser som klienten gjort hittills. Komplimanger kan även vara relaterade till lösningen. En bekräftelse av att terapeuten förstått klientens insats och beredskap att göra insatser i framtiden. Hemuppgiften ges alltid som ett förslag som klienten kan prova eller låta bli helt efter eget tycke. Hemuppgiften ska vara relaterad till de komplimanger och den bekräftelse som terapeuten givit. Den tentativa karaktären hos hemuppgiften är mycket viktig. Ofta kan det förefalla självklart att ge konkreta råd i terapi, men det gör man inte i lösningsfokuserad terapi (Cade, 1993). En vanlig hemuppgift är standarduppgift vid första samtalet (SUFS):

”Mellan nu och nästa gång vi träffas skulle jag föreslå att du noggrant observerar, så att du kan berätta om det för mig nästa gång, vad som händer i ditt (liv, äktenskap, familj eller relationer) som du vill ska fortsätta hända” (de Shazer & Molnar, 1984)

Hemuppgifterna formuleras utifrån klientens referensram, klientens teori om sin egen förändring är helt central. I föreliggande studie har anpassningar av sättet att ge sammanfattningar och hemuppgifter gjorts till gruppformatet (se vidare under rubriken metod)

I denna uppsats användes termen *fortsättningsmöten* för att beskriva de möten eller samtal som inträffar mellan det första och sista samtalet eller mötet i en terapi. Ett fortsättningsmöte inleds med frågan "Vad är bättre?". "Vad är bättre?" är ett koncept som kan beskrivas med 4:ESS-modellen (Hjerth, 1999). De 4 s:en är 1) *Spåra upp*, Finns förändring? Om inte gå tillbaka till P.L.U.S-modellen för förstasamtal 2) *Stabilisera*, spinn vidare på förändringen och stärk den med frågor, beröm och uppmärksamhet. 3 och 4) är *Skalor* och *Steg*, är förändringen tillräckligt bra? Är du tillräckligt säker på att uppehålla förändringen? Om svaret är jakande på dessa frågor som ställs i skalfrågeform så avslutas terapin, eventuellt bokar man en tid för uppföljning. Om det inte finns någon förändring, om ingenting blivit bättre eller om klienten talar om andra saker som viktiga denna gång än i förstasamtal så går man över till P.L.U.S-modellen för ett nytt första möte. Om förändring finns men den inte är tillräckligt bra så spårar man upp och stärker redan gjord förändring och talar om nästa lilla steg som klienten kommer att ta. Samtalet avslutas på samma sätt som ett förstasamtal med paus, bekräftelse, komplimanger och hemuppgift. När man bokar tid för nästa samtal i slutet av sessionen så frågar terapeuten, eller receptionisten om det finns en sådan, när klienten tror att det är lagom att komma tillbaka. Man bokar alltså inte flera tider på en gång. Vid gruppterapi är man tvungen att planera gruppmötenas intervall och tidpunkt i förväg vilket är ett avsteg från tekniken. Gruppledarna gör en bedömning av vad som kan vara ett relevant tidsperspektiv för gruppen innan start.

Att *spinna vidare* och *stärka* förändringar som spårats upp är mycket viktigt. Det innebär att man intresserar sig för små detaljer i undantagen från veckorna mellan samtalen. Man följer inte upp hemuppgiften genom att fråga hur det gått med den. Det intressanta ur förändringsperspektiv är vilka förändringar som, oavsett orsak skett under veckorna mellan samtalen. (DeJong & Kim Berg, 1998)

Skalfrågor används för att införa möjliga lägen mellan ytterligheter. Men även för att på ett enkelt sätt konkretisera vaga problembeskrivningar och därmed mäta förändring även när problemet eller lösningen är vagt beskriven (de Shazer, 1997). Steg till fortsatt förändring undersöks noga på samma sätt som under ett första mötet.

Det första mötet kan mycket väl vara även det sista för en klient eller gruppdeltagare. Att en person bara behöver träffa en terapeut eller en grupp en gång för att få

den hjälp den behöver för att gå vidare på egen hand förekommer i alla terapier. I lösningsfokuserad terapi är det något som finns med i konceptualiseringen. Klienten ska gå i terapi endast så länge och med den frekvens som han/hon finner nödvändigt. Nödvändigheten av att vara med ännu en gång undersöks ofta med två skalfrågor om förändring och säkerhet. Om klienten upplever att tillräckliga förändringar skett för att klienten ska vara nöjd och/eller om klienten är tillräckligt säker på att antingen upprätthålla gjorda förändringar på egen hand eller om klienten är tillräckligt säker på att kunna fortsätta förändringsarbetet på egen hand så är detta en vink åt terapeuten att formulera feedbacken så att ett beslut från klientens sida om ett avslut av terapin bekräftas. (DeJong & Kim Berg, 1998). Den förändring som då har varit till hjälp för klienten kan alltså ha skett innan första gruppmötet. Hur ofta en klient kommer på mötena och hur länge klienten stannar beror på klientens bedömning av vad som är viktigt och relevant. Klientens bedömning ses som rimlig och informerad av gruppledarna.

Förändringsfaktorer i psykoterapi

När man vill undersöka en terapeutisk metod eller tekniks potentiella effekt kan man utgå från olika utgångspunkter. En sådan utgångspunkt är att jämföra beskrivningar av terapitekniken med det man redan vet om vad som behövs för att en terapimetod ska kunna ge positiv effekt. Nedan följer en liten beskrivning av forskningsläget vad gäller förändringsfaktorer i terapi med kopplingar till den lösningsfokuserade tekniken.

Den del av psykoterapiforskningen som handlar om vad som är effektivt i psykoterapi behandlar vilka processer som möjliggör mänsklig förändring och gemensamma faktorer i psykoterapi. I forskningen kring mänsklig förändring har man kommit fram till att det inte är meningsfullt att skilja på förändring inom terapi och utanför den. Det terapeuter gör, när terapi fungerar, är att använda och stärka naturligt förekommande förändringsprocesser i klientens liv (Hubble, Duncan & Miller, 1999). För att terapi ska fungera måste terapeuten börja inom klientens referensram och i den förändring som förefaller klienten rimligt och relevant. Att utgå från klientens referensram är centralt för lösningsfokuserad terapi. I lösningsfokuserad terapi kan terapeuten inte veta någonting om klientens möjligheter eller problem utan klientens referensram och beskrivning. En beskrivning av klientens möjligheter eller problem utifrån en professionell referensram är inte så intressant vid lösningsfokuserat terapeutisk förändringsarbete. Detta kan i vissa sammanhang förefalla mycket radikalt och ibland provocerande om det framförs på fel sätt till andra professionella som har kontakt med klienten. Men ur terapeutisk synvinkel ger detta

metodiska ickevetande en god grogrund för en klientkontakt som bygger på klientens referensram.

Psykoterapi kan ses som en speciell typ av sammanhang eller händelse som skiljer sig från andra sammanhang i vardagligt liv. Men det psykoterapeutiska sammanhanget styrs av samma sociala regler för mänsklig samvaro och förändring som andra mera vardagliga sammanhang. Mänsklig förändring uppstår när klienten aktivt undersöker sin omgivning, både i tanke och handling. Man prövar nya sätt att vara och bete sig, ger sig in i kreativa variationer av tidigare inlärd beteenden och tankar och löser problem när de uppstår (Bohart & Tallman, 1999). Förändringsprocesserna är desamma för förändring som sker hos klienter som är i terapi som för individer som utan terapi förändrar sig själva och sina liv. Prochaska drar slutsatsen att individer som spontant löser sina problem använder sig av samma generella strategier som de som används i terapi (Prochaska, 1999). På samma sätt använder terapeuter och klienter i terapi samma generella strategier som de individer som löser sina problem utanför terapi. De flesta specificerade terapeutiska tekniker som terapeuter använder förekommer alltså även spontant och naturligt i vardagslivet (Efran & Blumberg, 1994). Terapeutiska metoder raffinerar alltså vanliga vardagliga procedurer och tillhandahåller dem i destillerad och fokuserad form. I lösningsfokuserad terapi utgår terapeuten från att de potenta strategier som finns beskrivna i psykologisk litteratur uppstår spontant helt naturligt i människors vardag. Alla människor har erfarenhet av att till exempel insikt, nya handlingsmönster och acceptering av fakta ger positiva resultat. Man eftersträvar att fokusera uppmärksamheten på sådana händelser utanför terapi rummet och öka klientens kontroll över dessa.

Förändring i terapi beror på många faktorer. Specifika *terapeutiska tekniker* är en faktor. Om en positiv förändring skall komma till stånd i terapi beror enligt Lambert endast till 15 procent på teknik (Lambert, 1992). Till faktorn specifika tekniker räknas till exempel exponering, coping strategier för automatiska tankar och beteende experiment i kognitiv beteendeterapi, men även tolkningstekniker i psykodynamisk och kognitiv terapi. Utöver teknik finns andra gemensamma faktorer, detta är faktorer som är viktiga för terapieresultatet oberoende av vilken teknik eller modell terapeuten använder. De gemensamma faktorerna kan underlätta eller hindra förändring, om klienten inges hopp eller misströstan påverkar till exempel resultatet av terapin (Ogles, Anderson, & Lunnen, 1999).

De gemensamma faktorer, förutom teknik, som genererar positiv förändring oberoende av terapimodalitet är också beskaffade så att de uppstår spontant och naturligt i vardagslivet. Lambert rapporterar att 40 procent av variansen i resultat beror på extra-

terapeutiska faktorer, dessa faktorer är klienten och faktorer i klientens liv utanför terapin. 30 procent av variansen tillskrivs i relationsfaktorer i terapin mellan terapeut och klient och 15 procent av variansen tillskrivs placebo-faktorer (Lambert, 1992).

Extra-terapeutiska faktorer (Klientvariabler, självläkning och tillfälligheter) står för 40 procent av variansen i resultat. Att en klient befinner sig i rollen som klient, dvs att hon söker professionell hjälp eller bestämt sig för att gå till en terapeut är den variabel som starkast predicerar framgångsrik terapi. Det är tvärt emot vad som vanligen hävdas i beskrivningar av framgångsrik psykoterapi där terapeuten eller tekniken är central. Den största delen av terapeutisk förändring räknas till klientens förmåga att lyssna, anpassa sig, plocka ut guldkorn och hjälpa terapeuten när denne behöver stöd i sitt arbete. Klienter har en oerhörd förmåga att använda det som erbjuds i terapin. Det är till exempel av oerhörd betydelse hur klienten uppfattar och använder den teknik som terapeuten rekommenderar eller använder. (Tallman & Bohart, 1999). Extraterapeutiska variabler innefattar även faktorer i klientens omgivning som påverkar terapins chanser att lyckas. Relationer till anhöriga, ekonomisk situation, fysisk hälsa m.m. är exempel på sådana faktorer. Den lösningsfokuserade terapin är utgående från klientens referensram och ser alltid individen som en del av ett kontext. En individ utan kontext är konceptuellt omöjlig för en lösningsfokuserad terapeut. En individ definierar alltid sig själv i relation till ett kontext. Svaret på mirakelfrågan innehåller klientens önskade relation till sitt sammanhang. I undantagsfrågor och skalfrågor utvecklas målsättningar dynamiskt och stegvis ur detta sammanhang.

Den *terapeutiska relationen* är den andra viktiga variabeln för terapeutisk förändring. Det är klientens bedömning av kvalitén på relationen som har prognostiskt värde, om klienten tycker relationen är till hjälp så finns stora chanser att terapeuten faktiskt kommer vara till hjälp. Denna variabel kallas sedan i mitten av 80-talet för terapeutisk allians men har länge ansetts viktig. En stor del av relationsvariabeln kan tillskrivas klienten direkt och därför anser vissa forskare att över 70 procent av variansen i terapieresultat kan tillskrivas klientvariabler (Tallman & Bohart, 1999). Vanliga interventioner i terapi som att ge råd, reflekterande samtal, att ställa öppna frågor och att ge stöd och uppmuntran har varierande effekt (Beutler, Machado, & Allstetter Neufeldt, 1994). Det är möjligt att olika klienter reagerar olika på dessa interventioner, eller så beror dessa skillnader på att det krävs en godartad relation som möjliggör för klienten att tillgodogöra sig interventionerna. Viktiga inslag i en terapeutisk relation är att terapeuten individualiserar responsen och visar värme och empati inför klienten. Klienten bidrar till relationen genom att samarbeta och vara personligt involverad i den terapeutiska proceduren (Bachelor & Horvath, 1999). Plattformen

är det första och viktigaste i den terapeutiska relationen i en lösningsfokuserad terapi. Så snart en klient argumenterar för att förändring är omöjlig, för arbetsam eller inte önskvärd så skall en lösningsfokuserad terapeut omvärdera sin roll i samarbetsrelationen. Terapeuten har då missuppfattat vad det är klienten vill, upplever är möjligt och/eller relevant att arbeta för i terapirelationen (DeJong & Kim Berg, 1998).

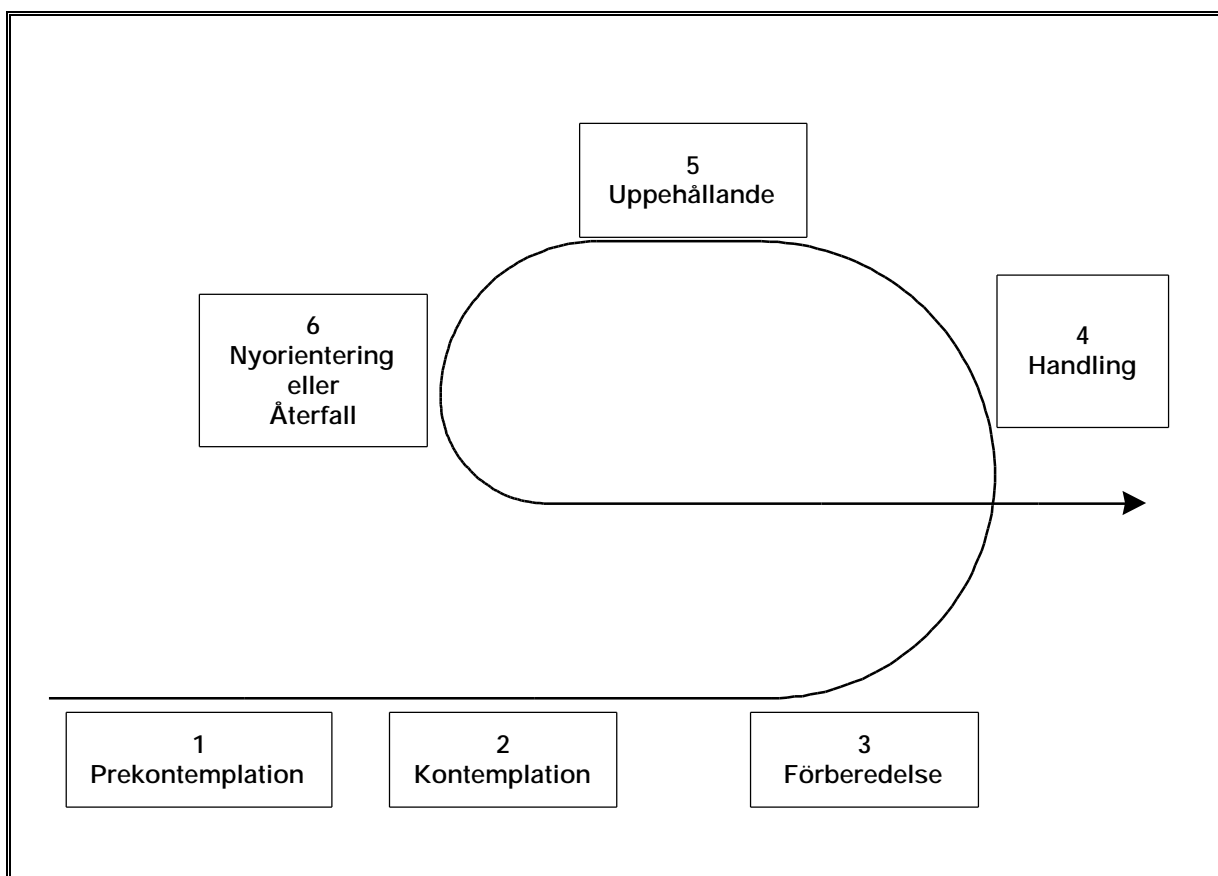
Förväntan och *förhoppning* om positiva resultat predicerar goda resultat i psykoterapi och enligt Lambert (1992) står denna placebofaktor för 15 procent av variansen av resultat i terapi. Före första terapisessionen inträffar en positiv terapirelaterad förändring hos mellan 40 och 66 procent av klienterna (Lawson, 1994; Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986). Under terapins inledning inträffar mellan 56 och 71 procent av den totala förändringseffekten i terapi (Fennel & Teasdale, 1987; Howard, Leuger, Maling, & Martinovich, 1993). Sådana dramatiska förbättringar i terapins inledande fas kan knappast tillskrivas specifika teknikeffekter och inte heller relationsvariabler kan vara helt ansvariga för detta. Denna snabba respons hos klienterna måste i stället tillskrivas andra gemensamma faktorer och då speciellt en förväntanseffekt. Med detta inte sagt att teknik inte har betydelse, effekten av terapi påverkas i senare stadier av terapeutens teknik. Både klientens och terapeutens förväntan påverkar resultatet av terapin. Det finns en interaktion mellan klientens och terapeutens förväntan. Den inställning och förhoppning klienten har till olika copingstrategier påverkar sannolikheten för att terapeuten rekommenderar en specifik teknik (Kirsch, Mearns, & Catanzaro, 1990). Den inställning som terapeuten har till interventioner och tekniker påverkar även klientens inställning till metoden (Bandura, 1969). Det är en ömsesidig process som idealt inger hopp i form av ökad känsla av agens hos klienten, klarare vägbeskrivning mot målet, klarare målbeskrivning och en upplevelse av möjligheten att genomföra förändringar för att nå målet (Snyder, Michael, & Cheavens, 1999). Hopp och förväntan skapar positiv förändring men positiv förändring skapar även hopp och förväntan. I lösningsfokuserad terapi tar man alltid upp förändringar som inträffat innan terapins inledning och undersöker och befäster dessa som tillhörande klientens kontext (vardagliga sammanhang). Detta görs genom skalfrågor och undantagsfrågor om förändring som inträffat före terapins start.

För att en terapeutisk teknik ska vara effektiv så krävs att terapeuten även har tekniker för att optimera effekten av gemensamma faktorer i terapin. Detta är sant oberoende av vilken teknik terapeuten är skolad i. En terapeut som inte behärskar detta kommer inte ha goda behandlingsresultat oavsett vad forskningen säger om den specifika teknik som terapeuten är skolad i.

Transteoretisk modell för förändring

Terapiforskning koncentrerar sig ofta på att pröva en specifik teknik eller kombinationer av specifika tekniker i jämförelse med andra tekniker. Men detta är bara en variabel som har betydelse för terapins utfall. Forskning om gemensamma faktorer och terapiprocessen riktar uppmärksamheten på alla de faktorer som är av betydelse. För att denna forskning ska få både klinisk och teoretisk relevans behövs transteoretiska modeller, ett sätt att tala om terapi som gör att kunskap och erfarenhet på ett produktivt sätt kan flöda mellan terapeuter av olika skolbildningar (Miller, Duncan, & Hubble, 1997).

Prochaska har utvecklat och forskat på en transteoretisk modell för mänsklig förändring (se figur 2). Modellen innehåller sex stadier. Till skillnad från stadiummodeller om mänsklig utveckling bygger denna modell inte på axiomet om en inneboende drift som tar klienten från ett stadium av förändring till nästa. En person kan befinna sig i varje stadium mycket länge och göra sig själv eller andra skada utan att närma sig nästa stadium, eller stanna i ett hälsosamt stadium utan att försämrans. (Prochaska, 1999). Detta statiska sätt att läsa i vilket stadium en person befinner sig utgår från att faserna är objektiva och avlöser varandra. Men detta är endast ett möjligt sätt att läsa modellen. I detta avsnitt kommer ett annat mer klientcentrerat läsningssätt att presenteras. Men först beskrivs modellen som Prochaska presenterar den. Modellen innehåller inget antagande om hur de processer som orsakar mänsklig förändring fungerar. Det är detta som gör modellen transteoretiskt. Stadierna i modellen har i huvudsak en kognitiv och beteendeariktad terminologi som kan begränsa den transteoretiska intensionen. Men modellen har fördelen att möjliggöra en beskrivning av terapi som praktik, som handling. Modellen gör det möjligt att diskutera idéer om mänsklig förändring som inte bygger på en psykologisk teori om vad som orsakar problem eller vad som behöver rättas till hos den individ som har problem.



Figur 2. Transteoretisk modell för mänsklig förändring fritt efter Prochaska (Prochaska, 1999)

Det första stadiet är ett *prekontemplativt* stadium. I detta stadium har klienten inte tänkt på att göra en förändring i den närmsta framtiden. Detta stadium kännetecknas av att klienten inte har samma uppfattning som observatören om relevansen, rimligheten eller möjligheten i en föreslagen förändring. Klienten kan vara mycket defensiv, skydda sig mot förslag som upplevs som påträngande. Klienten kan ha för lite information om risker och fördelar med olika handlingsalternativ och/eller klienten kan ha genomfört ett antal förändringsförsök men misslyckats och misströsta inför ännu ett försök.

Det andra stadiet är ett *kontemplativt* stadium. När en klient befinner sig i detta stadium är klienten ofta ambivalent inför förändring. Förändring kan upplevas som mycket besvärlig trots att man är medveten om fördelar. I detta stadium är man inte redo för handlingsorienterade behandlingsprogram, de är kontraproduktiva i detta stadium. Risken är stor att klienten hoppar av en handlingsorienterad behandling (Prochaska, 1999). Personer kan befina sig i detta stadium under lång tid, ett stadium av kroniska funderingar som riskerar att bryta ner klientens resurser.

Det tredje stadiet handlar om *förberedelse*. Trots att man inte gör så mycket åt sitt problem så har man bestämt sig för att detta är något man vill göra något åt i framtiden. Man har tagit några viktiga steg mot att påbörja en förändring. Personer som befinner sig i detta stadium är redo att tillgodogöra sig handlingsorienterad behandling.

I det fjärde stadiet går klienten till *handling*. Personen gör specifika overta förändringar i sin livsstil som leder mot önskade mål.

Uppehållande är det femte stadiet i Prochaskas modell. För att förändring ska vara hållbar krävs ett efterarbete. Detta stadium kännetecknas av att klienten är säker på att uppehålla förändringen och hantera motgångar. De flesta återfall i problematiska handlingsmönster sker vid emotionell stress och i detta stadium är det viktigt att kunna hantera och parera.

Det sista stadiet i Prochaskas modell är *slutförande*. Detta stadium kännetecknas av att klienten inte alls riskerar att falla tillbaka i tidigare problembeteende. Men det sista stadiet i modellen kan också beskrivas som det första stadiet i fortsatt spiral av förändringar. Detta stadium kan, beroende på betraktarens utgångspunkt beskrivas som ett *återfallsstadium* eller ett *stadium av nyorientering*. Denna tolkning implicerar en aldrig avstannande process där återfall eller nyorientering följs av en prekontemplativ fas då nästa varv i förändringsspiralen påbörjas. Förändring är en process som alltid pågår på något plan.

Det finns två huvudsakliga sätt att läsa Prochaskas modell. Den ena utgår ifrån ett observatörs perspektiv där en utomstående objektiv person skulle kunna bedöma i vilken fas en annan person befinner sig i förhållande till en specifik förändring som antas vara målet. Observatören är terapeuten i terapeutiska sammanhang och föremålet under observation är klienten. Om man kan tillhanda hålla ett program som syftar till arbetslivsinriktad aktivitet, smärt eller stresshantering så kan man till exempel bedöma klientens motivation och komma fram till att klienten befinner sig i en prekontemplativ fas eller i en förberedande fas. Sedan kan man utgå från bedömningen för skilja ut dem som har störst chans att tillgodogöra sig denna handlingsorienterad behandling.

Det andra sättet att använda modellen följer logiskt av antagandet att förändring är en ständigt pågående process. Man kan konstruera en behandling som fokuserar på individens egen uppfattning om vad som är viktigt och relevant för den individen i just den situation denna person befinner sig för tillfället. Vad gäller arbetslivsinriktad aktivitet, smärt eller stresshantering kan personen befinna sig i en prekontemplativ fas. Men om man istället talar om något annat som framstår som viktigt och relevant för personen så kommer andra stadier att komma i förgrunden. Enligt denna läsning av modellen så kommer alla klienter att

befinna sig i alla stadier samtidigt och det som varierar är den målsättning som läggs in i ekvationen.

Det andra sättet att läsa modellen ger även logiskt att det sätt som klienten beskriver sig själv, och det sätt som terapeuten beskriver klienten beror på hur deras relation och samtal utspelar sig. Observatörens (terapeutens) bedömning skapas i en kontext och är inte objektiv. Vilken fas en individ befinner sig i beror alltså både på vilken målsättning som är under utredning och på vem som och hur man frågar om denna målsättning. Därmed är objektiviteten i en bedömning alltid endast illusoriskt objektiv. Fokus för bedömningen måste därmed flyttas till klientens bedömning av vad som är viktigt och relevant att arbeta med i relationen till en viss rehabiliteringsaktör. Det som utreds blir alltid var i modellen *samarbetsprocessen* befinner sig.

Om man har utvecklat ett handlingsorienterat program specifikt inriktat på en viss sorts handling eller förändringsprocess så är det naturligtvis värdefullt att bedöma i förväg vilka klienter som kan ha störst nytta av detta. Problemet uppstår om man patologiserar eller på annat sätt misstänkliggör klienter som inte ser samma fördelar eller visar samma intresse för programmet som bedömaren. Problem kan även uppstå när rehabiliteringsaktören har en uttalad agenda (inte uttalad som metod eller program) som inte samspelar på ett konstruktivt sätt med klientens agenda. Rehabiliteringsutredningen (SOU, 2000:78) framhåller indirekt detta då man diskuterar motivationsbegreppet. Det är rehabiliteringsaktörens ansvar att utveckla en rehabilitering som bygger på stegvis utvecklande av målformuleringar ur individens egna förutsättningar och behov. Trots att arbetslivsinriktad aktivitet är den viktigaste utfallsvariabeln i föreliggande studie så är den terapeutiska inriktningen stegvis utvecklande av mål ur klientens förutsättningar och behov. Man har för forskningsändamål antagit att arbetslivsinriktad aktivitet kan komma att ingå som en del av rehabiliteringsprocessen för deltagarna. Men det är ur klientens referensram och med dennes bedömning av vad som är relevant och rimligt man arbetar terapeutiskt.

Behandlingsstudier

Det finns inte mycket efficacy (experimentell) forskning på psykoterapi där antalet sjukdagar, sjukskrivningsgrad eller arbetslivsinriktad aktivitet är utfallsvariabel. En faktor som är viktig vid rehabilitering är tidiga interventioner, och det finns en hel del forskning kring detta. Eftersom denna uppsats berör problematiken kring långa sjukskrivningar så kommer denna forskning inte att beröras här. För den som är intresserad av detta ämne rekommenderas en

artikel av Steven Linton om arbetslivsrehabilitering (Linton, 1998). I rehabiliteringsutredningen (SOU, 2000:78) och i forsknings sammanhang är man som framkommit överens om att diagnos inte är den centrala faktorn för personer som varit sjukskrivna under en längre tid. Tanken bakom utvecklandet av begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering är ju att det finns faktorer som är gemensamma för personer som gått längre sjukskrivna och har besvär av psykisk natur och/eller smärtproblematik. Diagnos och behandling av medicinska symptom är inte i sig själv en konstruktiv analysnivå för dessa problem. Det format av lösningsfokuserad gruppterapi som denna studie behandlar försöker inte adressera smärta och/eller olika typer av psykisk problematik specifikt. Ingångsvariabeln diagnos, grad av smärtupplevelse eller psykisk ohälsa har inte bedömts specifikt eller används som inklusionskriterie.

Det finns forskning som inkluderar både ett diagnosperspektiv och ett arbetslivsinriktat rehabiliteringsperspektiv. Denna forskning är oftast i form av uppföljning av en patientgrupp och innehåller därmed ingen kontrollgrupp i det jämförande momentet. I stället används gruppens basnivå som utgångspunkt när man beskriver effekten av behandlingen. I Uppsala har man dock genomfört en studie om effekten av ett smärthanteringsprogram med kontrollgrupp (Johansson, Dahl, Jannert, Melin, & Andersson, 1998). Studien innehöll 36 försökspersoner som fördelades slumpmässigt på två betingelser, väntelista och behandling. 75 procent av deltagarna var sjukskrivna och 32 procent var arbetslösa vid studiens början. Behandlingen gav en positiv effekt i form av ökad arbetsträning en månad efter behandlingens avslutande, men ingen effekt på sjukskrivningsgrad framkom. Behandlingen innehöll individuell målformulering, undervisning i teori hur smärtupplevelsen påverkas av undvikande av aktivitet, graderad aktivitet och individuellt anpassade muskelträningsprogram. Behandlingen pågick under fyra veckor och fem dagar per vecka. Behandlingsteamet bestod av en klinisk psykolog, fysioterapeut, arbetsterapeut, en lärare i fysiologi, en arbetskonsultent och en läkare. I en annan studie som dock saknade kontrollgrupp var behandlingen upplagd på samma sätt och i den sjönk sjukskrivningsgraden från 63.8 till 49.4 procent vid uppföljning efter två månader. Vid en uppföljning efter ett år visade en sjukskrivningsgrad på 29.8 procent. Eftersom denna studie saknade kontrollgrupp kan man inte säkert säga att effekten beror på behandlingen (Johansson et al., 1998). När det gäller nack- och axelbesvär finns även här bevis för att kognitiva och beteendeterapeutiska interventioner kan påverka tillståndet i positiv riktning. Resultaten gäller handikappsgrad, smärtintensitet och sannolikheten för återvändande till arbete (Linton, 1992). Kognitiva och beteendeterapeutiska interventioner vid kronisk

smärtproblematik har i många studier visat sig ha effekt på smärtupplevelse och aktivitetsgrad (Blanchard, 1994).

I fråga om depression finns också många studier som undersöker effektiviteten hos kognitiv beteendeterapi. Vid svårare och kroniska depressioner rekommenderas farmakologisk behandling i första hand. Farmakologisk behandling minskar snabbare patientens lidande medan kognitiv beteendeterapeutiskterapi minskar risken för återfall (Hollon & Beck, 1994).

Lösningsfokuserad terapi vid rehabilitering är inte ett vanligt forskningsämne. Ytterst få kontrollerade och randomiserade studier existerar. Det finns processforskning som besvarar frågor om vad det är i lösningsfokuserad terapi som fungerar. Det finns utvärderingar där man följer upp olika klientgrupper efter en tid och undersöker om de uppfyllt målen med terapin. Klienter är över lag mycket positiva till terapimetoden och rapporterar att de helt eller delvis uppfyllt sina mål (Beyebach, Morejon, Palenzuela, & Rodriguez-Arias, 1996). Denna typ av forskning är mycket intressant för kliniker som är intresserade av att veta hur det gått för den klientgrupp de behandlat och vid utveckling av metoden.

En av de första randomiserade och kontrollerade studier som gjorts på lösningsfokuserad terapi handlar om patienter som genomgått ryggoperation. Man jämförde en grupp patienter som genomgått ett work hardening program¹ och som dessutom fått lösningsfokuserad terapi med en kontrollgrupp som endast fått delta i ett work hardening program. Resultaten visar att man tidigare hade återgång till arbete betydligt genom att införa momentet lösningsfokuserad terapi i behandlingsprogrammet. Av de deltagare som fått lösningsfokuserad terapi som komplement gick till 68 procent (17 personer) tillbaka i arbete inom en vecka efter programmets avslut, motsvarande siffra i kontrollgruppen var 4 procent (1 person). Efter 30 dagar var 0 procent i behandlingsgruppen fortfarande sjukskrivna medan 30 procent (7 personer) i kontrollgruppen var sjukskriven (Cockburn, Thomas, & Cockburn, 1997).

¹ Författaren har trots ett antal försök inte lyckats att få kontakt med forskarna för referenser till en beskrivning av detta work hardening program. I artikeln beskrivs detta program som "The standard rehabilitation protocol" i artikelns referenslista finns ett antal artiklar som behandlar olika multidisciplinära rehabiliteringsprogram. Men det saknas referens till just det program som var kontrollbetingelse i studien. Någon exakt beskrivning av det program som användes som kontrollbetingelse i studien är därför tyvärr inte möjlig här.

Frågeställning

Författaren har trots omfattande litteratursökningar inte funnit någon kontrollerad forskning på andra format av lösningsfokuserad gruppterapi i rehabiliteringssammanhang i Sverige. Det lösningsfokuserade gruppterapiformat som denna studie gäller utvecklades av teamet speciellt för rehabilitering och de grupper som ingår i studien är de första som får denna behandling. Behandlingen inriktar sig direkt mot att klienterna genererar lösningar stegvis ur sin egen referensram och är därmed individcentrerad i fråga om mål och resursformulering. Detta har både i forskning om rehabilitering och psykoterapi visat sig vara viktiga faktorer i behandlingar som ger positiv effekt. Syftet med denna studie är att pröva om lösningsfokuserad gruppterapi har effekt i rehabiliteringssammanhang. Om lösningsfokuserad gruppterapi har effekt så kan man förvänta sig förändring i arbetslivsinriktad aktivitet och psykisk hälsa. Därför undersöks i denna studie om den grupp som får lösningsfokuserad gruppterapi förändras mera än kontrollgruppen vad gäller arbetslivsinriktad aktivitet, upplevelse av sammanhang i livet, kontroll, nedstämdhet och upplevelse av besvär. Dessutom undersöks behandlingsgruppens upplevelse av samarbetsrelationen med terapeuterna.

Metod

Undersökningsdeltagare

Urval

För deltagande i studien var inklusionskriteriet sjukskrivning mellan sex månader och tre år. Exklusionskriterierna var aktivt missbruk av droger eller alkohol, akut psykotisk problematik, cancersjukdom, arbetsprövning eller annan form av påbörjat arbetslivsrehabiliterande aktivitet. I de enstaka fall en deltagare påbörjat arbetsprövning i tiden mellan urval och behandlingsstart inkluderades dock deltagaren i studien.

Urvalet gjordes av försäkringskassan. Deltagarna matchades i par efter ålder ± 4 år, sjukskrivningslängd ± 6 månader, kön, arbetslöshet eller anställning och diagnostyp i fyra kategorier: 1) stressyndrom, utbrändhet och kris; 2) smärta i axlar och nacke; 3) smärta i rygg; 4) psykiatriska diagnoser, t ex depression, social fobi och paniksyndrom.

Bortfall

Av de 39 personer som inbjöds att delta i gruppbehandlingen så tackade 24 personer nej. Bortfallet i inledningsskedet uppgick därmed till 62.5 procent. Personer som angav skäl till att

tacka nej angav att de hade planer för framtiden, hade påbörjat aktivitet, eller att de kände sig för svaga fysisk eller psykiskt för att delta. Sex kvinnor som tillfrågades önskade delta men avråddes av psykoterapeut eller läkare. Av de 15+15 personer som utgjorde behandlings- och kontrollgrupp så bortföll tre personer ur behandlingsgruppen och fyra personer ur kontrollgruppen från att svara på de längre mätinstrumenten (KASAM, BDI och Besvärsskalan). Bortfallet blev därmed 20 procent ur behandlingsgruppen och 26.7 procent ur kontrollgruppen. VAS-skalorna besvarades inte av två personer ur vardera grupp. Bortfallet på dessa skalor blev därmed 13.3 procent. På samtalsutvärderingen som endast behandlingsgruppen svarade på inkom 13 svar från 15 deltagare, bortfallet var 13.3 procent. De som avstod från att svara på mätinstrumenten angav, då det angavs något skäl, att de tyckte det kändes betungande och att de inte mådde tillräckligt bra för att orka med detta.

Demografisk beskrivning

Demografiska data för urval och deltagare framgår av tabell 1. Fördelningen mellan könen, ålder, arbetsmarknadsstatus, antal sjukskrivningsdagar, diagnos och sjukskrivningsgrad ingick i matchningskriterierna och inga stora skillnader finns mellan behandling och kontrollgrupp. Bortfallet i inledningsskedet av studien var större för kvinnorna och fler arbetslösa personer valde att delta än personer som hade anställning. Antalet sjukdagar är högre hos dem som valde att delta än i urvalet. I grupperna förekommer tilläggsdiagnosen tinnitus i några fall och den diagnos som anges i tabell 1 är den huvudsakliga diagnosen, ofta fanns flera diagnoser hos samma deltagare.

Tabell 1. Demografisk beskrivning för hela urvalet och experimentgrupp och behandlingsgrupp avseende; Könsfördelning; arbetsmarknadsstatus (anställning eller arbetslös); medelålder; sjukskrivningsdagar i medeltal; fördelning av diagnostyp och sjukskrivningsgrad vid studiens inledning. Standardavvikelse inom parantes.

	n	Kön i %		Arbetsmarknad		ålder Medel värde	Sjukskrivning antal dagar Medel värde	Diagnostyp i %				Sjukskrivning	
		K	M	Anst	arblös			1	2	3	4	1/1	1/2
Hela urvalet	39+39	64,1	35,9	66,7	33,3	42,6 (6,6)	324,0 (140,6)	5,1	20,5	25,6	30,7	91,0	9,0
Deltagare i studien	15+15	53,3	46,7	40,0	60,0	41,7 (5,9)	349,5 (158,7)	13,3	13,3	26,7	46,7	93,3	6,7
Experiment grupp	15	53,3	46,7	40,0	60,0	42,1 (5,8)	353,4 (167,5)	13,3	13,3	26,7	46,7	93,3	6,7
Kontroll grupp	15	53,3	46,7	40,0	60,0	41,3 (6,1)	345,5 (154,6)	13,3	13,3	26,7	46,7	100,0	0,0

Diagnostyp: 1=Stressyndrom, Utbrändhet och Kris. 2=Smärta i axlar och nacke. 3=Smärta i rygg. 4=Psykiatriska diagnoser, i huvudsak depression (enstaka fall socialfobi och paniksyndrom).

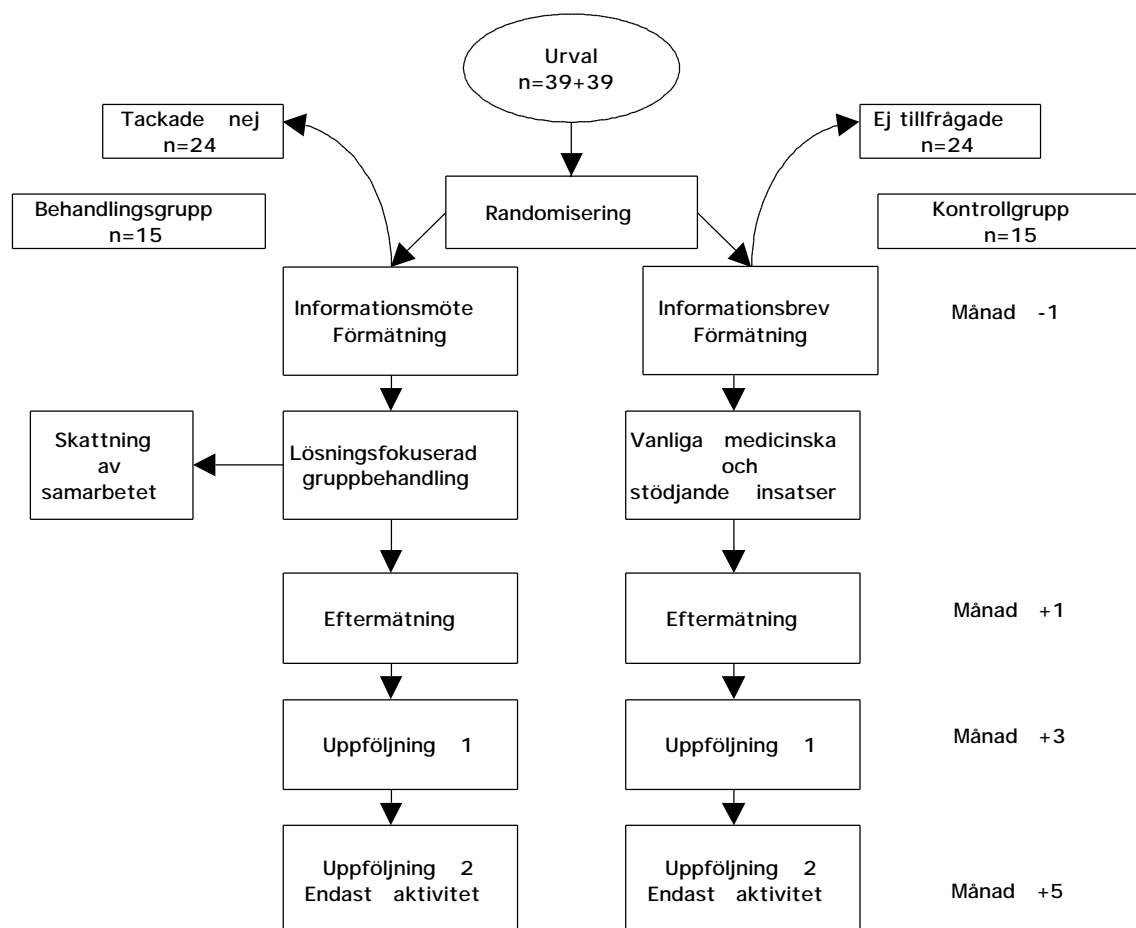
Behandlings- och kontrollgrupp

Inklusionskriteriet för deltagande i studien var att individen inte påbörjat ett rehabiliteringsarbete. När förmätningen gjordes framkom dock att en person i behandlingsgruppen och två personer i kontrollgruppen hade påbörjat ett rehabiliteringsarbete i form av arbetsprövning. Dessa personer ingår trots det i studien. Matchningen av sjukskrivningsgrad var inte heller helt perfekt, en person i behandlingsgruppen var sjukskriven 50 procent medan matchen i kontrollgruppen var sjukskriven till 100 procent. Båda grupperna hade genom sin läkare och handläggare på försäkringskassan tillgång till normala medicinska åtgärder och rehabiliteringsplanering under denna tid. Till medicinska åtgärder räknas här förutom rena läkarkontakter även massage, sjukgymnastik och traditionell samtalsterapi företrädesvis på psykodynamisk grund. Båda grupperna hade samma möjligheter som alla andra sjukskrivna att utnyttja de resurser som finns i socialförsäkringssystemet. Kontrollgruppen informerades inte om den behandling som de utgjorde kontrollgrupp till.

Design

Studien innehöll två betingelser, en behandlingsgrupp och en obehandlad kontrollgrupp, över vilka deltagarna fördelades slumpmässigt. Deltagarna mättes före och efter interventionen, Designen åskådliggörs i figur 3.

Den första betingelsen var en terapeutledd behandlingsgrupp för närmare beskrivning se rubriken *behandlingens utformning*. Kontrollgruppen fick ingen behandling inom ramen för denna studie.



Figur 3. Studiens design efter urval

Mätinstrumenten

Beck Depression Inventory (BDI): BDI är ett självskattningsformulär som innehåller 21 frågor och möjliga svars-poäng mellan 0 och 63 poäng. BDI består av en fyrgradig skala (0-3) (Beck, 1995). Formuläret är konstruerat för att mäta graden av depression utifrån kognitiva, beteendemässiga och somatiska aspekter. En totalpoäng på BDI mellan 10 och 16 antyder en lindrig depression, ju högre poäng desto allvarligare depression. BDI reviderades 1971 och det är den reviderade versionen översatt till svenska som används i denna studie. Det är, om

inte annat anges, den engelska versionens psykometriska egenskaper som redovisas nedan. BDI har visats ha goda psykometriska egenskaper vid ett antal studier. Av manualen (Beck & Steer, 1996) framgår att det gjorts en meta analys där nio psykiatriska urval och femton icke psykiatriska urval ingick. I de psykiatriska urvalen var Cronbachs koefficient alfa .86 och för de icke psykiatriska urvalen .81. I en svensk studie visades en Cronbachs alfa koefficient på .86 för en heterogen grupp (n=519) inbegripande smärtpatienter. Därav kan dras slutsatsen att BDI har en hög inre konsistens i både kliniska och icke kliniska populationer. Det är mindre lämpligt att uppskatta skalans reliabilitet med test-retest eftersom patienternas svarspoäng förväntas ändras över tid och som resultat av interventioner. Dock rapporteras en test-retest korrelation på .90 över en tvåveckorsperiod för 240 universitetsstudenter, vilket styrker att den totala svarspoängen är stabil över tid för en normalpopulation. I en annan studie fann man dock endast en test-retest reliabilitetskoefficient på .64 över en veckas tidsintervall för 139 universitetsstudenter. BDI har visats ha diskriminant validitet för att skilja en psykiatrisk population från en normalpopulation. Generellt finns inga meningsfulla samband i resultat på BDI och faktorer som kön och ålder.

Känsla av sammanhang (KASAM): KASAM är ett copingmått, ett mått på förmågan att hantera svåra situationer i livet. KASAM definieras av Antonovski (1990) som:

En global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomgående och varaktig men dynamisk känsla av tillit att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man ska kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang.

Mätinstrumentet består av 29 frågor med svarsalternativ från 1 till 7. Ju högre KASAM desto högre copingförmåga. KASAM används företrädesvis i omvårdnads- och medicinsk rehabiliteringsforskning. I nio studier som gjorts på olika populationer i Israel, USA och England har instrumentet demonstrerat en genomgående hög nivå på Cronbachs alfa, nivåerna ligger mellan .84 och .93 vilket vittnar om instrumentets reliabilitet och en hygglig grad av inre konsistens. Studierna visar på en heterogenitet hos svarspoängen även i homogena grupper, variationskoefficienterna är betydande (från .10 till .20) bland de grupper som ingår i de nio studierna till exempel psykologstudenter i USA och arméofficerare under utbildning i Israel. En indikation om KASAM:s prognostiska validitet ges av en av studierna som gjorts på israeliska medborgare. I denna tvärsnittsstudie ombads de svarande att skatta sitt eget hälsotillstånd på en niogradigskala. Resultaten visade att ju högre man skattar sin hälsa desto högre svarspoäng på KASAM har man. Endast 7 procent av den grupp som hade

högst KASAM återfanns i den sämsta hälsokategorin medan 35 procent av de som hade lägst KASAM återfanns där. Dessa data säger dock inget om orsakssambanden. Man har dock visat en viss korrelation mellan skattad hälsa och svarspoäng på KASAM. (Antonovsky, 1991)

Besvärsskala(PAIRS): Besvärsskalan mäter kognitiva faktorer som har betydelse i samband med smärtproblematik. Denna skala mäter i vilken grad smärtpatienter upplever att smärta hindrar dem från att göra sina vardagliga sysslor. Instrumentet består av 15 påstående och patienten väljer svarsalternativ på en likertskala. Cronbachs koefficienten alfa har beräknats till .82 vilket visar en adekvat reliabilitet vad gäller inre konsistens. PAIRS har visats signifikant korrelera med både självskattningsskalor och objektiva mätningar av rörelsehinder.(Riley, Ahern, & Follick, 1988)

Visuella analoga skalor (VAS): VAS-skalor används för att mäta subjektiva föränderliga fenomen (Wewers & Lowe, 1990). Skalan kan utformas på olika sätt. I denna studie bestod VAS-skalorna av en rak, horisontell, 10 cm lång linje med ett påstående i varje ända (se bilaga 2) Skalan för känsla av kontroll gick från *helt kaos* till *helt under kontroll*, Skalan för nedstämdhet gick från *helt ledsen* till *helt glad* och besvärsskalan gick från *helt outhärdliga* till *helt borta*. Vid mättillfällena skulle deltagaren markera den punkt på linjen som bäst stämde överens med hur han/hon upplevde sin situation. Linjen mättes sedan och gav ett värde i millimeter. Mätningen gjordes av forskaren som först sett till att uppgift om vilken betingelse svaret tillhör tagits bort. Detta gjordes för att forskaren inte oavsiktligt skulle mäta till fördel eller till nackdel för svar ur en viss betingelse. VAS-skalans psykometriska egenskaper har i huvudsak undersöks vad gäller skalor som gäller stämningsläge och smärta. Vad gäller reliabilitet vid upprepad mätning så är korrelationen mellan .95 och .99. Dessa ovanligt höga korrelationskoefficienter är inte oväntade eftersom den upprepade mätningen skedde snart inpå den första mätningen (5 minuter till 24 timmar efter första mätningen). Minnet av upplevelsen av händelsen förväntas inte ha ändrats under denna tid. Även en test effekt kan ha inverkan. Man har visat att försökspersoner minns hur de svarat på VAS-skalor som givits utan instruktionen att försöka minnas dem ett dygn senare. Försökspersoner har dock lättare att korrekt reproducera svar som ligger på ytterkanterna än svar som ligger i mitten av skalan. Huruvida skalan är horisontell eller vertikal och huruvida ytterkanterna är markerade med ett avlutande streck eller inte kan påverka var en person sätter sitt svar på skalan. Därför är det mycket viktigt att skalan i en studie ser likadan ut i varje mätning. Vad gäller konstruktvaliditet har man visat att man med hjälp av VAS-skalor kan mäta en förväntad smärtninskning vad gäller dental smärta efter behandling hos tandläkare. Vad gäller diskriminationsvaliditet har man visat att VAS-skalor är mer känsliga för små

förändringar i smärt intensitet än smärtskalor med fyra svarsalternativ. De fångar även upp större förändringar. Kriterievaliditeten hos ett antal VAS-skalor har uppmätts genom att korrelera med samtidigt givna mätinstrument. Denna validitet varierar mellan .42 och .91. Några studier undersöker kriterievaliditeten genom att mäta skillnaden mellan en läkares bedömning av en patients subjektivt upplevda smärta och patientens egen bedömning av sin upplevda smärta. Detta visar dock bara en skillnad eller likhet i referensram och upplevelse mellan två personer och är därför inte ett lämpligt sätt att få fram validitets mått enligt författarna. (Wewers & Lowe, 1990)

Arbetslivsinriktad aktivitet: Försäkringskassan tog i efterhand fram uppgifter om deltagarnas aktivitet och sjukskrivning för varje mätillfälle. Begreppet arbetslivsinriktad aktivitet innebär i denna studie arbetsprövning, arbetspraktik, utbildning, rehabiliteringsersättning och friskskrivning. Detta är uppgifter som rutinemässigt registreras av försäkringskassan och de är relativt enkelt tillgängliga. Data räknades om till genomsnittlig procentuell aktivitet under hela mätintervallet. Om en person hade 75 procent arbetspraktik under halva den månad som utgjorde mätintervallet så räknades den genomsnittliga aktivitetsgraden ut; i detta fall 37,5 procent arbetslivsinriktad aktivitet. Dessa data delades sedan in i två möjliga utfall; Utfall 1: Ökning av arbetslivsinriktad aktivitet från förmätning till eftermätning eller uppföljning. För de tre personer som vid kursstart hade full arbetsprövning gäller att denna arbetsprövning fortsatt på en nivå över 75 procent efter förmätningen. Utfall 2: Innebar att deltagaren minskat sin arbetslivsinriktade aktivitet jämfört med förmätningen (för personer med full aktivitetsgrad vid förmätningen en sänkning till 75 procent eller lägre). Dessutom räknas de deltagare som har en oförändrad aktivitetsnivå under 75 procent till denna grupp

Samtalsutvärdering (SRS): Detta är ett instrument för utvärdering av terapi sessionen (se bilaga 1). Instrumentet ingår i denna studie för att kontrollera variabeln samarbetsrelation för behandlingsgruppen. SRS består av åtta par av motsatta påståenden. Deltagaren skall markera sin upplevelse av relationen och samarbetet i med en professionell hjälpare (till exempel terapeut, rehabiliteringshandläggare eller läkare) på en femgradig skala från 4 till 0. Där 4:a står för ett gott samarbetsklimat eller god relation och en 0:a står för allvaliga samarbetsvårigheter och en dålig relation. Instrumentets items tolkas utifrån deras face validity, eftersom instrumentet inte har utforskade psykometriska egenskaper. Instrumentet har svarsalternativen *håller helt med denna sida* och *håller delvis med denna sida* med *neutral* i mitten. Ett exempel från skalan är *Den jag pratade med verkade uppriktig och ärlig* på ena sidan och *Den jag pratade med verkade oärlig och falsk* på andra sidan. Den

maximala svarspoängen är 32 och den minsta möjliga svarspoängen är 0. Som terapeut bör man bekymra sig för alla svar som är under 4:a. I en terapisituation används instrumentet för att hjälpa terapeuten att få feedback under terapins gång och för att möjliggöra en korrigerande av responsen. Detta instrument har ett terapeutiskt värde, speciellt i grupsituationer då det är svårare än annars att hela tiden ha uppmärksamheten lika väl riktad på alla individer. Det är även av vetenskapligt värde eftersom det är viktigt ur etiskt perspektiv att deltagande i en behandling inte skall innehålla upplevelser av kränkande eller alienerande natur. Svar på något item som är lägre än 2 (neutral) antyder att deltagaren upplevt en kränkning under samtalet eller mötet.

För-, efter och uppföljningsmätning bestod av Känsla av sammanhang (KASAM) (Antonovsky, 1991), Beck depression inventory (BDI) (Beck, 1995), Besvärsskala (PAIRS) (Riley et al., 1988), VAS-Skalor (se bilaga 2). Sjukskrivningsgrad mättes i 4 intervaller om en månad. Som komplement till de psykologiska mätinstrument som ingår i studiens jämförande del redovisas även resultaten av en samtalsutvärdering (se bilaga 1). Gruppledarna använde sig av den för att mäta klient-terapeut relationens kvalitet under behandlingen.

Behandlingens utformning

Den lösningsfokuserade gruppterapi som beskrivs i denna studie har utvecklats i samarbete mellan gruppledarna och metodhandledaren och följer i stort sett de forskningsdefinitioner av lösningsfokuserad terapi som stadgats av EBTA:s (European Brief Therapy Association) forskningskommitté år 2000 (se bilaga 3). Dock har anpassningar gjorts till gruppformatet på fyra punkter. (1) I forskningsdefinitionen räknar man med att terapeuten och klienten träffas i 45 minuters sessioner medan man i denna gruppbehandling träffas under fyra timmar per gång. (2) Man har även anpassat arbetet med Mirakelfrågan så att man introducerar den när man finner lämpligt under de tre första dagarna av gruppterapin. I forskningskriterierna stadgas att Mirakelfrågan introduceras under den första sessionen. (3) Komplimanger ges inte efter paus utan integreras i samtalsformen och ges ibland som en skriftlig feedback. (4) Gruppledarna tar inte paus i slutet av dagen för att sammanfatta. Detta görs i stället kontinuerligt genom att gruppledarna turas om att vara observatör och formulera det som ingår i en lösningsfokuserad sammanfattning. Dessa anpassningar har gjorts helt och hållet utifrån gruppformatet. Detta format av lösningsfokuserad gruppmetod är utvecklad ur den lösningsfokuserade metodiken för individ och familjesamtal och man har strävat efter en så

stringent tillämpning av tekniken som möjligt. Man har även ansträngt sig för att utveckla en teknik som utnyttjar gruppformatet så att gruppterapin ska ge positiva fördelar som en individualterapeutisk insats inte skulle kunna ge.

Behandlingen skedde i två omgångar och bestod av tre inledande heldagar och därefter träffar en dag i veckan under fem veckor. Behandlingen bestod allt som allt av åtta heldagar och pågick under ca två månader.

En viktig del i denna gruppterapimodell är att växla format, gruppen arbetar i dialoger två och två, i smågrupper om ca tre personer, eller i helgrupp. Man skapar även tillfällen för egen reflektion genom att varje deltagare får utrymme att fundera tyst för sig själv på frågor och övningar. Man försöker ha flera format under samma övning för att möjliggöra så många olika processer som möjligt. Olika format innebär olika typer av aktivitet och alla typer av aktivitet är potentiellt viktiga. Att lyssna eller prata i storgrupp eller att samtala i dialogform med en annan deltagare möjliggör olika typer av förändringsprocesser.

Denna gruppbehandling arbetar med en öppen grupp. Gruppdeltagarna väljer själva i vilken mån de är närvarande och avslutar sitt deltagande då de själva anser att de är redo för det. I de fall deltagare inte kan vara med en gång men önskar det så kan gruppledarna ha en individuell session. I denna behandling finns fasta tider för gruppträffarna och detta innebär ju att det inte är den individuella deltagarens initiativ som styr. Detta problem hanteras genom att noga undersöka vad som skulle göra det relevant att delta i nästa möte och vad som varit relevant i det möte som man haft. Viktigt är också att varje gång en deltagare kommer på ett möte så betraktades det som ett konstruktivt val från deltagaren. Att utebli eller lämna gruppen innan dagen är slut betraktas likaledes som ett konstruktivt och positivt val från deltagarens sida. Detta innebär att man alltid eftersträvar att skapa win-win situationer. Man riktar uppmärksamheten mot att noga undersöka på vilket sätt dessa och andra val är till gagn för deltagaren. Man utgår alltid från att deltagaren gör det val som i hennes situation är det bästa. Formen är därmed flexibel för största möjliga deltagaragens.

När någon ska sluta i gruppen ställs skalfrågor som handlar om måluppfyllelse och grad av säkerhet på att förändringen är stabil och möjlig att uppehålla på egenhand. Gruppledarna eftersträvar metodtransparens och berättar gärna om metoden för gruppen om man uttrycker ett intresse för gruppledarnas utgångspunkter och erfarenheter.

De tre första mötena med gruppen motsvaras av strukturen i P.L.U.S-modellen. Fortsättningsmötena följer 4:ESS tekniken och avslutningar skedde enligt principerna för avslutningsmöten. För en dag för dag sammanfattning av händelseförloppet se bilaga 4.

Denna sammanfattning innehåller i punktform både övningar och gruppens svar på övningarna, eftersom gruppens svar bestämmer vilka övningar gruppledarna initierar.

Tillvägagångssätt

På försäkringskassan tog man i två omgångar fram totalt 78 personer, dvs 39 matchade par, som fyllde urvalskriterierna. Forskaren slumpade sedan individerna i de matchade paren mellan behandlings och kontroll betingelser.

Förmätningen: Deltagarna som slumpats till behandlingsgruppen kallades till informationsmöte och erbjöds delta i gruppbehandlingen. Forskaren presenterade därefter kort forskningen och delade ut kuvert till deltagarna som innehöll ett svarskuvert, ett frågehäfte med mätinstrumenten och ett informationsblad (se bilaga 5). Deltagarna ombads fylla i frågeformulären. Deltagarna fyllde i vissa fall i frågeformulären direkt på plats efter informationen och lämnade till forskaren, andra deltagare valde att fylla i formulären hemma och skicka in dem med svarskuvertet. Kontrollgruppen fick sina frågeformulär och informationsblad per post och svarade genom att skicka tillbaka häftena i svarskuvertet. Deltagare som inte kunde närvara på informationsmötet men som skulle delta i behandlingen fick även de informationen och frågehäftet per post. Om svar inte inkommit en vecka efter utskick/information kontaktades deltagarna via telefon. I de fall någon valde att avstå från att fylla i frågehäftet så ställdes efter samtycke VAS-skalorna per telefon. Efter varje inkommet svar skickades eller delades en trisslott ut till deltagaren.

Samtalsutvärdering (SRS) besvarades endast av behandlingsgruppens deltagare. SRS administrerades av gruppledarna. Instrumentet delades ut under tredje eller fjärde gruppträffen. Deltagarna lämnade inte anonyma svar.

Eftermätningen: Forskaren var närvarande vid sista behandlingstillfället och delade ut det andra brevet innehållande frågeformulärhäftet, svarskuvert och informationsblad till de närvarande. Deltagare i kontrollgrupp och de deltagare i behandlingsgruppen som inte var närvarande vid detta tillfälle fick samma brev per post. En vecka efter utskick ringde forskaren upp de deltagare som inte skickat tillbaka svarskuvertet och följde samma procedur som i förmätningen.

Uppföljningsmätningen: Mätinstrumenten skickades efter tre månader med post till samtliga deltagare i studien. I övrigt följdes samma procedur som vid förmätning och eftermätning.

Mätningen av arbetslivsinriktad aktivitet gjordes i efterhand av försäkringskassan som sammanställde de arbetslivsrehabiliterande insatser som gjorts under respektive mätperiod för varje deltagare. Förmätningen gjordes månaden före behandlingsstart, eftermätning var månaden efter behandlingens avslut. Uppföljning 1 gjordes den tredje månaden efter behandlingen avslut och uppföljning 2 gjordes den femte månaden efter behandlingens avslut.

Statistiska analyser

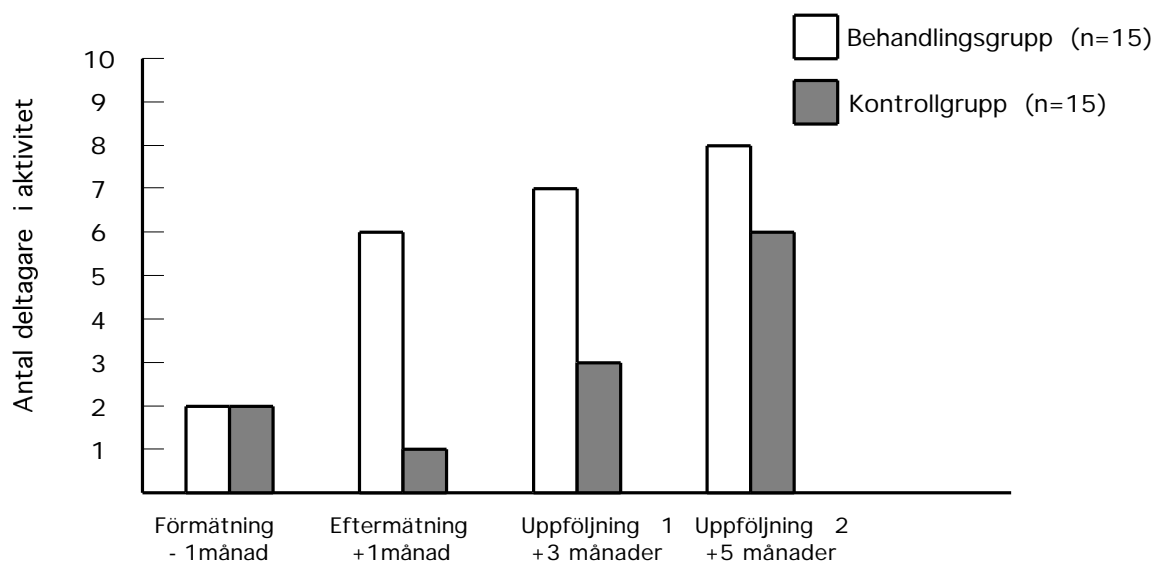
För statistisk bearbetning användes statistikprogrammet Statistica™ (*Stat Soft Inc*, 1991-1994). Analyserna som gjorts är Anova Mixed Design där mellangrupsvariabeln var grupp och där inomgrupsvariabeln var tid (förmätning, eftermätning och uppföljning). Vid signifikansnivå $p < 0.05$ genomfördes eftertest med Tukey Honest Significant Difference Test (Tukey HSD) med korrigering för olika gruppstorlekar enligt Spjotvoll. Vid analysen av kategoridata för arbetslivsrelaterad aktivitet användes Chi-2.

Effektstorlek räknades ut med formeln för Cohens d för de psykologiska mätinstrumenten och med Cohens w för Chi-2 testen.

Resultat

Arbetslivsinriktad aktivitet

Data beträffande återgång i arbetslivsinriktad aktivitet analyserades genom Chi-2 analyser. Rådata för arbetslivsinriktad aktivitet redovisas i figur 4 och tabell 2: Figur 4 beskriver antalet deltagare i arbetslivsrelaterad aktivitet i behandlings- och kontrollgrupp för de fyra mätperioderna.



Figur 4. Antalet deltagare i arbetslivsinriktad aktivitet för varje mätperiod

För en uppfattning om hur graden av arbetslivsrelaterade aktiviteten fördelar sig för deltagarna under studiens mätperioder se tabell 2. Tabellen visar att det är något vanligare att börja en arbetslivsinriktad aktivitet med deltid i behandlingsgruppen

Vad gäller *friskskrivning*, som ju är målet med arbetslivsinriktad aktivitet så är det mycket få individer i både kontroll och behandlingsgrupp som under mätperioderna friskskrivits. De är så få att det inte är meningsfullt att göra någon egen analys av detta lilla antal. I behandlingsgruppen var 2 personer helt friskskrivna och 1 person var friskskriven på deltid vid den sista uppföljningen. I kontrollgruppen var 3 personer helt friskskrivna i den sista uppföljningen och 1 person var friskskriven på deltid. Detta innebär att 20 procent av behandlingsgruppen helt eller delvis friskskrivits vid den sista uppföljningen och att motsvarande siffra för kontrollgruppen var 26 procent.

Tabell 2. Fördelning av deltagare i aktivitet på fem olika nivåer av aktivitetsgrad under varje mättillfälle. Antal deltagare i behandlingsgrupp och kontrollgrupp är totalt n=15+15.

Aktivitetsgrad %	Månad -1		Månad +1		Månad +3		Månad +5	
	Behandling	Kontroll	Behandling	Kontroll	Behandling	Kontroll	Behandling	Kontroll
0	13	13	9	14	8	12	7	9
1-24	0	0	0	0	1	0	1	0
25-49	0	0	1	0	1	0	2	1
50-75	1	0	0	0	0	0	1	0
75-100	1	2	5	1	5	3	4	5
Summa	15	15	15	15	15	15	15	15

För *Chi-2 analysen av arbetslivsinriktad aktivitet* delades deltagarnas aktivitetsgrad upp i två möjliga utfall:

Utfall 1: Ökning av arbetslivsinriktad aktivitet från förmätning till eftermätning eller uppföljning. Eller för de tre personer som vid kursstart hade full arbetsprövning, att denna arbetsprövning fortsatt på en nivå över 75 procent efter förmätningen.

Utfall 2: Innebar att deltagaren minskat sin arbetslivsinriktade aktivitet jämfört med förmätningen (för personer med full aktivitetsgrad vid förmätningen en sänkning till 75 procent eller lägre). Dessutom räknas de deltagare som har en oförändrad aktivitetsnivå under 75 procent till denna grupp. Tabell 3 visar hur antalet deltagare fördelade sig i varje *Chi-2* analys på utfall 1 och 2 och mellan behandlings- och kontrollgrupp.

Vid undersökningen av hur den arbetslivsrelaterade aktiviteten förändrats och bibehållits mellan förmätning och eftermätning (se tabell 3A) framkom en signifikant skillnad. Den innebär en ökad eller bibehållen hög aktivitetsgrad hos behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen ($\chi^2(1)=4.67, p<0.05$). I behandlingsgruppen hade 5 personer ökat sin arbetslivsinriktade aktivitet från förmätning till första eftermätningen. Den enda person som hade en hög aktivitetsgrad vid förmätningen hade bibehållit denna. Resterande 9 deltagare i behandlingsgruppen hade inte förändrat sin aktivitetsgrad. I kontrollgruppen hade en person ökat sin arbetslivsrelaterade aktivitet. Två av deltagarna i kontrollgruppen hade minskat sin aktivitetsgrad mellan förmätningen och eftermätningen, och resterande 12 deltagare hade oförändrad aktivitetsgrad.

Tabell 3. Fördelningen av deltagare på Utfall 1 och Utfall 2 för varje Chi-2 analys. Utfall 1 innebär att deltagaren ökat eller bibehållit en arbetslivsinriktad aktivitet över 75 procent. Utfall 2 innebär att deltagaren minskat eller har oförändrad arbetslivsinriktad aktivitet på 75 procent eller lägre. Antalet är n=15+15 det vill säga totalt 30 deltagare.

	Förmätning till Eftermätning			Förmätning till Uppföljning 1			Förmätning till Uppföljning 2	
	Utfall 1	Utfall 2		Utfall 1	Utfall 2		Utfall 1	Utfall 2
Behandling	6	9	Behandling	8	7	Behandling	7	8
Kontroll	1	4	Kontroll	3	12	Kontroll	5	10

Vid analysen av förändringen och bibehållande av aktivitetsgrad mellan förmätningen och första uppföljningen (se tabell 3B) framkom en tendens ($\chi^2(1)=3.59, p<0.10$) till fördel för behandlingsgruppen.

Vid jämförelsen mellan grupperna och förändring från förmätningen vid det andra uppföljningstillfället (se tabell 3C) framkommer inga signifikanta skillnader.

Känsla av sammanhang och kontroll

Resultatet av *Känsla av sammanhang (KASAM)* framgår av tabell 4. Behandlingsgruppen har ett lägre ingångsvärde i förmätningen än kontrollgruppen. I eftermätningen närmar sig grupperna varandra på grund av en ökning hos behandlingsgruppen och en minskning hos kontrollgruppen. I uppföljningen bibehåller behandlingsgruppen endel av sin ökning medan kontrollgruppen fortfarande har en liten minskning jämfört med förmätningen. Inga signifikanta interaktioner mellan grupperna övertid framkommer i analysen. Resultatet av VAS-skalan *Kaos-Kontroll* (se bilaga 2) framgår också av tabell 3. Kontrollgruppen har ett högre ingångsvärde vad gäller upplevelse av kontroll än behandlingsgruppen. Kontrollgruppens värde är lägre än vid förmätningen vid både eftermätning och uppföljning. Behandlingsgruppens värde ökar från förmätning till eftermätning och stabiliseras i uppföljningen. Analysen visar en signifikant interaktion mellan grupperna och över tid. En eftertestning visade på en signifikant försämring på VAS-skalan *Kaos-Kontroll* mellan kontrollgruppens värde vid förmätningen och dess värde vid eftermätningen.

Nedstämdhet

Resultaten av *Beck depression inventory (BDI)* framgår av tabell 4. Gruppernas ingångsvärde på BDI är mycket lika. I eftermätningen har behandlingsgruppen förbättrats något och kontrollgruppen har försämrats endel. Vid uppföljningen har båda grupperna värden som liknar varandra, värdena ligger ungefär på samma nivå som i förmätningen. Vid analysen

framkommer en signifikant interaktion mellan grupperna och tid. Eftertest visade en signifikant skillnad mellan grupperna vid eftermätningen där behandlingsgruppen förbättrats och kontrollgruppen försämrats.

Tabell 4. Resultat för mätinstrumenten; Känsla av sammanhang (KASAM), VAS-skala kaos-kontroll, Beck Depression Inventory (BDI), VAS-skala helt ledsen-helt glad, Besvärsskala (PAIRS), VAS-skala Besvär outhärdliga-helt borta; medelvärde, standardavvikelse inom parantes, F-värde för interaktionen. Antal deltagare (n) för varje mätinstrument.

Mätinstrument	Mättillfälle	Grupp		F-värde interaktionen	df
		Behandling	Kontroll		
<i>Känsla av sammanhang och kontroll</i>					
KASAM ^a n = 12 + 11	Förmätning	109.7 (19.7)	119.4 (29.3)	2.09	2, 42
	Eftermätning	116.0 (15.9)	116.1 (21.6)		
	Uppföljning	113.8 (22.6)	117.2 (21.2)		
Visual analogue scale ^a Mitt liv är helt Kaos-helt under kontroll n = 13 + 13	Förmätning	39.7 (19.6)	57.9 (27.2)	5.14	2,48
	Eftermätning	50.1 (23.5)	34.8 (22.9)		
	Uppföljning	50.8 (25.8)	45.7 (21.5)		
<i>Nedstämdhet</i>					
Beck depression inventory (BDI) n = 12 + 11	Förmätning	16.6 (7.8)	15.8 (11.0)	3.45	2,42
	Eftermätning	13.9 (6.8)	19.3 (12.4)		
	Uppföljning	16.1 (8.3)	16.8 (12.3)		
Visual analogue scale ^a Känner mig helt ledsen – helt glad n = 13 + 13	Förmätning	37.5 (15.6)	50.1 (21.5)	6.10	2,48
	Eftermätning	51.6 (21.0)	35.4 (22.9)		
	Uppföljning	46.4 (22.6)	55.6 (21.2)		
<i>Upplevelse av besvär</i>					
Besvärsskala (PAIRS) n = 12 + 11	Förmätning	68.5 (8.3)	67.9 (9.3)	1.43	2,42
	Eftermätning	68.6 (6.6)	64.3 (5.8)		
	Uppföljning	65.6 (12.5)	66.6 (6.6)		
Visual analogue scale ^a Besvär outhärdliga-helt borta n = 13 + 13	Förmätning	36.7 (22.0)	32.4 (12.9)	2.83	2,48
	Eftermätning	45.8 (18.9)	26.5 (14.4)		
	Uppföljning	39.3 (23.9)	36.4 (13.2)		

Markernar resultat med signifikansnivå $p < 0.05$

^a Markerar att poängen ska läsas så att ju högre poäng desto *bättre* psykisk hälsa på respektive mätinstrument. Mätinstrument utan markering läses så att ju högre poäng desto *sämre* psykisk hälsa.

Resultatet av *VAS-skalan ledsen-glad* framgår av tabell 4. Ingångsvärdena skiljer sig åt med 12.6 poäng där kontrollgruppen mår bättre än behandlingsgruppen. I eftermätningen har behandlingsgruppens värden förbättrat medan kontrollgruppens har försämrats. Vid

uppföljningen går behandlingsgruppens resultat ner något medan kontrollgruppen har det högsta resultatet jämfört med de tidigare mätningarna. Eftertest visade en signifikant förbättring för kontrollgruppen mellan eftermätning och uppföljning

Upplevelse av besvär

Resultatet av analysen av *besvärsskalan (PAIRS)* framgår av tabell 4. Ingångsvärdena för grupperna är ganska lika och inga stora förändringar i värdena sker över tid.

Vad gäller *VAS-skalan besvären helt outhärdliga-helt borta* framkom en tendens ($F(2,48)=2.84, p<0.10$). Ingångsvärdet för behandlingsgruppen är något högre än för kontrollgruppen. Behandlingsgruppen upplever sina besvär något mindre än kontrollgruppen inledningsvis. Behandlingsgruppens besvärsupplevelse minskar mellan förmätning och eftermätning medan kontrollgruppens upplevelse av besvär ökar under samma tid. I uppföljningsmätningen har behandlingsgruppens upplevelse av besvär ökat något jämfört med eftermätningen men ligger fortfarande lägre än vid förmätningen. Kontrollgruppens besvärsupplevelse har minskat i uppföljningsmätningen. Vid eftertest framkommer att kontrollgruppen försämrats medan behandlingsgruppen förbättrats mellan för och eftermätning.

Samtalsutvärdering

Utvärderingsmättet som användes av gruppledarna besvarades av 13 av de 15 deltagarna och gav ett medelvärde på 29.5 poäng av 32 möjliga poäng och medianen låg på 30 poäng. Standardavvikelsen var 2.3 poäng och lägsta poäng vid mätningen var 25 vilket två deltagare hade. Men det viktiga ur etisk synpunkt är att ingen deltagare svarat lägre än 2 på någon fråga. Ett svar under 2 poäng skulle innebära att terapeuterna allvarligt brustit antingen i sitt eget bemötande eller misslyckats med att se och korrigera för att andra deltagare bristfälligt bemött en deltagare. Svar under 2 poäng betyder till exempel att en deltagare menar att han/hon under mötet upplevt sig kritiserad, ogillad, missförstådd, hopplös eller att andras målsättningar sattes före deltagarens. Redovisade resultat gäller den första eller den enda mätningen för varje deltagare. Instrumentet gavs vid mötets slut med instruktionen att svara utifrån att hur deltagaren upplevt detta möte.

Effektstorlek

Effektstorlek är ett mått på behandlingens effekt som är oberoende av sampelstorlek. Effektstorleken kan därför användas för att jämföra resultat mellan olika studier.

Beräkningen av effektstorlek gjordes med Cohen's w på resultatet av Chi-2 analysen för *arbetslivsinriktad aktivitet*. Cohen definierar ett w på 0.1 som en liten effektstorlek, ett w på 0.3 som en medelstor effektstorlek och ett w på 0.5 som en stor effektstorlek. Det finns en medelstor effektstorlek på 0.39 vad gäller arbetslivsinriktad aktivitet mellan grupperna och förmätning till eftermätning. Det finns även en medelstor effektstorlek mellan grupperna och för mätning till eftermätning 1 på 0.34. En liten effektstorlek finns mellan förmätning och uppföljning 2 på 0.14.

Effektstorlekarna för de *psykologiska mätinstrumenten* räknades ut med Cohan's d . Ett d på 0.2 är en liten effektstorlek, 0.5 innebär en medelstor effektstorlek och 0.8 innebär en hög effektstorlek enligt Clark-Carter (1998). I Tabell 5 redovisas effektstorlekarna för samtliga psykologiska mätinstrument som ingick i denna studie.

Tabell 5. Effektstorlek Cohen's d . Inomgrupp mellan förmätning och eftermätning. Mellangrupp mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp vid eftermätningen. Mätinstrument; Känsla av sammanhang (KASAM), VAS-skala Kaos-kontroll, Beck Depression Inventory (BDI), VAS-skala Ledsen-Glad, Besvärsskala (PAIRS), VAS-skala Besvär. Totalt genomsnitt för varje kolumn.

	Inomgrupp		Mellangrupp
	Behandling	kontroll	
KASAM	0.39	-0.13	0.00
VAS:Kaos-Kontroll	0.48	-0.92	0.66
BDI	0.37	-0.23	0.56
VAS:Ledsen-Glad	0.77	-0.66	0.74
Besvär (PAIRS)	-0.01	0.48	-0.69
VAS: Besvär	0.44	-0.43	1.17
Totalt genomsnitt	0.41	-0.32	0.41

Negativa tal = försämring

Effektstorlekarna för Cohen's d redovisas dels som inomgruppseffekter och dels som effekten mellangrupperna. De största effektstorlekarna vad gäller inomgrupps effekter är försämringar för kontrollgruppen och förbättringar hos behandlingsgruppen. Nedan beskrivs effektstorlekarna med de största effektstorlekarna först för varje grupp.

Vad gäller *inomgruppseffekter* så ger *kontrollgruppens* försämring mellan för- och eftermätningen på VAS-skalan Kaos-Kontroll en hög effektstorlek. Kontrollgruppens försämring på VAS-skalan Ledsen-Glad ger en medelstor effektstorlek. Kontrollgruppens förbättring på besvärsskalan (PAIRS) närmar sig en medelstor effektstorlek. Men motsatt effekt finns på kontrollgruppens försämring på VAS-skalan om besvär. Övriga skalor visar på små försämrade effekter för kontrollgruppen. Sammanlagt finns en försämring som innebär liten effektstorlek.

Vad gäller *inomgruppseffekter* för *behandlingsgruppen* mellan för- och eftermätning så ger förbättringen på VAS-skalan Ledsen-Glad en mellanstor effektstorlek. Förbättringen på VAS-skalan Kaos –Kontroll närmar sig en mellanstor effektstorlek. Övriga effektstorlekar innebär små eller inga förbättringar. Sammanlagt finns en förbättring som innebär en liten effektstorlek.

Vad gäller *effektstorleken mellan grupperna* i uppföljningsmätningen finns en hög effektstorlek till fördel för behandlingsgruppen för VAS-skalan besvär. De finns tre medelstora effektstorlekar till fördel för behandlingsgruppen för VAS-skalan Kaos-Kontroll, Beck Depression Inventory (BDI) och VAS-skalan ledsen-glad. Vad gäller besvärsskalan (PAIRS) finns en medelstor effektstorlek till fördel för behandlingsgruppen. På Känsla av sammanhang (KASAM) finns ingen effekt mellan grupperna.

Diskussion

Sammanfattning av resultaten

Huvudsyftet med denna studie var att undersöka effekten av lösningsfokuserad gruppmetodik som ett inslag i arbetslivsinriktad rehabilitering. Resultaten visar att denna gruppmetodik har en positiv effekt på arbetslivsinriktad aktivitet. Den *arbetslivsinriktade aktiviteten* påverkades signifikant i positivt riktning direkt efter behandlingen och aktiviteten höll en stabil nivå i behandlingsgruppen under eftermätning och uppföljningarna. Kontrollgruppen förändrades också i positiv riktning och närmade sig behandlingsgruppens nivå i sista mätningen.

Vad gäller *Känsla av sammanhang (KASAM)* innebar behandlingsgruppens ökning inte en signifikant interaktion över tid och mellan grupperna. Behandlingsgruppens ökning på VAS-skalan som mätte *upplevelse av kontroll* innebar inte heller en signifikant förändring. Kontrollgruppens minskning i upplevelse av kontroll mellan förmätning och eftermätning var dock signifikant.

Vad gäller *nedstämdhet* fanns en signifikant skillnad mellan grupperna mellan förmätning och eftermätning. Behandlingsgruppens nedstämdhet minskade och kontrollgruppens nedstämdhet ökande mätt med Beck Depression Inventory (BDI) mellan förmätning och eftermätning. Skillnaden fanns dock inte kvar vid uppföljning. Motsvarande VAS-skala Ledsen-Glad visade att kontrollgruppens minskning av nedstämdheten mellan eftermätning och uppföljning var signifikant. Skillnaden i jämförelse med behandlingsgruppen var inte signifikant.

I fråga om *besvärsupplevelse* mätt med besvärsskalan (PAIRS) framkom ingen signifikant interaktion mellan grupperna och över tid. Dock fanns en tendens till minskad besvärsupplevelse till fördel för behandlingsgruppen mellan förmätning och eftermätning mätt med VAS-skalan. Denna tendens finns inte kvar i uppföljningsmätningen.

Effektstorleken för arbetslivsinriktad aktivitet var medelstor för förmätning till eftermätning och uppföljning 1 mellan grupperna. Mellan förmätning och uppföljning 2 mellan grupperna fanns en liten effektstorlek.

Effektstorlekarna för de psykologiska mätinstrumenten redovisades dels som inomgruppseffekter och dels som effekten mellan grupperna. Effektstorleken för behandlingsgruppen mellan för- och eftermätning var medelstor för VAS-skalan Ledsen-Glad där behandlingsgruppens nedstämdhet minskar. På de andra mätinstrumenten finns små effektstorlekar för behandlingsgruppen. Vad gäller kontrollgruppen finns stor negativ

effektstorlek för VAS-skalan Upplevelse av kontroll och en medelstor negativ effektstorlek för VAS-skalan Ledsen-Glad. På övriga skalor finns små effektstorlekar. Mellangrupps effekterna visar en stor effektstorlek för VAS-skalan för besvär till fördel för behandlingsgruppen och tre medelstora effektstorlekar till fördel för behandlingsgruppen vad gäller VAS-skalan Kaos-Kontroll, Beck Depression Inventory (BDI) och VAS-skalan Ledsen-Glad. En medelstor effektstorlek finns även till fördel för behandlingsgruppen vad gäller Besvärsupplevelse (PAIRS).

På kontrollvariabeln *samarbetsklimat* som mättes med en samtalsutvärderingsskala framkom att behandlingen kan antas hållit en god etisk nivå eftersom deltagarna inte rapporterade sig kränkta med avseende på en rad items.

Metoddiskussion

Det är en styrka att studien hade en experimentell design. Det finns dock även en del svagheter i studien som kan påverka generaliserbarheten och slutsatserna om kausalitet. Studiens fördelar och svagheter vad gäller intern och extern validitet diskuteras nedan.

Intern Validitet

Intern validitet rör frågor om de slutsatser man kan dra om kausalitet 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* så matchades urvalet i par i avseende faktorer som antogs kunna korrelera med arbetslivsinriktad aktivitet och psykisk hälsa innan slumpningen till studiens två betingelser. Eftersom deltagarna inte fördelades på 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 psykoterapi. Detta kontrolleras i denna studie genom designen med obehandlad kontrollgrupp. Detta skiljer dock inte ut effekter som har att göra med placebo faktorer (Klein, 1997). Deltagaren kan inges ett hopp och därmed må bättre av det, oavsett specifika behandlingstekniker. Detta problem skulle kunna avhjälpas med en placebo behandling för kontrollgruppen. Det hade varit bättre att ge kontrollgruppen någon form av informationsmöte eller liknade under tiden behandlingsgruppen fick sin behandling. *Historia* är en annan potentiell faktor som kan påverka den interna validiteten. En förändring i klimatet på

arbetsmarknaden eller en stor satsning på denna grupp sjukskrivna skulle kunnat påverka behandlingsgruppen och därmed varit den variabel som påverkade utfallet. Men denna risk kontrolleras med den obehandlade kontrollgruppen.

Någon *imitationseffekt* föreligger det ingen eller liten risk för. Deltagarna i behandlings och kontrollgruppen bor utspridda över ett stort område med många människor och hade ingen kontakt med varandra genom studien.

En viss skillnad förelåg som kan ha givit en *mätmetodseffekt* i och med att behandlingsgruppen fick mätinstrumenten vid förmätning och eftermätning vid ett informations möte. Kontrollgruppen fick mätinstrumenten hemsända per post. Denna mätmetodseffekt gäller dock inte vid mätningen av arbetslivsrelaterad aktivitet som är studiens viktigaste mått.

Testeffekten, att deltagaren svarar annorlunda vid upprepade mätningar kontrolleras för genom att ha en kontrollgrupp. Dock har inte kontrollerats att mätinstrumentens psykometriska egenskaper i denna studie håller samma nivå som i de studier som refereras i metoddelen.

Demoralisering kan inträffa då deltagarna i kontrollgruppen upplever att de missar en behandling som de skulle önskat få. Deltagarna i kontrollgruppen ställde upp och svarade på frågeformulären efter informationen per brev och i vissa fall telefonsamtal med forskaren. De upplevde därför antagligen inte att de missat en chans till behandling. Detta minimerar risken för demoralisering, men det hade ändå varit etiskt sundare att mer ingående informera om studiens design för deltagarna. *Rivalitetseffekt* är att deltagarna sporrar varandra att prestera bättre än en annan grupp som de rivaliserar med. Men detta problem föreligger alltså inte i denna studie. *Kompensationseffekt* innebär att personer, till exempel gruppledaren eller handläggare på försäkringskassan, behandlar kontrollgruppen på ett annorlunda sätt än de normalt skulle göra pga att denna grupp inte får behandlingen. I denna studie kan en sådan effekt inte uteslutas i och med att handläggaren varit medveten om vilka ärenden som tillhörde studien.

I denna studie är den största svagheten att behandlingsgruppen är självrekryterad medan kontrollgruppen inte är det. Detta innebar ett bortfall på 62.5 procent av personer som aktivt tackat nej till behandling ur den del av urvalet som randomiserats till behandlingsgruppen. Motsvarande bortfall ur kontrollgruppen är beroende av att en matchad person i behandlingsgruppen tackat nej. Kontrollgruppens deltagare har alltså inte tackat ja till denna behandling. Man kan alltså därför anta att som lägst 37.5 procent ($100-62.5=37.5$) av kontrollgruppen skulle tackat ja till behandling om de tillfrågats. Men om man tar hänsyn till

att kontrollgruppen skiljer sig från urvalet på samma sätt som behandlingsgruppen på andra ingångsvariabler så kan man anta att procenttalet i kontrollgruppen som skulle tackat ja vid förfrågan kan vara något högre. Ingångsvariablerna kön och arbetslöshet samvarierar med deltagande i gruppterapin. Män och arbetslösa väljer i högre grad att delta än anställda och kvinnor och på dessa variabler skiljer sig behandlings och kontrollgrupp inte åt.

Initiala skillnader mellan kontroll och behandlingsgrupp som har samband med att endast behandlingsgruppen tackat ja till behandling kan alltså påverka jämförbarheten mellan grupperna. Behandlingsgruppen har avsevärt sämre medelvärden på några mätinstrument vid förmätningen än kontrollgruppen. Detta gäller Känsla av sammanhang (KASAM), VAS-skalan-Kaos-Kontroll och VAS-skalan Ledesn-Glad. Denna skillnad blir tydlig när man betraktar effektstorlekarna för mellangrupp och jämför med effektstorlekarna för inomgrupp. Detta är ett problem som med största sannolikhet beror på studiens design och att samplet var så litet och kan avhjälpas med studier med större grupper där båda grupperna har intention to treat. Om man väger samman effektstorlekarna inom och mellangrupp så ges en positiv bild av effekten av deltagande i behandlingen.

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* mot extern validitet kan vara stora i denna studie, det kan vara så att det är grupplederspecifika egenskaper som givit utslag och inte gruppterapimetoden. Det är två gruppledare som hållit i behandlingen och det går inte att utesluta att resultatet är en effekt av just dessa specifika gruppledare. De gruppledare som leder denna studies behandling har lång erfarenhet av att leda grupper för arbetslösa med arbetshandikapp. Arbetet med dessa grupper liknar på många sätt arbetet med grupperna med långtidssjukskrivna personer, även om det även finns klara skillnader. Gruppledarna poängterar i samtal med författaren att införandet av en lösningsfokuserad teknik har betytt en dramatisk förändring i de resultat som uppnåtts i de grupper de haft. För att kontrollera för gruppledar specifika effekter behövs dock upprepade studier med andra gruppledare. *Tid* är en annan faktor som Clark-Carter (1998) tar upp som ett möjligt hot mot extern validitet. Om mätinstrumenten delas ut vid en speciell tid på dagen så kanske tiden på dagen påverkar resultatet. I denna studie delas och skickas mätinstrumenten ut och deltagarna kunde välja att svara när de ville under en till två veckor. Detta gör att inga betydande hot med avseende på

tid förekommer. Variationerna i grupperna vad gäller att fylla i dessa formulär är likartade, vissa deltagare lämnade i sitt svar omedelbart andra väntade en vecka eller två. Dessa variationer förekommer på ett likartat sätt i båda grupperna.

Ett annat hot mot extern validitet är *deltagaraspekter* enligt Clark-Carter. Urvalet till en studie skall dras slumpmässigt ur den population som man vill kunna generalisera resultaten till. I föreliggande studie tog handläggaren på försäkringskassan ut urvalet och matchade deltagarna i par. Det fanns ingen databas som innehöll en stor population av personer som uppfyllde urvalskriterierna, varje deltagare plockades ut för hand med målet att hitta en match i ett par. Urvalet är alltså inte slumpmässigt draget ur populationen. Det finns dock inget som tyder på att detta har snedvridit urvalet.

Av dem som togs ut till urvalet tackade en stor andel nej till behandling. Detta innebär ett problem för generaliserbarheten, denna behandling kommer inte fånga upp alla personer som inte har en planerad rehabilitering. Man får räkna med ett stort bortfall om man planerar en liknande insats igen. Att så många som 32.5 procent av de tillfrågade ändå tackade ja till deltagande får dock ses som positivt eftersom det är vanligt med ett stort initialt bortfall i studier som denna.

Resultatdiskussion

Resultaten av studien tyder på att en försiktig optimism kan vara på sin plats. En lösningsfokuserad gruppterapi kan ingå som en verksam del i rehabiliteringsprocessen mot arbete. Behandlingsgruppen har i jämförelse med kontrollgruppen signifikant ökat sin arbetslivsinriktade aktivitet i direkt anslutning till behandlingen. Övergången från passiv till aktiv sjukskrivning tidigarelades i snitt fem månader för halva behandlingsgruppen. Behandlingsgruppen mår bättre psykiskt vad gäller mindre nedstämdhet och har en tendens till mindre besvärsupplevelse i jämförelse med kontrollgruppen direkt efter behandlingen. Men en försiktighet i tolkningen av resultaten behövs eftersom skillnaderna mellan behandling och kontrollgrupp inte kvarstår i uppföljningen. Detta kan bero på andra behandlingsinitiativ kommit kontrollgruppen tillgodo. Det kan även bero på en självläkningsseffekt där denna utveckling skulle inträffat spontant även i behandlingsgruppen om man låtit den vara obehandlad.

Utveckling av det lösningsfokuserade gruppterapiformatet vid rehabilitering

I rehabilitering krävs ett samarbete mellan olika aktörer och med individen. En gruppterapeutisk intervention med denna grupp långtidssjukskrivna utan

rehabiliteringsplanering måste anpassas både till deltagarnas behov och till omvärldssystemets begränsningar och möjligheter. I denna studie visas att det är möjligt att hos cirka hälften deltagarna bryta en passiv sjukskrivning med en kort terapeutisk insats. Föreliggande studie gjordes dock i inledningsskedet av utvecklingen av denna gruppterapi. Studien är gjord på de två första grupperna som ges just denna typ av behandling och det finns några saker som kan behöva ändras om man vill lägga upp en liknade behandling igen.

En av erfarenheterna är att det tar ungefär tre veckor från det att deltagaren tar ett initiativ till möte med läkare eller försäkringskassans rehabiliteringshandläggare innan ett läkarbesök eller rehabiliteringsmöte kan komma till stånd. Detta innebär att det i praktiken tar cirka tre månader innan en möjlig aktivitet kommer till stånd. Eftersom lösningsfokuserad gruppterapi dels stödjer initial förändring och dels bör fungera som hjälp till uppehållande av de förändringar som sker så är gruppterapins två månader behandlingstid för kort. Ett förslag till anpassning är att göra längre intervall mellan gruppmötena. Den sammanlagda behandlingstiden kan då bli tre eller fyra månader. Eventuellt kan detta kompletteras med individuella uppföljningar till exempel när den arbetsinriktade aktiviteten har kommit igång. I föreliggande studie fanns inget moment av uppföljning inlagt i behandlingen. Ett upplägg med uppföljning av deltagarna skulle bättre motsvara det sätt som man använder metoden i individual- och familjeterapi. Då man följer klienten så läge som det finns ett behov och det är till hjälp. Detta skulle även vara ett sätt att ännu tydligare kunna arbeta med det stegvisa utvecklandet av individens målsättningar. Man skulle kunna förstärka förändringsprocessen och stabilisera redan gjorda framsteg samtidigt som man jobbar vidare mot nästa mål som framträder i ljuset av de framsteg som redan gjorts.

En annan viktig reflektion är att när man planerar att starta en grupp så kan det vara av betydelse att se till att avslutningen inte sammanfaller med sommarsemester perioden. En av grupperna avslutades på detta sätt och det kan ha saktat ner deltagarna eftersom all verksamhet går på lite av en sparlåga på sommaren. Även deltagarna tar troligtvis en välbehövlig paus under sommaren trots sin sjukskrivning och de man planerade på våren kan förefalla avlägset när man senare ska planera sin höst.

Jämförelse med andra studier

Författaren har inte funnit tidigare studier som liknar denna tillräckligt för en fullständig jämförelse. Cockburns studie på nyopererade ryggpatienter hade helt andra betingelser med ett work hardening program som komplement och individuella terapiesessioner (Cockburn et al., 1997). Resultaten visar ett tidigareläggande av återgång i arbete för den grupp som fick

lösningfokuserad terapi och dessa kan till viss del bekräftas av denna studie. Om man antar att arbetslivsinriktad aktivitet ökar chansen att återgå i arbete på lång sikt så kan detta tidigareläggande av arbetslivsinriktad aktivitet vara något som även påverkar friskskrivningsfrekvensen eller påskyndar friskskrivning på längre sikt.

När det gäller depression finns det studier vars resultat talar för en kognitiv beteendeterapeutisk behandling eftersom man minskar risken för depression i framtiden med denna terapiform. Effekten på skalorna som rör nedstämdhet i föreliggande studie kvarstår inte i uppföljningsmätningen. Men eftersom deltagarna inte screenats kliniskt för depression i samband med urvalet till föreliggande studie, och att en stor del av deltagarna har andra diagnoser än depression, så kan inga jämförelser i detta avseende göras i detta sammanhang. Det finns dock lösningfokuserade gruppterapeutiska initiativ vad gäller depression (Metcalf, 1998) men dessa har inte studerats i kvantitativa studier.

Det finns ett antal studier som visar att multidisciplinära program med inslag av kognitiv beteendeterapeutisk behandling har effekt i dessa sammanhang, och man kan anta att även ett träningsprogram och undervisande moment med individanpassade interventioner skulle ha effekt på denna grupp. Dock är det svårt att likställa denna lösningfokuserade gruppterapeutiska behandling med ett sådant omfattande rehabiliteringsprogram eftersom utgångspunkterna är så olika. Den lösningfokuserade behandlingen syftar till att optimera deltagarens förmåga att använda tillgängliga egna resurser och resurser i de system som omger individen, i detta fall i första hand familj och rehabiliteringsaktörer. Ett multidisciplinärt program vid smärtproblematik innebär att man samlar yttre resurser i ett behandlingsteam för att ge individen en optimal, noga planerad och intensiv insats. Deltagarna i denna lösningfokuserade behandling kommer i stället med många olika och blandade diagnoser. Ett rehabiliteringsprogram riktar för det mesta in sig på en specifik typ av diagnos och man tillämpar och lär ut problemspecifika strategier för att lösa problem. Den lösningfokuserade behandlingen kan ges utan inledande utredning och specificering av diagnos eller problem. Att det finns en grupp som gått sjukskriven länge och saknar planering mot arbetslivsinriktad rehabilitering räcker för att starta en grupp av den typ som denna studie gäller. Ett problem vid jämförelse med andra behandlingsstudier är att antalet sjukskrivningsdagar och sjukskrivningsgrad varierar mellan olika studier och att någon sammanhållen praxis för att redovisa dessa fakta inte finns.

Om man trots dessa olikheter mellan utgångspunkter och studier försöker göra en jämförelse framstår fler likheter än skillnader. Detta gäller de två studier som beskrevs i inledningen och som gäller ett multidisciplinärt smärthanteringsprogram (Johansson, Dahl,

Jannert, Melin, & Andersson, 1998). Smärthanteringsprogrammet ger goda resultat i form av ökad aktivitet och en medelstor effektstorlek på minskad nedstämdhet (BDI) och smärtupplevelse (VAS-skala). I en av de två studierna finns kontrollgrupp och där uppmäts inga skillnader i friskskrivning mellan mätperioderna. Dessa resultat liknar resultaten i föreliggande studie. En skillnad ligger ju i att föreliggande studie gäller en heterogen grupp av klienter vad gäller besvär. Endast hälften av gruppen har smärtproblematik. Men när det gäller de problem som denna heterogena grupp är sjukskriven för; kronisk smärtproblematik, depression och krisreaktioner finns det generella principer som leder till ökad fysisk och psykisk hälsa. Några av dessa generella principer är: en stegvis ökning av aktivitet; att ta en sak i taget; att skynda långsamt; att lyssna på sina egna signaler utan att styras av dem; att se framåt med en försiktig optimism; att prioritera mellan krav och åtaganden från omgivningen; att finna kraft och ork i omgivningen och i sådant som förr givit inspiration; att fundera igenom sin situation och komma till nya insikter om sig själv och vad som skett i livet osv. Ett terapeutiskt format som inte underlättar eller stödjer sådana initiativ från klienten kommer med största sannolikhet att misslyckas. De terapeutiska format som lyckas med att stödja sådana initiativ hos klienten kommer med stor sannolikhet att lyckas.

Rehabiliteringsprogram innebär ofta inslag av fysioterapi, läkarundersökningar m.m. Dessa inslag kan inte ersättas av ett samtalsformat i grupp, varken lösningsfokuserat, kognitiv beteendeterapeutiskt eller av annat slag. Lösningsfokuserad gruppterapi ersätter naturligtvis inte sjukgymnastik och läkarkontakter och behöver inte heller konkurrera med fungerande individualterapeutiska insatser. Den lösningsfokuserade gruppmetodiken är istället ett sätt att optimera resursanvändningen och att skapa ett samtalsrum för individen att undersöka vad han eller hon behöver i form av ytterligare insatser och vad som inte verkar relevant eller rimligt att göra för stunden. Att vara motiverad för att gå tillbaka till arbetslivet behöver inte betyda att man är motiverad att använda alla de resurser som görs tillgängliga från rehabiliteringsaktörernas sida. Lika lite som det gör att individen alltid kan formulera sina behov och på ett konstruktivt sätt kräva de insatser som han/hon behöver i relationen med rehabiliteringsaktörerna.

Framtida forskning

Det vore värdefullt att följa deltagarna och göra en uppföljning vad gäller arbetslivsinriktad aktivitet och friskskrivning ett år efter behandlingens avslut. Detta för att undersöka om

resultaten förbättras över tid, om deltagarna återfaller i passiv sjukskrivning eller om kontrollgruppens aktivitet ökar och närmar sig behandlingsgruppens i framtiden.

För att öka den externa validiteten måste denna studie replikeras med andra grupper av sjukskrivna och med andra gruppleddare. För att öka kommunikerbarheten bör dessa studier innehålla så många personer att statistiska analyser kan göras diagnosspecifikt. Alternativt att man för forskningsändamål inför ett screenings förfarande i studiens inledning. Resultat från sådana studier riskerar dock att tolkas som att diagnos är primär för resultat i dessa sammanhang.

Ett viktigt framtidsprojekt är att formulera principerna för denna gruppterapi i bok eller artikelform. Detta arbete försätter framöver som ett samarbetsprojekt mellan de involverade personerna i detta behandlings och forskningsprojekt. Nästa studie som kommer att presenteras hösten 2001 har en striktare design i det att både behandlings- och kontrollgrupp har intention to treat. Denna studie gäller sjukskrivna personer som bedöms vara i riskzonen för att gå in i en längre sjukskrivning. Gruppleddarna kommer i denna studie vara desamma som i föreliggande studie men planering pågår för ännu en studie med andra gruppleddare.

Avslutning

Då detta är den första kontrollerade forskning gjorts vad gäller detta format av lösningsfokuserad gruppmetodik för rehabiliteringssammanhang i Sverige så är resultaten av stort intresse. Resultaten tillåter en försiktig optimism inför utvecklingen av denna metodik. Framtida forskning är nödvändig för att replikera studien med andra gruppleddare och med andra deltagare.

Referenser

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium* (M. Elfstadius, Övers.). Köping: Natur och Kultur.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The Therapeutic Relationship. I M. A. Hubble & B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy* (pp. 133-178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Beck, A. T. (1995). *BDI Svartsformulär*. Stockholm: Psykologiförlaget.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1996). *BDI- Beck Depression Inventory Manual Svensk version*: Psykologiförlaget AB.
- Berglind, H. (1995). Vad är arbetsmotivation. *Socialmedicinsk tidskrift*, 10, 452-454.
- Berglind, H., & Gerner, U. (1999). Motivation och återgång i arbete bland långtidssjukskrivna. *Socialmedicinsk tidskrift*, 5(409-420).
- Beutler, L. E., Machado, P. P. M., & Allstetter Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. I B. A. Garfield & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 229-269). New York: Wiley.
- Beyebach, M., Morejon, A. R., Palenzuela, D. L., & Rodriguez-Arias, J. L. (1996). Research on the process of solution-focused brief therapy. I S. D. Miller & M. A. Hubble & B. L. Duncan (Eds.), *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy* (pp. 299-334). San Francisco: Jossey-Bass.
- Blanchard, E. B. (1994). Behavioral medicine and health psychology. I A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4 ed., pp. 701-733). New York: John Wiley & Sons, inc.
- Bohart, A., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: the process of self-healing*. Washington DC: American Psychological Association.
- Cade, B., O'Hanlon, W. H. (1993). *A Brief Guide to Brief Therapy*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- 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-Fokused Therapy and social Adjustment to Orthpedic 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. (1997). *Ledtrådar: Undersökningar av lösningar i korttidsterapi* (M. Hjerth, Trans.). Stockholm: Bokförlaget Mareld.
- de Shazer, S., & Molnar, A. (1984). Four useful interventions in brief family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10, 297-304.
- DeJong, P., & Kim Berg, I. (1998). *Interviewing for Solutions*. Pacific Grove: International Thomson Publishing Inc.
- Edlund, C. (2001). *Långtidssjukskrivna och deras medaktörer -en studie om sjukskrivning och rehabilitering*. Umeå: Umeå Universitet Department of Public Health and Clinical Medicine.
- Efran, J. S., & Blumberg, M. J. (1994). Emotion and family living: The prespective of structure determinism. I S. M. Johnson & L. S. Greenberg (Eds.), *The heart of the matter* (pp. 172-206). New York: Brunner/Mazel.
- Elfstrand, T., & Lundberg, T. (1999). *Den ökade ohälsan: En studie i oktober 1998 av sjukskrivningsmönster och sjukfallsflöde i Värmlands län* (16). Karlstad: Värmlands läns allmänna försäkringskassa.
- Ekberg, K. (2000). Arbetslivsinriktad rehabilitering - synsätt och utvecklings behov. *Socialmedicinsk tidskrift*, 5, 388-397.
- Fennell, M. J., & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive therapy and Research*, 11, 253-271.
- Hjerth, M. (1999). *Solution-fokused work with groups and organisations*. Paper presented at the European Breif Therapy Assosiation annual conference, Carlisle.
- Hjerth, M., Knutsson, C., & Norsell, E. (1988). Einfachheit: Sind wir dumm genug um herauszufinden, was zum Teufel der Klient will. In W. Eberling & M. Vogt-Hillman (Eds.), *Kurzgefabt: Zum Stand der Lösungsorientierten Praxis in Europa* (pp. 97-107). Dortmund: Löer Druck GmbH.
- Högberg, G. (1994). *15 långtidssjuka åter i arbete med "personlalyftet"* (Fallrapport 178). Uppsala: Arbetslivsfonden.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. I A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4 ed., pp. 428-466). New York: John Wiley & Sons, inc.

- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, *41*, 159-164.
- Howard, K. I., Leuger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Casual mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 678-685.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D. (1999). *The Heart & Soul of Change, What Works in Therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Johansson, C., Dahl, J., Jannert, M., Melin, L., & Andersson, G. (1998). Effects of cognitive-behavioral pain-management program. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 915-930.
- Kirsch, I., Mearns, J., & Catanzaro, S. J. (1990). Mood regulation expectancies as determinants of dysphoria in collegestudents. *Journal of Counseling Psychology*, *37*, 306-312.
- Klein, D. F. (1997). *Control groups in pharmacotherapy and psychotherapy evaluations (Article1)*, [World Wide Web]. http://journals.apa.org/treatment/vol1/97_al.html [1997, 22 sept].
- Korman, H., & Söderquist, M. (1994). *Snacka om Mirakel: En bok om samarbete med missbrukare och deras nätverk*. Stockholm: Mareld.
- Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research. I J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lawson, D. (1994). Identifying pretreatment change. *Journal of Counseling and Development*, *72*, 244-248.
- Linton, S. J. (1992). An overview of psychosocial and behavioral faktors in neck-and-shoulder pain. *Scandinavian Journal of rehabilitation medicine, supplimented*, *32*, 67-78.
- Linton, S. J. (1998). Psykologi och yrkesinriktad rehabilitering av personer med ryggbesvär. *Socialmedicinsk tidskrift*, *5*, 230-232.
- Metcalf, L. (1998). *Solution Focused Group Therapy: Ideas for Groups in Private Practice, Schools, Agencies, and Treatment Programs*. New York: The Free Press.
- 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.

- Ogles, B., M., Anderson, T., & Lunnen, K. M. (1999). The Contribution of Models and Techniques to Therapeutic Efficacy: Contradictions Between Professional Trends and Clinical Research. I M. A. Hubble & B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (pp. 201-226). Washington, DC: American Psychological Association.
- Prochaska, J. O. (1999). How Do People Change, and How Can We Change to Help Many More People. I M. A. Hubble & B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (pp. 227-258). Washington, DC: American Psychological Association.
- RFV. (2001, 2001-03-21). *Statistik/Sjukdom och handikapp*, [Internet]. Riksförsäkringsverket, www.rfv.se.
- Riley, J. F., Ahern, D. K., & Follick, M. J. (1988). Chronic Pain and Functional Impairment: Assessing Beliefs About Their Relationships. *Archives Physiology Medical Rehabilitation*, 69, 579-582.
- Snyder, C. R., Michael, S. T., & Cheavens, J. S. (1999). Hope as a Psychotherapeutic Foundation of Common Factors, Placebos, and Expectancies. I M. A. Hubble & B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (pp. 179-200). Washington, DC: American Psychological Association.
- SOU. (2000:78). *Rehabilitering till arbete - en reform med individen i centrum*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU. (2000:121). *Sjukvårdsutredningen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Stat Soft inc. (1991-1994). *Statistica for the Macintosh TM(4.1)*
- Tallman, K., & Bohart, A. C. (1999). The Client as a Common factor: Clients as Self-Healers. I M. A. Hubble, Duncan, B. L., Miller, S. D (Ed.), *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy* (pp. 91-131). Washington, DC: American Psychological Association.
- Walter, J. L., & Peller, J. E. (1992). *Becoming Solution-Focused in Brief Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Wewers, M. E., & Lowe, N. K. (1990). A Critical Review of Visual Analogue Scales in the Measurement of Clinical Phenomena. *Reserch in Nursing & Health*, 227-236.

Bilagor

- 1. Samtalsutvärdering (SRS)**
- 2. VAS-skalor**
- 3. Forskningsdefinition av lösningsfokuserad terapi**
- 4. Sammanfattning av gruppterapin**
- 5. Information till deltagarna**

Samtalsutvärderingsskala (SRS).

Namn:

Datum:

Kryssa för den siffra som du bäst tycker stämmer med hur du upplevde samtalet

Håller helt med denna sidan	Håller delvis med denna sidan	Neutral	Håller delvis med denna sidan	Håller helt med denna sidan
-----------------------------	-------------------------------	---------	-------------------------------	-----------------------------

Acceptans

(1) Jag kände mig accepterad				Jag kände mig kritiserad/dömd
4	3	2	1	0

Uppskattning

(2) Jag kände mig uppskattad och gillad				Den jag pratade med gillade mig inte eller bara låtsades
4	3	2	1	0

Förståelse

(3) Jag kände mig förstådd				Jag kände mig missförstådd
4	3	2	1	0

Ärlighet och uppriktighet

(4) Den jag pratade med verkade ärlig och uppriktig				Den jag pratade med verkade oärlig och falsk
4	3	2	1	0

Målsättningar

(5) Vi utgick från mina målsättningar. Mina önskningar var viktiga				Vi utgick från andras målsättningar. Mina önskningar var inte viktiga
4	3	2	1	0

Aktiviteter och uppgifter

(6) Jag gillade det vi gjorde i samtalet och det vi kom fram till som nästa steg				Jag gillade inte det vi gjorde och vi kom inte fram till ett bra nästa steg
4	3	2	1	0

Hjälpsfullhet

(7) Mötet var till hjälp				Mötet var inte till hjälp
4	3	2	1	0

Hoppfullhet

(8) Mötet gav mig hopp				Jag kände mig hopplös efter samtalet
4	3	2	1	0

Summa:

Snitt:

Bearbetat efter Lynn Johnson (<http://www.talkingcure.com>), översatt av Michael Hjerth (<http://www.fkc.se>)

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

Det känns som allt är:

Helt _____ Helt under
Kaos _____ kontroll

Mina besvär (sjukskrivningsorsak) är:

Helt _____ Helt
outhärdliga _____ borta

Jag känner mig:

Alldeles _____ Alldeles
ledsen _____ glad

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 that 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 that 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

Sammanfattning av lösningsfokuserad gruppterapi (process beskrivning)

Gruppledarna försöker skapa ett lugnt och tryggt klimat. Dagarna inleds med kaffe och smörgås och ett informellt samtal mellan gruppledarna och deltagarna. Gruppen startar med en halvtimmes flexitid där deltagarna kommer när det passar dem. Gruppledarna hälsar personligt på var och en och småpratar.

Dag 1

Information: Gruppledarna har ett förtroende från försäkringskassan som innebär att inget av det som sägs i gruppen kommer att föras vidare om inte deltagarna uttryckligen önskar detta.

Gruppövningar:

Under gruppövningarna skiftar gruppledarna samtalformat för att möjliggöra så många olika typer av samtal som möjligt. Gruppledarna sammanfattar och antecknar kontinuerligt samtalen på white-board.

- Genomgång av förväntningar; Vad behöver hända här idag för att det ska ha varit värt besväret att delta?
- Höjdpunkter: Varje deltagare undersöker enskilt höjdpunkter i livet.
- Vad är bättre (sedan informationsmötet eller samtalet)? Skallfråga.
- Från problem till lösning, vad behöver man veta för att kunna förändra något?
- Nyttan med dagen?
- Hemuppgift: Lagg märke till något som är lite bättre ikväll än det brukar vara.

Undervisningsmoment; Prochaskas modell för förändring.

Dag 2

Inledning: kaffe och smörgås. Gruppens reflektioner från dag ett

Övningar:

- Skallfrågor: 1) Bekymret löst 2) upplevelse av kontroll
Vad behöver hända för att inte falla lika djupt som tidigare+
Leta resurser, Vad har deltagarna faktiskt gjort. Hur visste man att man skulle göra så, hur orkade man det?
- Vad är viktigt för dig i din situation som gör att du vill delta i den här gruppen?
- Arbetet med Mirakelfrågan inleds.
Vad är annorlunda dagen efter miraklet? Format: mindre grupper 3 i varje.
- Nyttan med dagen?

Dag 3

Initiera en deltagare som inte varit med dag 1 och 2.

Undervisningsmoment: Egenskaper för mål/medel

Övningar:

- Skalfråga: 10=kan påverka min situation
- Skalfråga: 10= nöjd med min känsla av kontroll
- Mirakelfrågans fortsättning: Nästa steg?

Hemuppgift: Observationsuppgift knutet till målet.

Avslutning: Nyttan med dagen?

Önskemål från gruppen: Hur kan man hantera stress och kränkningar?

Samtalsutvärdering delas ut (se bilaga)

Dag 4

Vad är bättre sedan sist?

Gruppen väljer innehåll i övrigt:

- Enskild/gemensam övning angående motgångar relaterade till mål.
- Skalfråga: 10= fullt frisk, var på skalan är ett drägligt liv?
- Diskussion om hur man kan lära sig genom att iakta slumpmässiga förändringar i livet.

Information: Gruppen har på eftermiddagen inbjudit handläggare från försäkringskassan för att få information och ställa frågor.

Avslutning: Nyttan med dagen?

Hemuppgift: Individanpassad.

Dag 5

Önskemål från gruppen:

- Mer arbetsperspektiv.
- Mer om att "Hitta sig själv".

Övning: Vad vet du om mig som jag har användning av, och som kan ge ledtrådar om jobb? Alla berättar vad de sett hos varje person som denne kan ha användning av. Man skriver ner och ger personen detta (resurser).

- Skalfråga: 10= Jag vet allt jag behöver veta om vad det jag vill.
- Skalfråga: 10= Frisk /arbetsför.

En deltagare slutar i gruppen, Säkerhetsskala och uppmuntran.

Dag 6

- Vad är bättre?

Fortsättning skalfrågor:

- 10= Frisk/arbetsför.
- 10= Vad är det du kommer att göra när du funnit dig själv, vad/hur skulle du märka att du funnit dig själv?

- Vad är min och andras tro på att jag kan hantera praktiskarbete. (Hur hantera kränkningar)
- Vad har jag för ork, vad orkar jag idag, vad vill jag orka med?

Önskemål till nästa gång: detaljer om arbetsprövningsplats

Hemuppgift: Vad behöver man tid till, Hur kan man använda tiden?(sjukskrivningstiden)

Dag 7

- Vad har blivit bättre? (ökad kontroll)

Undervisningsmoment: förändringsmodell; Hur man får förändring hållbar när man uppnått något som man vill behålla.

Övning:

- Inför rehabiliteringsmöte på försäkringskassan: Vad tror du är viktigt att tala om. Vad tror du att andra tycker är viktigt på detta möte.

Önskemål inför sista gången: tips på frågor man kan ställa sig själv.

Hemuppgift: Lagg märke till det du gör för att upprätthålla det som fungerar.

Vad vet jag om det jag vill ha? Vad vet jag om mig själv som ger mig tron på att klara av arbetet? (färdigheter, resurser, sammanhang, erfarenheter).

Session 8

Vad är bättre?

Gruppledarna ger:

- Tips på frågor att ställa till sig själv.
- Målpapper att fylla i inför rehab-samtal/handläggare möte. Som deltagarna kan ha med sig som stöd i mötet
- Delar ut frankerade vykort med gruppledarnas adress, som deltagarna kan posta när de vill skicka en hälsning från framtiden.

Kan du tänka dig att delta i en studie och få trisslotter ?

Hej,

Jag heter Caroline Klingenstierna och gör mitt examensarbete på psykologprogrammet på Uppsala universitet. Det är en studie i samarbete med försäkringskassan.

Målet med studien är att försäkringskassan ska hitta nya sätt att möta den sjukskrivnes behov.

Jag vill med studien försöka belysa olika psykologiska faktorer I samband med sjukskrivning

Detta brev innehåller ett häfte med frågeformulär som täcker olika psykologiska områden som har betydelse för hur man mår.

Det skulle vara mycket värdefullt som du ville hjälpa till genom att fylla frågeformulären i häftet och sedan skicka det i det frankerade svarskuvertet som medföljer.

Studien omfattar tre utskick av frågehäftet, du kommer alltså ombes att besvara två frågehäftet till, utöver detta.

Häftena kommer att skickas ut under en sexmånadersperiod. Även om du avslutar din sjukskrivning under denna period så är det värdefullt att du fyller i häftena.

För varje inskickat frågehäfte får du en trisslott på posten.

Det är helt frivilligt att svara på frågorna i häftet. De uppgifter som du lämnar kommer att hanteras med största sekretess. Detta betyder att dina svar inte kommer att registreras eller läsas av någon på försäkringskassan eller någon annan än forskaren. Endast en sammanställning av svar från samtliga deltagare kommer att redovisas helt utan uppgifter om enskilda personer.

Kontaktperson för studien vid försäkringskassan är handläggare Monica Klar tel 054- 17 31 22

Jag som är forskare och ansvarig för studien heter

Caroline Klingenstierna och utbildar mig till psykolog vid Uppsala universitet.

Om du har frågor eller funderingar kring studien och ditt deltagande så är du välkommen att kontakta mig. Antingen via brev:

Caroline Klingenstierna

Institutionen för psykologi

Uppsala universitet

Box 1225

751 42 Uppsala

eller tel 070- 749 58 48 (obs mobil nummer, jag ringer upp)

Med Vänliga Hälsningar!