

Översikt av effektforskning på Lösningfokuserad terapi och samtals teknik

Caroline Klingenstierna
&
Karin Wallgren
November 2001

I denna artikel presenteras kort några idéer om forskning och utvärdering. Här finns också en presentation av det internationella forskningsläget vad gäller lösningfokuserade arbetssätt i olika verksamheter. Kort beskrivs även tre olika utvärderingar och studier som gjorts i Sverige under de senaste åren av oss i nätverket solutionwork. Kom gärna och besök vår hemsida www.solutionwork.com.

Idéer om forskning och utvärdering

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

- Använder sig av Lösningfokuserad terapi som definierad av Steve de Shazer and Insoo Kim Berg (de Shazer, 1988, 1991, 1994; de Shazer and Berg, 1992)
- Använder någon form av experimentell kontroll
- Mäter klientens beteende eller fungerande
- Mäter efter behandlingens avslut

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

- Ha en randomiserad grupp design eller en acceptabel single-case design
- Fokus på en specifik, väl definierad åkomma
- Jämföra den experimentella behandlingen med en standard behandling, placebo eller, vilket är mindre önskvärt; ingen behandling

- Använda behandlingsmanualer och inbegripa procedurer för att säkerställa att dessa följs
- Begagna utfallsmått med demonstrerad reliabilitet och validitet
- Använda ett sampel som är tillräckligt stort för att man skall kunna urskilja skillnader mellan grupperna

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

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

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

Tyvärr jämfördes den lösningfokuserade behandlingen endast med standardbehandling, vilket gör det svårt att dra slutsatser om huruvida det var denna behandling i sig som gjorde skillnad. Dock ger studien stöd för slutsatsen att lösningfokuserad behandling i kombination med

standardbehandling är signifikant bättre än standardbehandlingen allena.

Samtliga fem av de väl kontrollerade studierna uppmätte signifikant positiva effekter av lösningsfokuserad terapi. Fyra av studierna rapporterade signifikant bättre resultat av än ingen behandling eller standard behandlingen (den behandling som är standard på området/institutionen). Eftersom lösningsfokuserad terapi inte jämfördes med en annan psykoterapeutisk intervention kan inte slutsatsen dras att effekten berodde på denna metod *i sig* - Man kan inte utesluta att effekterna var resultatet enbart av att en insats gjordes. Den femte väl kontrollerade studien jämförde lösningsfokuserad terapi med en annan mer etablerad behandling (IPT - Interpersonell terapi) och fann att lösningsfokuserad terapi producerade likvärdiga resultat. (Man fann inga signifikanta skillnader). Båda behandlingarna hade framgång.

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

Svensk forskning

Efter det att Gingerich & Eisengart publicerade den sammanställning som refereras ovan har vi i nätverket solutionwork genomfört två kontrollerade studier och en pilotstudie. Det började med en pilotstudie, bestående i en utvärdering av ett projekt med långtidsarbetslösa. I detta projekt ingick 19 långtidsarbetslösa med ett eller flera arbetshinder, registrerade vid Arbetsförmedlingen och AMI. Hälften av deltagarna hade två eller fler registrerade arbetshinder. Arbetslöshetens längd varierade mellan två månader och 12 år. Hälften av deltagarna hade varit registrerade som arbetslösa längre än sju år. Deltagarnas ålder varierade mellan 23 och 55. Interventionen bestod av sammanlagt sex dagars deltagande i lösningsfokuserad gruppbehandling, samt en månads avlönad praktik. Vid uppföljningen 18 månader senare hade 10 personer fast anställning, och sex personer var aktiva i utbildning, arbetsprövning eller praktik. (Johansson, B & Persson, E., 2000)

Med anledning av dessa resultat genomfördes en kontrollerad randomiserad studie med samma terapeuter. (Klingenstierna, C. 2001) Deltagarna bestod denna gång av 30 personer som varit sjukskrivna mellan sex månader och tre år. 60 procent av deltagarna var även registrerade som arbetslösa, och ännu fler hade inte reell möjlighet att återgå till sitt tidigare arbete eller yrke. Betingelserna utgjordes av en behandlingsgrupp som fick lösningsfokuserad gruppterapi och en kontrollgrupp som fick sedvanliga medicinska och stödjande åtgärder. Behandlingen omfattade åtta dagar under två månader. Studien visar att behandlingsgruppen i högre utsträckning än kontrollgruppen gick ut i arbetslivsinriktad aktivitet, och fick förbättrad psykisk hälsa i samband med behandlingen. En ett års uppföljning av denna studie kommer att presenteras i februari 2002.

I skrivande stund pågår slutbearbetningen av resultaten från den andra kontrollerade studien (Wallgren, K. 2001). Upplägget för denna studie liknar i väsentliga delar den första studien. Dock med skillnaden att man här har deltagare som är i början av en sjukskrivning (en till fem månader). Deltagarna har bedömts som i risk för att fortsätta i en förlängd sjukskrivning. Viktigaste utfallsmåttet i denna studie är återgång i arbete. Resultaten liknar dem i den första studien men är tydligare och samhällsekonomiskt omedelbart mer intressanta. Deltagarna i Wallgrens studie återgår i betydligt högre grad än kontrollgruppen till arbete. Detta sker utan ekonomisk hjälp från samhället. Detta skiljer sig från den tidigare studien där arbetsinriktad aktivitet utgör bryggan från långtidssjukskrivning till arbete. Och där ersättning utgår under en övergångsperiod i rehabiliteringsprocessen.

Utifrån detta kan man säga att det tycks som att resultaten av lösningsfokuserade arbetssätt blir intressanta även vid en klinisk prövning vid arbetsrelaterad verksamhet. Det krävs dock fler studier för att man skall kunna dra helt säkra slutsatser om behandlingens effektivitet. Speciellt behövs initiativ till forskningsprojekt inom verksamheter med arbetslösa personer och i verksamheter där man sysslar med arbetslivsinriktad rehabilitering av sjukskrivna personer.

Referenser

- Cockburn, J.T., Thomas, F.N., & Cockburn, O. J. (1997). Solution-Focused Therapy and Social Adjustment to Orthopedic Rehabilitation in a Work Hardening Program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 7(2), 97 - 106.
- Gingerich, W. J., Eisengart, S. (2000). Solution-Focused Brief Therapy: A Review of the Outcome Research. *Family Process*, 39, 477-498. Norton & Company, Inc.

Johansson, B., Persson, E. (2000) Jobbverkstad - En korttidsinsats med långtidseffekter – Ett projekt för personer med arbetshinder. Opublicerad rapport, AF Skoghall.

Klingensstierna, C. (2001). *Lösningsfokuserad grupperapi vid långtidsjukskrivning – en jämförande studie med deltagare sjukskrivna mer än sex månader*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Uppsala universitet, Uppsala

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychologist* 48: 3-23

de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: W.W Norton.

de Shazer, S. (1994). *Words Were Originally Magic*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.

de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York: W.W.

de Shazer, S. & Kim Berg, I. (1993) Making numbers talk: Language in therapy. In S. Friedman (Edr.), *The new language of change* (pp.5-24). New York, NY: The Guilford Press.

Wallgren, K. (2001). Studie under slutförande kontakta Karin Wallgren; wallgren.karin@telia.com för vidare referens.

Ord lista med förklaring:

Kontrollgrupp innebär att man har med en grupp personer i studien som *inte* får den insats som man vill se effekten av. Genom att jämföra med denna grupp kan man se om förändringen hos den grupp som fått insatsen beror på insatsen eller om förändringen kan bero på andra faktorer. En sådan faktor kan till exempel vara ett förändrat behov av arbetskraft.

Upprepad mätning innebär att man mäter graden av det man vill förändra (till exempel antal dagar i arbete) både före och efter en insats. Det räcker alltså inte med att redovisa i vilken grad personerna fått arbete efter insatsen, man måste också redovisa hur mycket de arbetade innan insatsen. Om ingen arbetade alls under en bestämd tid före insatsen (tex 3 månader) så måste det redovisas. Detta kallas att etablera en *baseline*. Efter insatsen så mäter man igen, *man upprepar mätningen*, under tre månader. Man redovisar data för mätperioder som är lika långa, till exempel månad för månad.

Experimentell kontroll innebär att man lägger upp studien så att man förändrar en faktor för gruppen och håller andra relevanta faktorer konstanta, tex kontrollerar man för förändringar på arbetsmarknaden med en kontrollgrupp. Man kan även se till att andelen kvinnor och män i gruppen är lika stora. Om man bara har med män så kan man bara säga att resultatet kan sägas gälla arbetslösa män och inte kvinnor. Vad som är relevanta faktorer måste forskaren försöka att bestämma. Vanligtvis är det kön, ålder, utbildning, var man bor i landet och naturligtvis typ av insats som kontrolleras för.

Randomiserad betyder slumpmässig. Man har en grupp människor som man tror skulle kunna dra nytta av en insats. Man slumpar så att hälften kommer i en grupp som får en insats och hälften får vara i en kontrollgrupp.

Placebo innebär att man ger kontrollgruppen en behandling som man antar inte har effekt. Det är vanligt att just det faktum att en grupp människor inbjuds till en åtgärd ger positiva resultat, även att träffa andra i samma situation kan ha positiv effekt. När kontrollgruppen får en placebo behandling så kontrollerar man för effekten av detta. En placeboinsats kan tex bestå i att en grupp arbetslösa får träffas och fika en gång i veckan under samma tid som en annan grupp får den insats som antas ha effekt. Om båda

insatserna visar sig lika effektiva kan man inte dra slutsatsen att insatsen *i sig* är effektiv.

Behandlingsmanual är en beskrivning av insatsen, den ska vara så tydlig och konkret att andra intresserade kan göra om insatsen.

Reliabilitet innebär att man mäter samma sak både före och efter insatsen, tex grad av arbete, och att man mäter det *på samma sätt* båda gångerna.

Validitet innebär att resultatet som redovisas ska vara relevant även för andra än för den grupp som fick insatsen. Det ska gå att uttala sig om hur man kan göra med andra arbetslösa än de som ingick i studien.

Signifikans är med vilken säkerhet man kan säga att ett resultat inte beror på slumpen. Ofta används en signifikans nivå på 5 procent, dvs om man gjorde om samma studie hundra gånger så skulle man få effekt i fem studier av ren slump. Det anses tillräckligt osannolikt att resultatet av en studie beror på slumpen om man har en signifikansnivå på 5 procent. Signifikansnivån räknas fram med en statistisk formel.¹

¹ © 2001 Caroline Klingensstierna & Karin Wallgren.
Detta material får inte publiceras eller kopieras i något sammanhang utan tillstånd. Vid citat skall källan uppges.