

fungerar på så vis som en återkommande kontroll av i vilken utsträckning patientens behandling synes vara adekvat – eller om dess inriktning bör förändras vid uteblivna framsteg – och aktiverar planeringen av det viktiga eftervårdsarbetet.

De förhållandevis höga kostnader som varit förknippade med detta projekt vid två rättspsykiatriska specialkliniker – vilka som bekant arbetar med den kanske svåraste patientkategori man kan tänka sig – måste därför sägas vara inte bara en god investering, utan också en direkt nödvändighet för att skapa en hög arbets- och vårdkvalitet.

Referenser

1. Menzies RJ, Webster CD. The construction and validation of risk assessments in a six-year follow-up of forensic patients: A tri-dimensional analysis. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 766-78.
2. Monahan J, Steadman HJ. Violence and mental disorder. Developments in risk assessments. Chicago: Chicago University Press, 1994.
3. Borum R. Improving the clinical practice of violence risk assessment. Technology, guidelines, and training. *Am Psychol* 1996; 51: 945-56.
4. Webster C, Eaves D, Douglas K, Wintrup A. The HCR-20 Scheme. The assessment of dangerousness and risk. Version 1. Vancouver: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia, 1995.
5. Belfrage H. Brottsligheten, psykiatrin och samhället. Stockholm: Liber Utbildning, 1995.
6. Belfrage H, Fransson G. HCR-20. Bedömning av risk för framtida våld. Manual med instruktioner och kommentarer. Växjö: Regionpsykiatriskt centrum, Forskningsenheten, 1997.
7. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. HCR-20. Assessing the risk of violence. Version 2. Vancouver: Simon Fraser University, 1997.
8. Hare RD. Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised. Toronto: Multi-Health Systems, 1991.
9. Strand S. Interbedömarreliabilitet analyserad i en bedömning av psykopati med PCL-R. C- uppsats i psykologi. Växjö: Högskolan i Växjö.
10. Hart SD, Cox DN, Hare RD. The Hare PCL:SV. Psychopathy Checklist: Screening Version. Toronto: Multi-Health Systems, 1995.
11. Belfrage H. PCL:SV. Swedish Manual Supplement. In: Hart SD, Cox DN, Hare RD. The Hare PCL:SV. Psychopathy Checklist: Screening Version. Toronto: Multi-Health Systems, 1995.
12. Rogers R, Gillis R, Dickens S, Webster C. Treatment recommendations for mentally disordered offenders: More than roulette? *Behav Sci Law* 1988; 6: 487-95.

Rehabilitering och prevention

Patienten själv arbetar aktivt mot uppställda mål

Orsakerna till diffusa tecken på ohälsa eller psykosomatiska besvär är i allmänhet multipla. En metod för rehabilitering och prevention av sådana besvär har utvecklats med utgångspunkt från en problembaserad inlärningsmodell och bygger på att individen själv aktivt arbetar mot successivt uppställda förändringsmål. Metoden har hittills använts för patienter med besvär i rörelseorganen, men den kan också tillämpas för andra patientgrupper.

Orsakerna till att man utvecklar olika diffusa tecken på ohälsa eller psykosomatiska besvär är i allmänhet multipla och omfattar både inre, individbundna faktorer och yttre faktorer i arbetet och i livssituationen i övrigt.

Rehabilitering av sådana besvär kan ses som en förändringsprocess där man inte enbart söker förändra symtombilden, utan i lika hög grad hur individen hanterar sina symtom och de effekter de ger på livssituationen.

Är ännu inte speciellt välutvecklad

En effektiv rehabilitering måste emellertid framförallt omfatta förändring av orsakerna till att besvären uppstått. Detta synsätt innebär att man i rehabiliteringsprocessen integrerar rehabilitering och prevention, man arbetar både med att förändra och hantera uppkomna symtom och besvär och med att förändra orsakerna till att besvären uppkommit. Det preventiva inslaget innebär inte enbart förändring av yttre orsaker utan även av individbundna faktorer.

I praktiken är integrationen av rehabilitering och prevention ännu inte speciellt välutvecklad. För att en utveckling skall ske krävs ett nytt synsätt – att i högre grad ge individen själv en aktiv roll i att påverka och förändra både inre och yttre faktorer hos henne själv, i hennes arbetssituation och livssituation.

Rehabiliteringsprocessen måste där-

för utformas så att den skapar motivation och ger möjligheter för den enskilde individen att förnya. Samtidigt måste den ge individen redskap för att kunna förändra och förändras. Inflytande och kontroll över sin situation kombinerat med krav eller utmaningar skapar förutsättningar för hög motivation och bättre inlärningsförmåga i arbetet, och leder i ett längre tidsperspektiv till att man utvecklar en känsla av att kunna hantera påfrestningar, det vill säga en bättre tro på sig själv och sin förmåga [1].

Samma faktorer som bidrar till att man blir förändringsbenägen i arbetssituationen kan förutsättas gälla även i en rehabiliteringsprocess. Den metod vi presenterar har sin utgångspunkt i detta synsätt och har utvecklats med hjälp av en problembaserad inlärningsmodell.

Problembaserat lärande

Samhället utmärks av stora och snabba förändringar. Inom pedagogiken har problemet med en snabbt ökande kunskapsmängd lett till nytänkande. Flera högskolor har infört problembaserat lärande som ett sätt att ge de studerande en metod att styra och ta ansvar för sin egen läroprocess.

Problembaserat lärande kännetecknas av en integrering av teori och praktik där utgångspunkten i lärandet är verklighetsanknutna situationer. I grupp får de studerande identifiera vad som är centralt att lära, ta reda på var kunskapen finns att hitta, bearbeta och utvärdera informationen [2]. I allmänhet finns det mer än en tänkbar lösning till varje problemställning.

I en rehabiliteringssituation vet i allmänhet varken behandlaren eller pati-

Författare

KERSTIN EKBERG

docent, leg psykolog, Yrkes- och miljömedicinska kliniken, Folkhälsovetenskapligt centrum, Linköping

LENA SVEDIN

socionom, leg psykoterapeut, handledare UHÅ, Familjpsykologi HUK AB, Linköping.

enten på förhand hur lösningen på patientens scenario och däri liggande problem ser ut. Man ställs inför problem, som har flera tänkbara lösningar för den enskilde patienten. Endast patienten själv kan utvärdera vilken lösning som är bäst för henne eller honom. Med en problembaserad metodik definierar patienten vägarna till lösning och handledaren kan bidra med sin fackkunskap man har delat ansvar.

Utvecklingskrafter som härrör från grupptillhörighet och kompetenssträvan tillgodoses genom problembaserat lärande.

Varje människa rymmer i sig förmåga till både flexibilitet och rigiditet [3]. Inom systemteorin talar man om systemens inneboende motstridiga krafter som morfogenes och morfostas [4]. Dessa, till synes oförenliga, krafter garanterar individens respektive systemets överlevnad. Individen/systemet vidmakthåller sin struktur samtidigt som hon/det flexibelt svarar på inifrån och utifrån kommande krav på förändring.

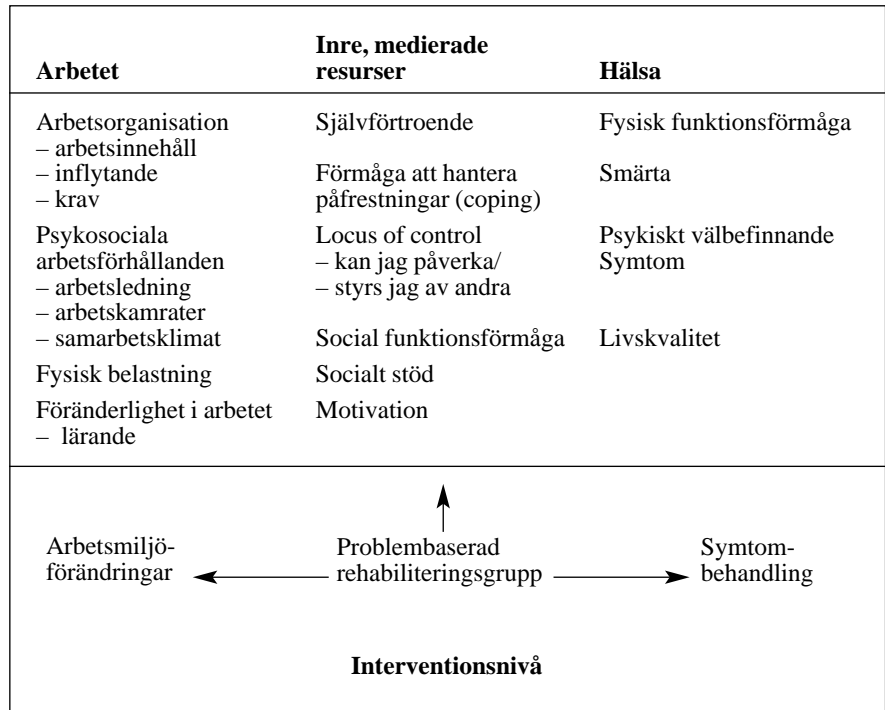
Behovet av anpassning till en förändrad omvärld är ett utifrån kommande krav. Inom familjeterapi är det välkänt att ett ökat tryck eller krav på förändring utifrån aktiverar familjesystemets morfostatiska krafter – ju mer omvärlden uppmanar till förändring (som dessutom ofta är oförenliga med familjens förklaringsmodell/sätt att leva), desto mer hårdnackat vidmakthåller familjen sitt gamla förhållningssätt. Förändringskravet upplevs som ett hot om undergång.

Lagom stora påfrestningar och utmaningar från omgivningen kan emellertid leda till att individen, under förutsättning att hon ges möjlighet att påverka, prövar nya sätt att hantera tillvaron. Om hon är framgångsrik integreras det nya förhållningssättet i individens beteendepertoar, hennes kompetens att hantera liknande situationer i framtiden ökar.

Kunskap om hur förändring sker är viktig i behandlingsarbete. Det gäller att appellera till individens/systemets naturliga behov av utveckling genom att öka individens möjlighet att själv påverka sin tillvaro, inte att aktivera de vidmakthållande rigida krafterna genom att styra utifrån.

Problembaserat arbete i patientgrupper

Problembaserat lärande är en pedagogisk, inte en psykoterapeutisk, modell. Att tänka i pedagogiska banor istället för terapeutiska har visat sig ha flera fördelar. Det finns ett motstånd



Figur 1. Översiktlig tankemodell för problembaserad rehabilitering och prevention.

mot att psykologisera hos såväl patienter som sjukvårdspersonal. Patienten har inte sällan erfarenhet av att behandlare velat förklara hans eller hennes kroppsliga besvär som psykiska, då man inte hittat entydiga somatiska orsaker, och i detta känt sig ohörd, missdrodd och ibland kränkt.

Med ett pedagogiskt förhållningssätt kommer man runt detta problem. Samtidigt får behandlarna tillgång till en metod som både är lätt att lära sig och lätt att använda.

Denna modell anvisar också en ny behandlarroll som kan användas i patientgrupper som sjukvården upplevt svåra att finna ett konstruktivt förhållningssätt till – en metod som länge eftersökts inom sjukvården.

Vissa sjukdomstillstånd kräver ett, hos behandlaren, förändrat förhållningssätt och ett överlämnande av ansvar för förbättring/tillfrisknande till patienten.

Ofta har behandlaren gjort mer av detsamma, det vill säga ensidigt försökt att tala om vad patienten behöver och vad slags förändring hon behöver genomföra.

Förändringsmotivationen och ansvaret finns i högre grad hos behandlaren än hos patienten.

Dagens samhälle genomsyras alltmot av ett användarperspektiv där vi erfär att människor begär delaktighet, något som understöder idén om ett problembaserat arbete i patientgrupper.

Ett partipatoriskt arbetssätt medför att individen blir engagerad och aktivt medverkande snarare än passivt mottagande av information, ämnad att för-

ändra inre och yttre riskfaktorer för ohälsa. Att få tala i en grupp av likar, som också är lagom olika, ger tillgång till en mångfald av perspektiv och visar på olika möjligheter att lösa ett och samma problem där upplevelsen av att inte vara ensam utgör ett värdefullt stöd.

Möjligheterna att sätta in sina svårigheter i ett större sammanhang ökar genom att man inte splittrar upp rehabilitering på olika experters olika kunskapsområden utan arbetar med helheten, det vill säga sin egen situation i vid bemärkelse.

Med en problembaserad strategi får individen utrymme att själv värdera svårigheter och möjligheter till förändring och utveckling samt på vilket sätt och i vilken takt det skall ske.

Varje individs specifika bakgrund, erfarenheter, resurser och arbetssituation bidrar till gruppens samlade kompetens och utvecklingsmöjligheter på ett mer effektivt sätt än då man arbetar individuellt.

Om individens sociala plattform är svag och/eller om hennes självförtroende och copingförmåga är svaga, vilket ofta är fallet i dessa patientgrupper, är förutsättningarna för att klara av förändringar sämre.

Metodiken syftar till att ge strategier för utveckling av psykiska och sociala resurser. Här inkluderas en förbättrad självuppfattning och ett starkare självförtroende, ökad förmåga att hantera

ANNONS

påfrestningar och att värdera om orsakerna till de problem man har kan påverkas eller inte (locus of control) [5].

Problembaserad rehabilitering

Den bakomliggande tankemodellen för den problembaserade rehabiliteringsform som vi arbetar med presenteras i Figur 1.

Den primära interventionsnivån är individen själv och hennes psykiska och sociala resurser. Arbeta på denna nivå förutsätts för att sekundärt kunna leda till en ökad förmåga och benägenhet att förändra yttre faktorer i livs- och arbets-situation, det vill säga att arbeta preventivt.

I en problembaserad grupp, oberoende av i vilket sammanhang den arbetar, sker aktiviteten på tre parallella nivåer:

Innehåll – vad skall vi arbeta med?

Metod – hur skall vi arbeta?

Gruppdynamik – hur skall vi vara gentemot varandra i gruppen?

Arbetsinnehållet styrs av de uppsatta målen

Innehållet i gruppens arbete styrs av de mål som sätts upp och som man arbetar mot. Varje förändringsprocess förutsätter att man förändras mot något.

Vilka mål som skall gälla för en rehabiliteringsprocess är emellertid inte självklart. I de grupper som hittills arbetat med problembaserad rehabiliteringsmetodik har ett övergripande mål definierats för rehabiliteringsprocessen redan innan man börjar arbeta i gruppen. Detta mål har varit att lära sig att se orsakerna till sina besvär och att hitta strategier för att förändra.

Målet är formulerat så att det innefattar ett incitament till förändring snarare än att uppnå smärtfrihet, full arbetsförmåga eller att bli frisk, som är generella mål och i praktiken svåra eller omöjliga att uppnå. Att målet är formulerat som en förändring innebär att gruppen inte enbart kan vara en stödgrupp eller samtalsgrupp utan istället blir en arbetsgrupp, det vill säga det ställs krav under rehabiliteringsprocessen. Kraven operationaliseras i termer av att man sätter successiva, konkreta delmål för sin egen rehabilitering.

Då människor tvingas att med egna ord formulera sina förändringsmål sker en inre perspektivförskjutning. Detta är något helt annat än då någon annan (expert) formulerar målen. Motivationen och hoppet ökar och ansvaret stannar där det hör hemma, hos patienten.

Måste ha en gemensam metod

Om en grupp skall kunna uppnå sina

mål måste den ha en gemensam arbetsmetod, som gör att gruppen kan arbeta effektivt utan risk att bli en allmän samtalsgrupp som undviker att gå in i en aktiv förändringsprocess. I värsta fall kan allmänt prat tendera att konservera utgångsläget.

Vi har utarbetat en förenklad och till patientgrupper anpassad form av problemlösningsmetod [6]. Metoden söker att efterlikna den spontana problemlösningsprocess som sker då människor söker lösningar på problem i vardagslivet.

Arbetsmetoden i patientgrupper omfattar sex steg:

1. Frågeställning/tema. Vid varje gruppträff arbetar man med ett tema. Gruppen inleder med att diskutera fram vilken frågeställning eller vilket tema man skall arbeta med. Förslag på innehåll kan komma från både gruppdeltagarna och handledaren.

Framförallt i början av rehabiliteringsprocessen kan gruppen ha svårt att komma igång med förslag på frågeställningar/teman. En viktig punkt är emellertid att de frågeställningar/teman man arbetar med ligger nära gruppmedlemmarnas vardag och upplevs som väsentliga och motiverande att arbeta med.

Exempel på teman som PBR-grupper arbetat med är stress, självförtroende, smärta, känslor, må bra av på fritiden, må bra av i arbetet, arbetsledning, organisationen, ansvar, sjukskrivning, mobbning, samarbete, manligt-kvinnligt, förebyggande personalvård, kommunikationsproblem, relationer, fysisk arbetsmiljö samt kost-hälsa.

2. Tänk fritt. Nästa steg i arbetsmetoden är att associera helt fritt kring den frågeställning man bestämt sig för. Detta innebär att gruppdeltagarna tvingas in i en kreativ fas där man ocensurerat verbaliserar alla associationer till frågeställningen som man kommer på. Allt som kommer fram skrivs upp på en tavla eller ett blädderblock för att alla skall ha tillgång till varandras associationer.

Denna fas i arbetsmetoden innebär att den enskilde gruppdeltagaren kan upptäcka att de olika medlemmarna tänker olika om en och samma sak; man får ett bredare perspektiv än om man arbetar individuellt.

Exempel på associationer till temat arbetet är fysiskt tungt, monotoni, arbetskamrater, ont, klarar inte av, arbetsledningen, kafferummet, arbetstiderna, uppgifter, huvudvärk, orättvisa, roligt, status, lönen, stress, ansvar, går ej att förändra, ensidigt, förändringar.

I en annan grupp med långvarigt sjukskrivna var associationerna till arbetet i stället konflikter, samarbetsproblem, konkurrens, orättvisa, makt, re-

vir, arbetskamrater, etc.

Olika grupper ger således olika bilder av sina relationer till arbetet och speglar därmed också vilka faktorer som är väsentliga att arbeta vidare med i rehabiliteringsprocessen och i förebyggande arbete.

3. Sortera/gruppera. De ord som kommit fram under Tänk fritt-fasen grupperas efter områden. Detta innebär att gruppen återigen tvingas in i en fas av kreativt tänkande där olika uppfattningar kan brytas mot varandra. Olika gruppmedlemmar kan ha olika åsikt om hur olika ord hör samman; detta bygger i hög grad på vilka erfarenheter man har.

Då detta steg är avslutat har man ett antal kategorier som på ett eller annat sätt utgör delar av huvudtemat. Exempel på kategorier inom temat arbetet kan vara arbetsorganisationen, arbetsledningen, hälsa, fysiska förhållanden. Ett annat sätt kan vara att kategorisera i »detta kan jag påverka» respektive »detta kan jag inte påverka». Olika grupper har olika infallsvinklar.

4. Val av delområde att arbeta vidare med. I detta steg väljer gruppmedlemmarna en av de kategorier som fastställdes i steg 3. Varje gruppmedlem formulerar ett eget delmål som är associerat med denna kategori. Det innebär t ex att man ställer frågor som »Vad innebär det vi pratat om för mig? Vad kan jag förändra?» Ett exempel på delmål kan vara att ta kontakt med sin arbetsledare för att diskutera hur arbetsuppgifter kan förändras.

Det är viktigt att delmålen är små och konkreta för att vara möjliga att genomföra.

Att ställa upp ett delmål som är för stort innebär antingen att individen misslyckas med att nå det, vilket bekräftar en för många vanlig självbild om att inte kunna klara av svårigheter, eller att individen helt avstår från att försöka nå sitt delmål, det vill säga man bibehåller ett passivt förhållningssätt till krav.

Man arbetar med att uppnå sitt delmål fram till nästa gruppträff.

5. Utvärdering. Vid nästa träff, som i allmänhet sker efter en vecka, har gruppen en gemensam utvärdering av hur man lyckats uppnå sina delmål, i vilken mån man har stött på hinder och hur man i så fall försökt hantera dem. Detta steg ger möjlighet till utbyte av erfarenheter, ömsesidig delgivning, tips och socialt stöd. Metoden ger på så sätt omedelbar återkoppling till individen om hennes prestation. De flesta har behov av att prestera i någon bemärkelse, och i utvärderingsfasen får man möjlighet att tillgodose detta behov.

Har man t ex tagit kontakt med sin arbetsledare, och har man i så fall lyc-kats förmedla det man ville säga om ar-betsplatsen?

Om man har lyckats uppnå sitt del-mål har man gjort en positiv erfarenhet, ökat sin kompetens genom att våga ta ett sådant initiativ och få ett positivt gensvar på det.

Om man har misslyckats har man i gruppen möjlighet att få perspektiv på varför och därmed underlag för att göra ett nytt försök. Man lär sig bäst av att göra. Genom att göra består kunskapen som erfarenhet.

6. Frågeställning/tema. Nästa steg innebär att man återigen tar ställning till vad man vill arbeta med som nästa tema. I en del fall finner gruppen att den vill fortsätta med samma frågeställning, men att den vill bearbeta och sätta upp andra delmål inom en annan kategori av temat. Gruppen själv avgör detta.

Behandlarrollen förändrad

Problembaserat patientarbete kräver en förändrad behandlarroll. I den vanliga behandlare-patientrelationen är pa-tienten i beroendeställning och ofta en-sidigt mottagande. Ansvaret för kun-skap och åtgärder ligger i huvudsak hos behandlaren.

I problembaserat patientarbete är handledaren varken kunskapsexperten som lär ut till gruppen eller en medlem av gruppen som tagit ledningen. Hand-ledaren finns där för att lotsa och under-stödja gruppen i dess arbete [7]. Det ställs därför stora krav på handledaren att inte inta sin vanliga behandlarposi-tion i förhållande till den enskilde gruppdeltagaren (patienten) utan att förhålla sig till gruppen som helhet.

Detta innebär bland annat att han el-ler hon hjälper deltagarna att i så kon-kreta termer som möjligt beskriva sin livssituation och sina upplevelser för varandra.

Handledaren får inte komma med tolkningar och bör vara återhållsam med empatisk förståelse. Att vara för förstående lockar den enskilde deltaga-ren att försöka etablera en vanlig pa-tient-behandlarrelation till handleda-ren, som i sin tur riskerar att sitta med 5-7 enskilda patienter att behandla samtidigt. Dessutom hindras gruppdel-tagarna att sinsemellan utveckla ömse-sidigt stöd och empati. Många av dessa patienter har förmenats tillfredsställes-en att betyda något för andra genom att de länge varit den mottagande parten i en behandlarrelation.

Gruppens handledare opererar på tre olika nivåer – innehållsnivå, metodnivå och gruppdynamisk nivå. Dessa sam-verkar och påverkas ömsesidigt av var-andra, och det kan vara svårt att bedöma

| Nivå | Förhållningssätt |
|---------------|--|
| Innehåll | Passivt, gruppdel-tagarnas egen kun-skap respekteras |
| Metod | Aktivt, uppmanande gruppdeltagarna att följa metodens olika steg |
| Grupp-dynamik | Aktivt observerande och intervererande så att kommunika-tionen underlättas och alla kommer till tals |

Figur 2. Handledarens förhållningssätt beroende på nivå i gruppens aktivitet.

på vilken av nivåerna det uppstår hinder som hämmar gruppen i dess arbete. Det är av central betydelse att kunna avgöra detta. Handledarens interventioner skall underlätta, inte hindra (Figur 2).

Innehållet ägs av gruppdeltagarna

Handledaren bör vara mycket åter-hållsam med att påverka innehållet i gruppens arbete. Innehållet ägs av gruppdeltagarna och en inblandning från handledarens sida ger omedelbart en känsla av att det finns rätt och fel sa-ker att prata om.

Handledaren är ju experten, som det är svårt att säga emot. Kommer idéerna från någon av gruppdeltagarna så utbyts de i en jämlik relation och de är lättare att ta till sig, att känna igen sig i och/el-ler förkasta. Att, som handledare, kon-sekvent säga ni istället för vi kommuni-cerar tydligt till gruppen vem som ger och har ansvaret för innehållet och för-ändringsarbetet.

Skall övervaka att arbetsmetoden följs

Handledarens uppgift är att övervaka att arbetsmetodens steg följs. En ge-mensam metod effektiviserar och struk-turerar gruppens arbetet. Den ger gruppdeltagarna känslan av fortskri-dande och förhindrar rundgång och upprepning i kommunikationen. En grupps motivation sjunker omedelbart om inte arbetet går framåt, det vill säga när man börjar »älta».

Oklarhet på metodnivån är ibland det som hindrar gruppen att nå (på inne-hållsnivån) uppsatta mål.

Handledaren har sin svåraste uppgift i att tydliggöra för gruppen att ett steg är avslutat och att knuffa in gruppen i näs-ta. Grupper tycks tveka och hamna i tomrum just vid stegövergångarna. Ex-empel: Är alla överens om att arbeta

med smärta (den föreslagna frågeställ-ningen) idag? Bra, sätt i gång med att tänka fritt!

Handledarens roll är också att över-vaka så att alla deltagare befinner sig på samma steg i metoden samtidigt. Exem-pel: Känner sig alla färdiga med sorte-randet? Är ni nöjda med de kategorier ni fått fram?

Handledaren har också en viktig uppgift i att hjälpa gruppdeltagarna att formulera sina delmål (steg 4) så att dessa blir konkreta, hanterbara och rim-liga att klara av. För stora eller diffusa delmål leder till att man inte klarar att uppnå dem, vilket motverkar den grundläggande tanken i metoden.

Kontrakt ger trygghet

Vid den första gruppträffen får delta-garna diskutera ett gruppkontrakt och gemensamt bestämma sig för vilka samlevnadsregler som skall gälla.

Kontraktet gör det möjligt att vädra påståenden som t ex hur man skall göra om man tycker att någon pratar för lite alternativt för mycket, om man skall av-sluta med en utvärdering av dagens träff, etc. Det bidrar dels till att etablera en grupp-känsla redan vid första träffen, dels till att snabbt göra gruppdeltagarna trygga genom att de vet vilka regler som gäller och att de själva har varit med om att etablera reglerna.

Gruppkontraktet är ett bra hjälpme-del för handledaren att återkomma till om det uppstår störningar på den grupp-dynamiska nivån.

Handledaren ansvarar för att grup-processen fortlöper, det vill säga att alla medverkar, att man följer de samlev-nadsregler gruppen bestämt sig för, att alla får utrymme i gruppen etc.

För att underlätta kommunikationen i gruppen behöver handledaren fungera som en tänkande och talande spegel, det vill säga neutralt och värderingsfritt återföra vad han/hon ser gruppen göra, så att deltagarna blir varse vad som sker på både metod- och gruppdynamisk nivå. I speglingen förmedlar handleda-ren en känsla av uppskattning och upp-muntran som blir bekräftande för delta-garna.

Då grupper inte tycks arbeta mot det uppsatta målet finns störningarna ofta på gruppdynamisk nivå. Uttalade hänsynsregler gör att människor undvi-ker att kommentera varandras utsagor och idéer. Den feed back och bekräftel-se som behövs för att komma vidare och låta sig utmanas i de egna föreställning-arna uteblir. När man hör de egna orden uttalas, när man tänker högt (från min mun till mitt öra) får man en omedelbar möjlighet till egen korrigerande och ut-veckling av tankarna [8]. Man strävar

efter att få orden och deras betydelse kongruenta med sitt inre, justerar och väger tills de känns sanna och »som mina egna».

Handledaren måste, speciellt i en ny och osäker grupp, ofta gå in och be deltagarna reagera på och kommentera varandra, t ex så här:

»Jag ser att Du, Karin, ser lite fundersam ut – vad tänkte Du om det som Lars sa?» eller »Som jag har hört det finns det i alla fall tre förslag att ta ställning till – vill ni göra det?» eller »Ni är verkligen hänsynsfulla mot varandra, men jag undrar om ni inte skulle tjäna på att sortera bort en del idéer?»

I början behövs med andra ord en relativt stark styrning av kommunikationen, vilket dock medför en risk för att handledaren blir ett nav i kommunikationshjulet (gruppmedlemmarna vänder sig till ledaren, inte till varandra). För att detta inte skall bli ett etablerat mönster måste handledaren aktivt förlägga kommunikationen mellan deltagarna genom att antingen nonverbalt undvika blickkontakt med den talande deltagaren och därmed tvinga denne att rikta sig till någon annan, eller kommentera detta kommunikationsmönster och sätta upp en kommunikationsregel som innebär att deltagarna skall vända sig till varandra, inte till handledaren.

Tar tid att lära känna varandra

Då en ny grupp etableras går det åt tid till »att lära känna varandra» och att bli trygga (gruppdynamik). Handledaren behöver ha »is i magen» och låta det ta sin tid, men han eller hon måste redan vid första grupptillfället introducera arbetsmetoden »de sex stegen». Människors behov av att prestera, känna att man utträttat något, underskattas ofta och i detta sammanhang blir det viktigt att snabbt komma igång och arbeta. Att lära gruppen själva arbetsmetoden kan vara den prestation som initialt tillgodoser deltagarnas kompetensbehov.

Behandlare har emellertid en tendens att oftare ställa underkrav än överkrav, mest på grund av de egna prestationskraven (jag gör något vilket paradoxalt nog innebär att andra – patienten – hindras från att göra något).

De sex stegen och övervakandet av att de åtföljs och arbetet med gruppens dynamik blir den uppgift som tillgodoser handledarens behov av att prestera. Krav och inflytande får således inte matchas på en alltför låg nivå – låga krav och litet inflytande leder till att man gradvis förlorar kompetens och en avinläring sker [1]. Individiden tappar sin förmåga att hantera påfrestningar, vilket i sin tur leder till att även mycket måttliga krav upplevs som en överbe-

lastning.

Efter ett par gånger, då deltagarna känner varandra och är bekanta med arbetsmetoden, kan man räkna med att få resultat avseende innehållet.

Bestående förändringar

Med det synsätt vi företräder innebär rehabilitering egentligen en process där förändringarna i första hand gäller den enskilda individen och hennes förhållningssätt till sina besvär och till den omgivning hon eller han befinner sig i.

En förändring hos den enskilda individen blir emellertid sällan bestående om individens omgivning är oförändrad.

Då vi arbetar med arbetsrelaterade besvär har vi därför även regelbundna träffar med arbetsledarna för de personer som deltar i rehabiliteringsgruppen. Syftet med träffarna är att stimulera och öka medverkan från arbetsplatsen i rehabiliteringen och i preventivt arbete. I andra sammanhang kan andra omgivningsgrupper vara mer aktuella.

Innan själva rehabiliteringsarbetet påbörjas har man en gemensam träff för att tillsammans klargöra förväntningar, mål, arbetsmetod och vars och ens roll i rehabiliteringsprocessen. Så lär man känna varandras utgångspunkt, och i bästa fall startar man rehabiliteringsprocessen med samma mål.

Referenser

1. Karasek R, Theorell T. Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.
2. Härd af Segerstad H, Klasson A, Tebelius U. Vuxenpedagogik – att iscensätta vuxnas lärande. Lund: Studentlitteratur, 1996.
3. Havnesköld L, Risholm Mothander P. Utvecklingspsykologi: Psykodynamisk teori i nya perspektiv. Stockholm: Liber Utbildning, 1995.
4. Bateson G. Steps to an ecology of mind. New York: Ballantine Books, 1972.
5. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, General and Applied 1966; 80: 1-28.
6. Kjellgren K, Ahlner J, Dahlgren LO, Haglund L, red. Problembaserad inläring – erfarenheter från Hälsouniversitetet. Lund: Studentlitteratur, 1993.
7. Nilsson C. En litteraturgenomgång. Handledaren i problembaserad inläring. Aktiv eller passiv? Uppsala: Sveriges Lantbruksuniversitet. Pedagogiskt utvecklingsarbete nr 22, 1995.
8. Andersen T. Reflekterande processer. Samtal och samtal om samtalen. Stockholm: Mareld, 1994.



MISSÖDEN MISSTAG MISSBRUK

i sjukvården

Vad händer i slutna rum då läkare blir problem? Hur löser man konflikter vid missöden i vården? Vem kan ge ett bra stöd till anmälda läkare?

Under 1994–95 publicerade Läkartidningen 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkringen. De har nu samlats i ett 80-sidigt häfte, som kan beställas med kupongen nedan.

Pris 75 kronor. Vid 11–50 ex 67 kronor, vid högre upplagor 63 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Missöden, Misstag,
Missbruk

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk kuvertet »Missöden»
Telefax 08-20 76 19