

# Kognitivt förhållningssätt i rehabilitering

Siri Lundmark

Det individinriktade rehabiliteringsarbetet behöver utveckla sin metodik för att ta vara på de sjukskrivnas restarbetsförmåga på ett effektivt och samtidigt etiskt hållbart sätt. Det kognitiva förhållningssättet skulle kunna vara en sådan metod. Siri Lundmark beskriver här kortfattat den teoretiska bakgrunden till kognitiv psykoterapi och hur det ur denna skulle kunna gå att dra ut och omforma vissa delar så att de skulle passa i rehabiliteringsarbete. Hon beskriver en samtalsmetodik och en struktur för rehabiliteringsarbetet i olika faser: kartläggning, problemlösning, åtgärdsfas och en uppföljningsfas utifrån det kognitiva förhållningssättet. Hon diskuterar också vilka konsekvenser en satsning på att utveckla ett kognitivt förhållningssätt skulle få när det gäller behov av vidareutbildning.

Siri Lundmark har arbetat i många år med rehabilitering inom Försäkringskassan. Parallellt med detta har hon studerat rehabiliteringsvetenskapliga programmet vid Mitthögskolan samt psykologi som särskilt ämne. Hon läser för närvarande steg två-utbildning till kognitiv psykoterapeut. Numera är Siri Lundmark verksam som koordinator vid Stressmottagningen, Institutet för Psykosocial Medicin, Karolinska institutet.

Mitt perspektiv är utifrån min mångåriga erfarenhet av att arbeta som rehabiliteringssamordnare vid Försäkringskassan samt mitt nuvarande arbete vid Stressmottagningen där jag fortsätter arbeta inom yrkesområdet rehabilitering. Sedan två år tillbaka arbetar jag som koordinator och rehabiliteringssamordnare vid Stressmottagningen, Institutet för Psykosocial Medicin (IPM), Karolinska Institutet.

## Stressmottagningen

Vid Stressmottagningen erbjuds patienter en längre tids rehabilitering där huvudsyftet är att patienten ska erhålla en bättre balans i livs- och arbetsituationen bl.a. genom att öka medvetenheten om det egna beteendet som inte alltid är så funktionellt. Patienterna som kommer till mottagningen är sjukskrivna pga. stressrelaterade besvär. Grund-

tanken är att patientens egna behov och förutsättningar, så mycket som möjligt, ska tillgodoses för att ge bästa förutsättningar för en förändring. Rehabiliteringsprogrammet kan innefatta både grupp- och/eller individuellt program. Ett individuellt program kan t.ex. bestå av enskilda samtal med kognitiv psykoterapeut, sömnterapeut och rehabiliteringssamordnare. Patienten har kontakt med mig när det finns behov av att samtala om arbetsåtergång.

Vid Stressmottagningen går många av våra patienter i kognitiv psykoterapi under en period, eftersom det har visat sig vara en lämplig korttidsterapi att använda när det finns en stressproblematik. Jag försöker även själv att använda det kognitiva förhållningssättet i mitt rehabiliteringsarbete. Det kognitiva synsättet bygger på en humanistisk livshållning där varje människa är unik och där människan har möjlighet till fri vilja och handling. Grundsynen är att människan är förändringsbenägen.

## **Bakgrunden till kognitivt förhållningssätt**

Kognitivt förhållningssätt har sin bakgrund i kognitiv psykoterapi. Vad menas med kognitiv? Själva ordet kommer från latinets "cognoscere" som betyder "lära känna" - i en vidsträckt betydelse handlar det om att lära känna omvärlden och sig själv i förhållande till den process genom vilket detta sker. Människor tolkar alltid verkligheten och skapar sig en personlig bild av denna. Den tolkningen styr hur vi upplever oss själva, andra människor och omvärlden. Inom kognitiv psykoterapi menar man "att det är inte tingen i sig som människan lider av utan av sitt sätt att uppfatta dem". Vårt sätt att tänka påverkar hur vi känner oss och hur vi handlar.

Metoden bygger på antagandet att det finns ett samband mellan tanke, känsla och handling. Behandlingsmetoden är inriktad på tankandet och att man via behandling av tankarna kan komma åt att förändra känslor. Grundläggande tankemönster som vi styrs av i våra liv kallas inom kognitiv psykoterapi för schemata. Människans föreställning om sig själv och den verklighet som omger honom/henne påverkar känslor och handlingar och genom att bli medveten om sina negativa tankemönster (schemata) kan individen pröva nytt beteende som sedan i sig påverkar tanke och känsla.

Terapeut och patient bestämmer tillsammans mål för terapin. Man kan även upprätta ett kontrakt där man konkret skriver ned vad man önskar uppnå i terapin.

Man får även hemuppgifter som t.ex. kan bestå i att registrera hur man brukar tänka och agera i en viss situation. Syftet med hemuppgiften är att man själv fortsätter arbetet hemma mellan terapitimmarerna.

## **Vad kan det kognitiva förhållningssättet bidra med i rehabiliteringsarbetet?**

Det kognitiva förhållningssättet kan bidra till ökad förståelse för och kunskap om den sjukskrivne personen, eftersom rehabiliteringssamordnaren fokuserar på personens egna tankar och föreställningar angående sin situation. Rehabiliteringssamordnaren får veta vilka tankar och känslor som personen har när det gäller sjukdom, besvär och behandling. Man får veta hur personen tänker kring arbetssituationen, vilka hinder och möjligheter som finns till återgång i arbete. Man tar reda på hur personen ser på sin nuvarande livssituation, det förflutna och framtiden och vilka andra idéer och före-

ställningar av betydelse som personen har.

Det är personen själv som kan berätta om sitt liv och ge det struktur och då är det naturligtvis mycket avgörande hur berättelsen tas emot. Det kognitiva förhållningssättet innebär att man möter den sjukskrivne med respekt i en dialog mellan jämbördiga parter och man utforskar tillsammans den verklighet som den sjukskrivne befinner sig i. Om personen har en pessimistisk syn på tillvaron är det lättare att samtala om det finns en bra och öppen relation mellan rehabiliteringsamordnare och den sjukskrivne.

Enligt kognitivt förhållningssätt ses rehabiliteringssamordnare och den sjukskrivne som två vetenskapsmän som tillsammans ska lösa ett problem. Det förhållningssättet kan även användas vid rehabilitering och varje steg i rehabiliteringen sker genom överenskommelser mellan dessa båda.

Inom kognitiv psykoterapi ges hemläxor för att patienten ska fortsätta processen och vara aktiv mellan terapitimmarna. Det kan även gälla under en rehabilitering där hemuppgiften kan vara att kontakta en viss person, besöka arbetsplatsen, fika med arbetskamrater osv.

## Metodik i samtalet

Inom kognitiv psykoterapi använder man sig av den Sokratiska samtalsmetoden. Metoden går ut på att du genom att ställa de rätta frågorna får människorna själva att inse vad som är rätt och sant och grundtesen är att varje människa har svaret inom sig själv - det gäller bara att ställa de rätta frågorna. Den som ställer frågorna har en ödmjuk, frågande och ifrågasättande hållning byggt på övertygelsen om att själv inte självklart sitta inne med sanningen. När den som frågar är osäker på svaret görs sammanfattningar och personen tillfrågas om dessa stämmer tills

man är överens.

Några exempel från metodiken är att ställa öppna frågor (vad, hur och varför) istället för slutna, att lyssna aktivt på personen istället för att tänka på vad du själv ska säga, aldrig gå i kamp med den du talar med, att undvika egna tolkningar.

## Kognitivt förhållningssätt och rehabilitering

Jag anser att det kognitiva synsättet kan medverka till en förbättrad metodik i rehabiliteringsarbetet. Tanken är inte att rehabiliteringssamordnare ska börja arbeta som kognitiva psykoterapeuter, utan tanken är att använda det kognitiva förhållningssättet på ett för rehabiliteringsarbetet användbart sätt.

Jag ska här ge några exempel på hur det kognitiva synsättet kan användas i rehabiliteringsarbetet. Om vi tänker oss starten av en rehabiliteringsprocess där rehabiliteringssamordnaren och den sjukskrivne träffas, så befinner vi oss i det som brukar benämnas *kartläggningssfasen* där någon form av kartläggning av den sjukskrivnes situation ska göras. Det är här man ska ta ställning till om det finns behov av rehabilitering och om så är fallet vad ska rehabiliteringen innehålla, hur ska rehabiliteringen gå till, när ska det hela sätta igång. Om rehabilitering inte är aktuell nu kanske den ska påbörjas senare. Kanske

---

---

*Det kognitiva förhållningssättet innebär att man möts i en dialog mellan jämbördiga parter och utforskar tillsammans den verklighet som den sjukskrivne befinner sig i.*

---

---

att det inte alls är aktuellt med någon form av rehabilitering - vad ska ske istället? Ja, det är många viktiga frågor att ta ställning till.

Den sjukskrivne kommer med sin livshistoria som handlar om livet, arbete, sjukdom, problem, oro och ångslan och det är viktigt att rehabiliteringssamordnaren tar emot berättelsen på ett förutsättningslöst sätt för att möjliggöra att en bra relation utvecklas. Personen får här möjlighet att berätta delar av sin livshistoria som känns viktiga i sammanhanget och genomgången av personens liv kommer att utgöra grunden för den fortsatta planeringen.

Utifrån ett kognitivt förhållningssätt tar rehabiliteringssamordnaren reda på vilka tankar personen har om sig själv, hur han ser på sin situation och för sedan in alternativa tankar och perspektiv till den sjukskrivne. Öppna frågeställningar där den Sokratiska samtalsmetodiken används är ett bra hjälpmedel.

Förutom faktafrågor, är det genom att ställa frågor om den sjukskrivnes egna tankar kring sin situation vad gäller nutid, dåtid och framtid som det så småningom brukar gå att bestämma färdriktningen i rehabiliteringen. Det kan inte nog poängteras hur viktigt det är att få information om den sjukskrivnes egna tankar och hur han ser på sin situation eftersom det styr upplevelsen av honom själv och andra. Det är också viktigt att få fram den sjukskrivnes egna idéer, förhoppningar och tveksamheter till sin situation. En annan också mycket viktig del i samtalet med den sjukskrivne är att hjälpa den sjukskrivne att se nya perspektiv i form av alternativa tankar. Genomgången av livshistorien kan också för den sjukskrivne vara betydelsefull och en hjälp för att se hur livssituationen ser ut nu och hur den kan tänkas se ut i framtiden.

När det gäller fortsättningen av rehabiliteringsprocessen kommer vi till *problemlös-*

---

---

*Det är viktigt att få information om den sjukskrivnes egna tankar och hur han ser på sin situation eftersom det styr upplevelsen av honom själv och andra.*

---

---

*ningsfasen* där den sjukskrivnes egna tankar, idéer och förhållningssätt sätts i relation till personens livssituation. En etablerad fungerande kontakt mellan rehabiliteringssamordnare och den sjukskrivne där tankar och idéer ges möjlighet att spira, är en bra förutsättning att landa i en för båda godtagbar målplanering.

Vi har nu kommit till *åtgärdsfasen* där målplaneringen ska förankras i verkligheten. Kanske har den sjukskrivne och rehabiliteringssamordnare kommit fram till att personen ska återgå till gamla arbetsplatsen med förändrade arbetsuppgifter. Ett rehabiliteringsmöte ordnas där den sjukskrivne, arbetsgivare och andra berörda deltar för att komma överens om hur den fortsatta rehabiliteringen ska ordnas. En skriftlig överenskommelse nedtecknas i en rehabiliteringsplan. Även i kognitiv psykoterapi fastställs konkreta mål som nedtecknas i ett gemensamt kontrakt.

Återstår så *uppföljningsfasen* som också är mycket viktig i rehabiliteringsprocessen. Alla som arbetar med rehabilitering vet hur viktig den här delen är i rehabiliteringsprocessen och ändå är det förmodligen denna del som prioriteras minst - mycket beroende på tidsbrist hos rehabiliteringssamordnaren.

Mycket kan hända på vägen för den sjukskrivne vad gäller sjukdom, oro över att inte klara av situationen, rädsla får att få tillbaka

tidigare besvär, svårigheter komma in i rutiner osv. som kan försvåra rehabiliteringen och i sämsta fall gör att personen avbryter den påbörjade rehabiliteringen. Att ha uppföljningsträffar inplanerade under denna fas är en trygghet för den sjukskrivne eftersom uppkomna problem snabbare kan lösas.

Även i kognitiv psykoterapi planeras några uppföljningsträffar efter avslutad terapi för att följa upp vad som händer. De flesta patienter uttrycker att det känns tryggt att veta att man träffas i ytterligare några samtal. Vetskapen att det ska ske upplever många patienter positivt och känns som ett bra stöd. Detsamma gäller naturligtvis även i rehabiliteringen. Om rehabiliteringen t.ex. består av arbetsträning på arbetsplatsen är det mycket värdefullt att planera in en eller ett par uppföljningsträffar - gärna både i enskilt samtal med den sjukskrivne och i rehabiliteringsmöte med berörda.

## Min förhoppning

Jag har här försökt tydliggöra hur ett kognitivt förhållningssätt skulle kunna användas i rehabiliteringsarbetet. Själva genomförandefasen i en rehabilitering ställer stora krav på en rehabiliteringssamordnare. Planeringen och genomförandet är en process som är långdragen och många hinder kan behöva lösas innan man kommer till målet. Grunden i rehabiliteringen är att skapa en god relation med den sjukskrivne vilket förutsätter ett bra förhållningssätt och människosyn.

Min förhoppning är att kognitivt förhållningssätt alltmer kan ingå i kommande rehabiliteringsutbildningar, eftersom förhållningssättet lämpar sig så väl att använda i rehabiliteringsarbetet. Jag vill också belysa hur jag ser på hur situationen ser ut för många rehabiliteringssamordnare vid Försäkringskassan idag. Det är en yrkesgrupp

---

---

*Det är viktigt att den sjukskrivne bemöts av en rehabiliteringssamordnare som anser sig ha tillräckliga kunskaper för att kunna möta sjukskrivna på ett professionellt sätt.*

---

---

där behovet av utbildning är stort. Att jag väljer just den gruppen beror dels på att jag har egen erfarenhet, dels att rehabiliteringssamordnarna vid Försäkringskassan är en liten men intressant yrkesgrupp, c:a. 2.000-3.000 personer, och de har en stor betydelse för rehabilitering av sjukskrivna personer i hela landet.

Många rehabiliteringssamordnare vid Försäkringskassan har arbetat många år inom yrkesområdet, men saknar formell utbildning som motsvarar innehållet i arbetet. De teoretiska kunskaperna har man erhållit genom att gå Försäkringskassans egna interna rehabiliteringsutbildningar. Den största kunskapen och erfarenheten har man sedan fått skaffa sig själv genom eget praktiskt arbete och genom att diskutera ärenden med kollegor. Extern handledning förekommer på vissa kontor, men tyvärr alltför sällan. Följden blir att rehabiliteringssamordnaren får mycket stor kompetens och kunnande, men det hör till den kunskap som är tyst, dvs. kunskapen existerar men finns inte formellt nedskrivna.

Den officiella bilden av rehabiliteringsarbetet vid Försäkringskassan är att betona den administrativa inriktningen och från ledningshåll hörs mycket litet om den sociala inriktningen av arbetet. Utifrån egen erfarenhet och efter att ha läst Susanne Ekblads

rapport "Rehabilitering från tyst kunskap till profession" så hävdar jag att den bilden inte stämmer med vad arbetet i praktiken innebär. Vid intervjuer som Susanne Ekblad gjort med rehabiliteringssamordnare vid Försäkringskassan framkommer att man upplever att det saknas kunskap och förståelse från ledningshåll vad gäller arbetets innehåll. Jag och många med mig, menar att rehabiliteringsarbetet både har en administrativ och social inriktning, där samordnaren till stor del utför ett socialt, kontakt-, konsult och stödarbete och aktivt medverkar i en persons förändrings- och omställningsprocess som kan komma att ha avgörande betydelse för den sjukskrivnes fortsatta livssituation. Eftersom den officiella bilden inte stämmer överens med hur rehabiliteringssamordnaren ser på sitt arbete blir yrkesrollen oklar och följden blir att varje samordnare själv får försöka hitta sitt alldeles egna förhållnings-sätt, vilket i sin tur medför att kompetensen hos rehabiliteringssamordnarna blir ojämn. För att motverka detta bör en omfattande satsning av vidareutbildning av redan yrkesverksamma rehabiliteringssamordnare påbörjas jämsides med utbildning av flera nya samordnare där kognitivt förhållnings-sätt finns med. En utveckling av kunskapen gynnar den sjukskrivne och en professionalisering förtydligar yrkesrollen för rehabiliteringssamordnaren.

## Slutkommentar

Min övertygelse är att ökad kunskap i kognitivt förhållningssätt kan bidra till mer "insiktsfulla och medvetna" samtal som gör det lättare för rehabiliteringssamordnaren att, tillsammans med den sjukskrivne, kunna diskutera och planera lämpliga rehabiliteringsåtgärder. En person som är sjukskriven och ska diskutera sin rehabilitering, befinner

sig ofta i en omvälvande förändringsprocess som kan vara avgörande för det fortsatta livet. De beslut som fattas kommer att forma personens fortsatta livssituation. Med det som utgångspunkt är det naturligtvis viktigt att den sjukskrivne bemöts av en rehabiliteringssamordnare som anser sig ha tillräckliga kunskaper för att kunna möta sjukskrivna på ett professionellt sätt.

För att kunna göra det anser jag att personer som arbetar med rehabilitering bör få möjlighet till vidareutbildning. Det finns sedan några år tillbaka en treårig högskoleutbildning inom ämnesområdet rehabiliteringsvetenskap vid några högskolor i Sverige och det är mycket bra. Framöver hoppas jag att det kommer att ske en satsning vad gäller möjlighet till flera utbildningsplatser på högskolenivå och att utbildningsmöjligheterna också utökas för de som redan arbetar inom yrkesområdet så att de ges möjlighet till kompletteringsutbildning som tar vara på tidigare yrkeserfarenhet.

## Litteratur:

- Ekblad Susanne (2002) "Rehabilitering - från tyst kunskap till profession", FoU-rapport nr 39, Försäkringskassan i Stockholms län
- Kjellman Monika/ Hammarbäck Lena (2002) "Vad du som sjukskriven bör veta om rehabilitering", Instant Book, Stockholm
- Perris Carlo (1996) "Kognitiv terapi i teori och praktik", Natur och Kultur, Stockholm