



Årsrapport 2020

Stressrehabilitering

Patientverksamhet

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Inledning.....	4
Resultat.....	7
Tre år efter avslutad MMR.....	10
Rehabilitering vid kognitiv nedsättning.....	10
Prognos på längre sikt.....	11
Viktiga händelser 2020 och framåt.....	12
Flöde Stressrehabilitering 2020.....	13
Referenser.....	14
Bilaga 1.....	14

Sammanfattning

Välkommen till Stressrehabiliteringens årsrapport för 2020! Rapporten vänder sig till dig som vill veta mer om vår kliniska verksamhet – vilka patienter vi rehabiliterar och vilka resultat vi ser.

Stressrehabs uppdrag

Att bedöma, behandla och rehabilitera personer som har stressrelaterad psykisk ohälsa, framför allt utmattningssyndrom, för att återställa bästa möjliga hälsa, funktion och arbetsförmåga.

Bakgrund

Stressrehabiliteringen, Stressrehab, är en mottagning inom universitetssjukvårdsenheten Arbets- och beteendemedicinskt centrum vid Norrlands universitetssjukhus (Nus) i Umeå och sedan 2016 med filial i Skellefteå. Stressrehab är en specialitet och fungerar som en resurs för primärvård, företagshälsovård och sjukhusvård.

Verksamheten startade 2002 som ett forskningsprojekt. År 2006 blev Västerbottens läns landsting delfinansierad och sedan 2013 är Stressrehab helt finansierad av Region Västerbotten. Sedan starten har vi bedömt cirka 4 300 patienter och ungefär 2 500 patienter har fullföljt vårt rehabiliteringsprogram.

På Stressrehab arbetar avdelningschef, läkare, psykologer, psykoterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter, rehabkoordinatorer, medicinska sekreterare, verksamhetsutvecklare och kommunikatör. Rehabiliteringen hos oss är multimodal¹ och pågår åtta till tio månader. Vi följer upp patienterna från bedömningssamtal innan multimodal rehabilitering (MMR) startar till tre år efter avslutad MMR.

Hälsoekonomiska beräkningar har visat att behandlingen är kostnadseffektiv både ur ett patient- och samhällsperspektiv.² Vid Stressrehab bedrivs även klinisk patientnära forskning och utvecklingsarbete i samarbete med Umeå universitet (Bilaga 1).

Remissinflöde och vårdgaranti

Remissinflödet (inklusive egen vårdbegäran) till Stressrehab har minskat och var 26 procent lägre pandemiåret 2020 jämfört med 2019.

Följaktligen bedömde vi färre patienter 2020 jämfört med 2019 och 97 procent fick sitt första läkar- eller teambesök inom den nationella vårdgarantins gräns på 90 dagar. Nästan alla (99 procent) startade MMR inom 60 dagar efter beslutsdatum.

Resultat

Urvalet i resultatdelen är de patienter som har avslutat MMR 2019 och följts upp 2020.

Självskattningsformulär som patienterna har besvarat visar att de mår avsevärt bättre ett år efter avslutad MMR. De skattar i genomsnitt lägre grad av utmattning, ångest, depression, trötthet och stressbeteende, och färre skattar svåra problem med minne, koncentration och sömn.

Nästan alla (99 procent) uppger att de har fått ganska mycket eller väldigt mycket hjälp för att må bättre, och 90 procent är nöjda med delaktigheten i rehabiliteringen.

Där arbetsrehabilitering har varit aktuell anser 78 procent att de har fått ganska mycket eller väldigt mycket hjälp med att återgå i arbete eller behålla sin arbetsförmåga.

Vi redovisar även resultat för de patienter som när rapporten skrivs, har hunnit följas upp tre år efter avslutad MMR. Den sammanställningen visar att sjukskrivningarna fortsätter att minska och att patienternas skattade utmattning avtar.

¹ Multimodal rehabilitering är en rehabiliteringsmetod med ett fast team bestående av flera professioner som planerar och samordnar åtgärder enligt ett visst program för att uppnå gemensamma mål som definierats tillsammans med patienten (Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, 2011).

² Se Hälsoekonomisk rapport 2018 stressrehabilitering (pdf) på regionvasterbotten.se

Inledning

Bedömning

Till Stressrehab kommer patienten efter remiss från läkare eller annan vårdpersonal eller via egen vårdbegäran.

Om remissvillkoren³ uppfylls erbjuds vanligen två bedömningsamtal – ett hos läkare och ett hos psykolog. Utifrån samtalen tar ett team på Stressrehab ställning till diagnos, behandling och lämpliga rehabiliteringsinsatser. Stressrehab multimodal rehabilitering, MMR, kan då vara ett alternativ eller så bedöms andra insatser utanför Stressrehab som mer optimala utifrån patientens behov.

Multimodal rehabilitering

Stressrehabs MMR innebär ett teambaserat arbetssätt där teamet planerar och samordnar olika åtgärder för att uppnå de mål som har definierats

tillsammans med patienten. Behandlingsteamet på Stressrehab består av läkare, psykolog, gruppbehandlare (psykolog eller psykoterapeut), sjukgymnast/fysioterapeut och rehabkoordinator.

MMR startar med en introduktionsträff och pågår åtta till tio månader och innehåller kognitiv beteendeterapi (KBT) i grupp, arbetsrehabilitering, fysisk aktivitet, läkarbesök och närstående-träff (Figur 1).

KBT i grupp

KBT-gruppen, med åtta deltagare och en gruppbehandlare, har 23 regelbundna träffar à tre timmar per vecka samt två individuella samtal. I gruppen får deltagarna kunskap och ökad medvetenhet att se samband mellan egna tankar, känslor, kroppsreaktioner och beteenden.

En viktig del i behandlingen är acceptans av utmattningssyndrom, obehagliga som behagliga kroppsreaktioner, tankar och känslor. Detta för att kunna göra det viktiga förändringsarbetet till gynnsamma beteendemönster för att främja bästa möjliga hälsa, funktion och arbetsförmåga.

Ämnen som tas upp i KBT-gruppen är till exempel balans mellan aktivitet och återhämtning, energifördelning, rutiner och struktur, sömn, motivation, olika stressbeteenden samt affekter och deras regleringsystem. Medkänsla i olika riktningar är bas för KBT-behandlingen. Hemuppgifter diskuteras och följs upp under gruppträffarna.

Efter avslutad MMR träffas KBT-gruppen för uppföljning efter tre, sex och tolv månader.

Läkarbesök

En till två månader efter start i KBT-grupp erbjuds ett återbesök till läkare för att följa upp och ta ställning till eventuell sjukskrivning och läkemedelsbehandling. Ytterligare återbesök planeras utifrån behov.

Arbetsrehabilitering

Tidigt i rehabiliteringen involveras patientens arbetsplats. Stressrehab använder en strukturerad modell för arbetsrehabilitering, *Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång*⁺, ADA⁺, för patienter som har en anställning. ADA⁺ främjar dialogen mellan arbetsgivare och arbetstagare vilket underlättar återgång till arbete på hel- eller deltid. En rehabkoordinator ger stöd vid både enskilda och gemensamma samtal mellan patient och arbetsgivare, för att kartlägga förändringsbehov, konstruktivt anpassa arbetet och planera för att återgå till jobbet eller utöka arbetstiden.

Patienter som inte har någon anställning får tidigt under MMR hjälp av rehabkoordinator för att initiera möte med arbetsförmedling och försäkringskassa.

Fysisk aktivitet

Alla deltagare får stöd av fysioterapeut att uppnå rekommendationer för fysisk aktivitet (fyss.se) (Figur 2) (1). Fysioterapeuten medverkar i

Figur 2. Rekommendationer fysisk aktivitet. Grafisk form: Rickard Örtegren. © Fysioterapeuterna.



KBT-gruppen vid tre tillfällen. Då diskuteras tankar, känslor och beteenden vid fysisk aktivitet och deltagarna får information om rekommendationer och intensitetsnivåer samt stöd i individuella målsättningar för fysisk aktivitet via *Fysisk aktivitet på recept*, FaR©. FaR© är en skriftlig ordination av fysisk aktivitet och en del i behandlingen, anpassad till individens förutsättningar och önskemål. Deltagarnas FaR© följs regelbundet upp i gruppen och vid återbesök hos läkare. Vid behov finns möjlighet till enskilt samtal och stöd av fysioterapeut för att anpassa och dosera den fysiska aktiviteten.

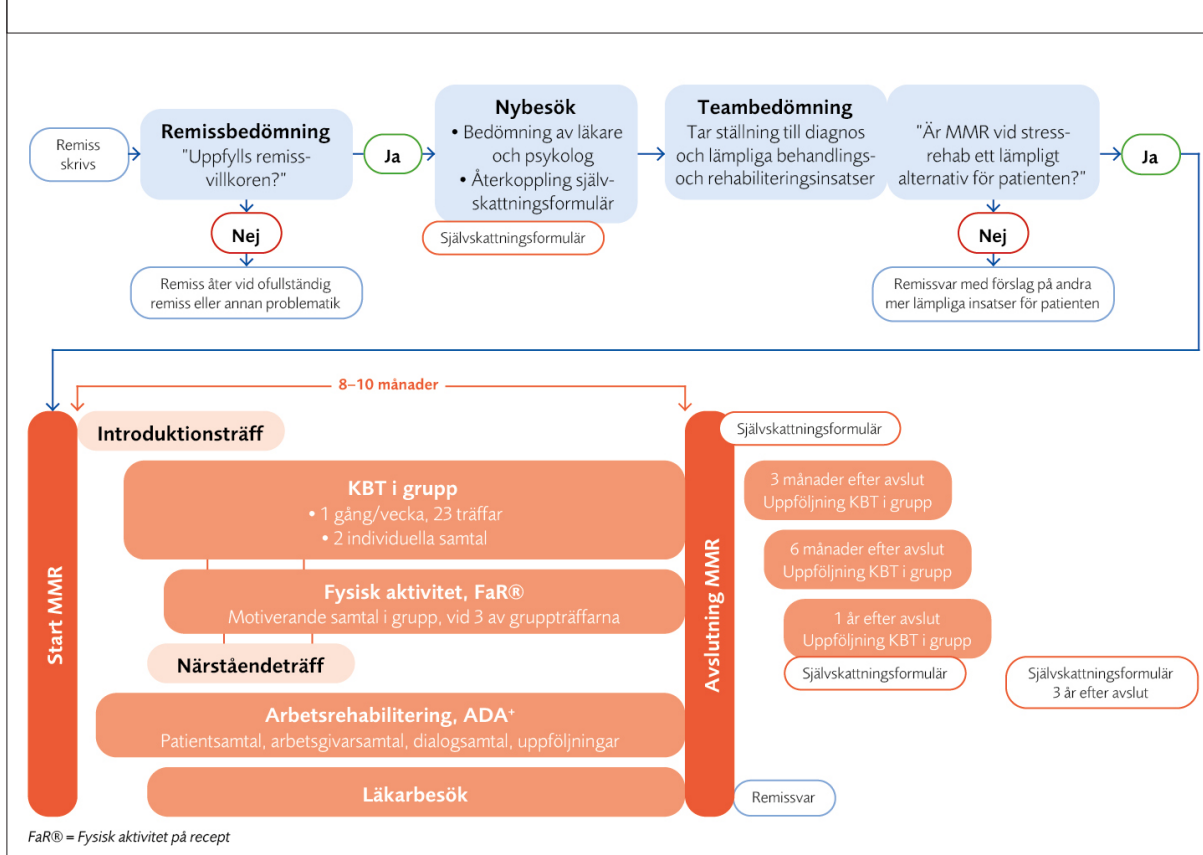
När MMR närmar sig slutet diskuteras hur den fysiska aktiviteten kan bibehållas över tid.

Närståendeträff

Utmattningssyndrom är ett tillstånd som inte bara drabbar individen utan även familj och närstående. Därför bjuder vi in närstående till en träff för att informera om Stressrehabs rehabilitering, ge kunskap om utmattningssyndrom och ge möjlighet till frågor.

Under 2020 deltog 127 personer på Stressrehabs närståendeträffar.

Figur 1. Stressrehabiliteringens insatser från inkommen remiss till sista uppföljningen



³ För information om vad en remiss till Stressrehab bör innehålla, se regionvasterbotten.se under För vårdgivare, Behandlingsstöd och riktlinjer, Remittentinformation och Stressrehabilitering.

Uppföljning

För att kunna följa patienternas nivåer av utmattning, ångest/depression, typ A-beteende och minne/koncentration besvarar varje patient självskattningsformulär i samband med bedömningsamtal hos läkare och psykolog. Formulären innefattar även frågor om hälsorelaterad livskvalitet, levnadsvanor, förhållanden på arbetsplatsen, sjukskrivningsgrad och tillfredsställelse med rehabiliteringsprogrammet.

De patienter som deltar i MMR får individuell återkoppling och uppföljning, och besvarar självskattningsformulär i samband med att MMR avslutas samt ett och tre år efter avslutad MMR.

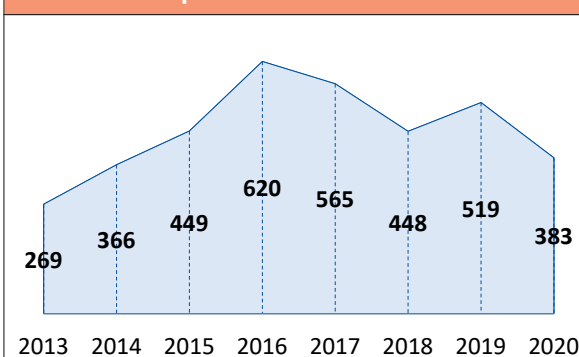
Snabba omställningar i pandemins spår

Pandemåret 2020 har medfört många snabba omställningar avseende arbetssätt, patientsäkerhet och kommunikation för att fortsatt kunna ge en tillgänglig och patientsäker behandling och rehabilitering. Som exempel har vi haft fler digitala vårdmöten samt utvecklat särskilda rutiner för patientsäkra möten och gruppbehandlingar.

Färre remisser 2020

Remissinflödet till Stressrehab har minskat under pandemåret 2020 med drygt en fjärdedel (26 procent) jämfört med 2019 (Figur 3).

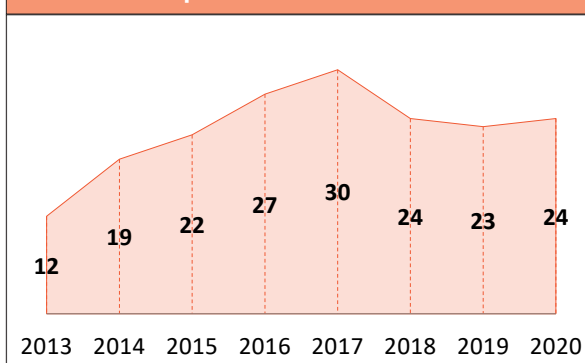
Figur 3. Antal inkommande remisser till Stressrehab per år.



24 grupper i KBT

Under 2020 startade Stressrehab 24 KBT-grupper (totalt 189 patienter) (Figur 4).

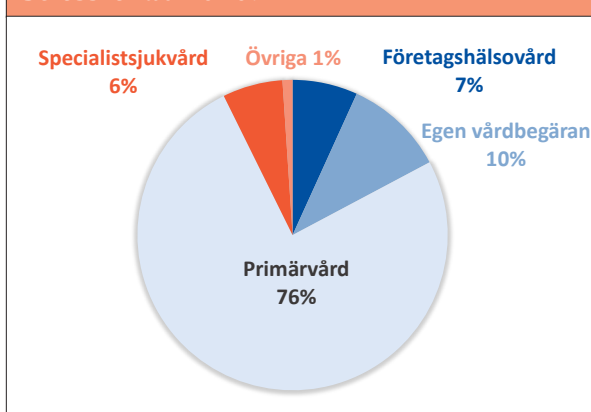
Figur 4. Antal startade KBT-grupper på Stressrehab per år.



Primärvården remitterar flest

Som tidigare kommer flest remisser från primärvården. De förändringar som kan ses jämfört med 2019 är att andel egen vårdbegäran har ökat från 5 till 10 procent och andel remisser från företagshälsovården har minskat från 15 till 7 procent (Figur 5).

Figur 5. Fördelning av remissinstanser till Stressrehab 2020.



Hög tillgänglighet

Antalet patienter som bedömdes på Stressrehab minskade från 2019 till 2020, från 371 till 262 personer.

Under 2020 fick 97 procent (70 procent 2019) sitt första läkar- eller teambesök inom vårdgarantin. Nästan alla (99 procent) påbörjade MMR inom 60 dagar efter beslutsdatum.

Resultat

Årsrapportens resultatdel baseras på uppgifter från självskattningsformulär som patienten besvarar innan och efter MMR.

Urval är de 160 patienter som avslutade MMR 2019 och var aktuella för uppföljning 2020, ett år efter avslutad MMR.

Resultat rapporteras för de patienter som lämnade in självskattningsformulär i samband med bedömning, vid avslutad MMR och/eller ett år efter avslutad MMR.

Vid avslutad MMR finns resultat för 95 procent av deltagarna och ett år efter avslutad MMR finns resultat för 81 procent. Bortfallet beror på att formulären inte är besvarade eller ofullständigt besvarade.

Resultaten beskrivs i medel- och medianvärden, andel och antal.

Minskad sjukskrivningsgrad innan MMR

Den demografiska beskrivningen (Tabell 1) har sett liknande ut år från år under de senaste tio åren.

Undantag är patienternas sjukskrivningsgrad innan MMR startar. I urvalet till denna rapport är 50 procent inte sjukskrivna alls och 22 procent helt sjukskrivna. Det kan jämföras med medelvärden på 16 procent respektive 48 procent i Stressrehabs årsrapporter för 2012–2019.

Tabell 1. Demografisk beskrivning av patienterna innan MMR-start. Omfattar de patienter som avslutade MMR 2019 (n = 160).

Demografiska variabler	Fördelning
Medelålder (min–max)	44 (22–63) år
Kön	
• Kvinnor	84 %
• Män	16 %
Utbildningsnivå	
• Högskola/universitet	60 %
• Eftergymnasial utbildning	11 %
• Gymnasium	26 %
• Grundskola	3 %
Civilstånd	
• Gift/sambo	81 %
• Ensamboende/särbo	19 %
Barn	
• Egna barn	87 %
• Barn som bor hemma	84 %
Arbetslös på heltid	1 %
Sjukskrivningsgrad	
• Sjukskriven	50 %
» Helt sjukskriven	22 %
• Inte sjukskriven	50 %
Sjukperiodens längd (vid sjukskrivning före MMR-start)	
• Medelvärde	7 mån
• Medianvärde	5,5 mån
» min–max	0,25–60 mån

De formulär Stressrehab använder för att följa mental hälsa och stress i vardagen

Här anges vilka självskattningsformulär Stressrehab använder för att kunna följa förändringar hos patienterna gällande mental hälsa och stress i vardagen.

För **utmattning** används *Shirom-Melamed Burnout Questionnaire, SMBQ* (2). Ett högre medelvärde motsvarar en högre grad av utmattning. Ett medelvärde på 4,4 eller högre kan användas som gräns för klinisk utmattning (3).

Depression och ångest följs via *Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*, 0–21 poäng. Upp till 7 poäng indikerar normaltillstånd, 8–10 poäng mildt tillstånd, 11–14 poäng måttligt tillstånd och från 15 poäng svårt tillstånd (4).

Stressbeteende mäts med *Vardagslivets stress*, 0–60 poäng. Under 25 poäng upplever personen sig som en lugn person, vid 25–35 poäng kan personen ha vissa typ A-reaktioner och vid 35–60 poäng har personen sannolikt ett tydligt typ A-beteende (5).

Mental hälsa förbättras

Patienterna är avsevärt förbättrade när MMR avslutas och förbättringen kvarstår ett år efter avslutad MMR.

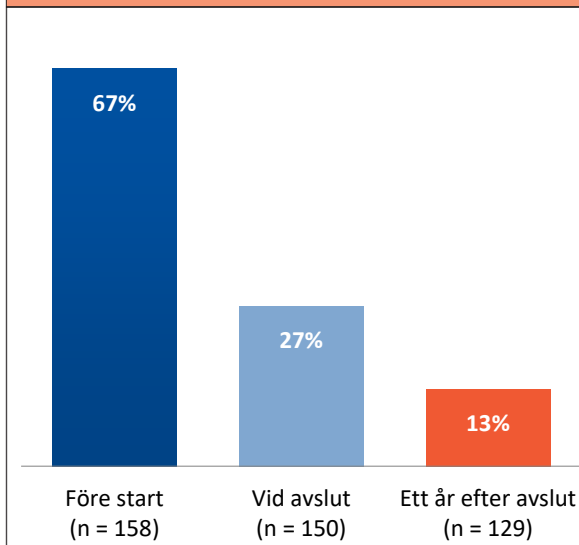
Medelvärdet för depression och ångest sjunker till normala nivåer. Detsamma gäller medelvärdet för skattat typ A-beteende som förbättras från vissa typ A-reaktioner/-beteenden till normal nivå.

Även medelvärdet för grad av utmattning förbättras från höga nivåer till under gränsen för klinisk utmattning (Tabell 2).

Tabell 2. Skattad mental hälsa och stress i vardagen (medelvärden) innan MMR, vid avslutad MMR och 1 år efter avslutad MMR.

	Gränsvärde (p = poäng)	Före start (n = 160)	Vid avslut (n = 152)	Ett år efter avslut (n = 129)
Utmattning (SMBQ)	Klinisk utmattning: ≥ 4,4 p	5,6	4,0	3,7
Depression (HADS)	Normal nivå: 0–7 p	9,5	5,0	4,6
Ångest (HADS)	Normal nivå: 0–7 p	10,7	7,1	5,0
Typ A-beteende (Vardagslivets stress)	Vissa typ A-reaktioner/ -beteenden: ≥ 25 p	32	18	17,7

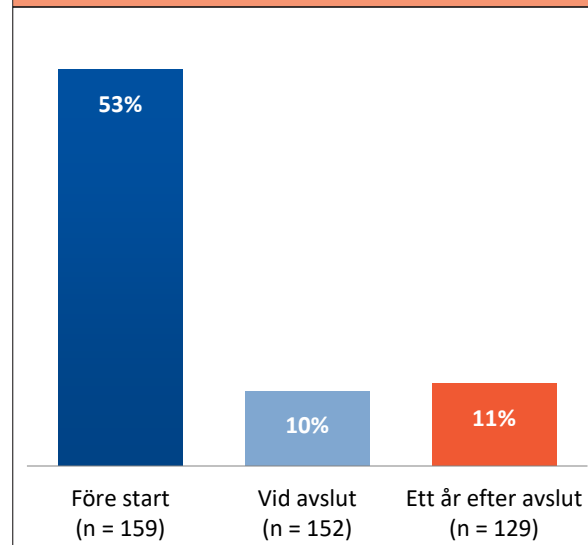
Figur 6. Andel patienter som skattar kraftiga eller uttalade minnes- och koncentrationsproblem innan MMR, vid avslutad MMR och 1 år efter avslutad MMR.



Färre har svåra minnes- och koncentrationsproblem

Problem med minne och koncentration följs genom att patienten svarar på frågan *Har du under de senaste tre månaderna besvärats av minnes- eller koncentrationsproblem?* Svarsalternativen är *nej*, *obetydliga*, *lätta*, *måttliga*, *kraftiga* eller *uttalade*. Andelen patienter som uppger att de har kraftiga eller uttalade minnes- och koncentrationsproblem minskar från 67 procent innan MMR till 27 procent vid avslutad MMR och 13 procent ett år efter avslutad MMR (Figur 6).

Figur 7. Andel patienter med sömnsvårigheter (medel eller svår klinisk insomni) innan MMR, vid avslutad MMR och 1 år efter avslutad MMR.



Färre med svåra sömnbesvär

Sömnbesvär är vanligt vid utmattnings- och stressproblematik. Stressrehab använder *Insomnia Severity Index, ISI*, för att följa patientens sömnproblem (6). Resultatet visar att andel patienter med medelsvåra till svåra sömnsvårigheter minskar från 53 procent vid bedömningssamtal till 10 procent vid avslutad MMR och 11 procent ett år efter avslutad MMR (Figur 7).

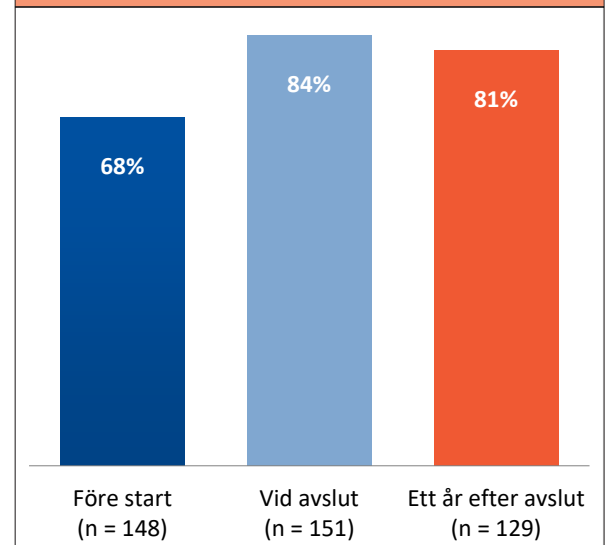
Mer fysiskt aktiva

Stressrehab följer patientens fysiska aktivitetsnivå med hjälp av *Socialstyrelsens två validerade indikatorfrågor för fysisk aktivitet (socialstyrelsen.se)*, där aktivitet av måttlig och hög intensitet räknas samman till *aktivitetsminuter*. Rekommendationen är minst 150 aktivitetsminuter per vecka. Resultatet visar att av 68 procent uppnådde rekommendationerna innan MMR startade, 84 procent vid avslutad MMR och 81 procent ett år efter avslutad MMR (Figur 8).

Färre sjukskrivna

Vid bedömningssamtal innan MMR startar är 50 procent (79 procent 2019) sjukskrivna i någon grad med beviljad ersättning från Försäkringskassan. Ett år efter avslutad MMR är 42 procent sjukskrivna i någon grad (Tabell 3). Statistik för sjukskrivningsgrad ett år efter avslutad MMR är

Figur 8. Andel patienter som uppgav minst 150 aktivitetsminuter/vecka innan MMR, vid avslutad MMR och 1 år efter avslutad MMR.



ännu inte kvalitetsgranskad, utan redovisas i nästa årsrapport.

Nöjda patienter

När MMR avslutades uppgav 99 procent att de hade fått ganska mycket eller väldigt mycket hjälp för att må bättre. På frågan om patienten kände sig delaktig i rehabiliteringen så mycket som hen önskat svarade 90 procent *Ja*, 10 procent *Delvis* och en person svarade *Nej*. Där arbetsrehabilitering var aktuell ansåg 78 procent att de hade fått ganska mycket eller väldigt mycket hjälp för att återgå i arbete eller behålla sin arbetsförmåga.

Tabell 3. Andel patienter som är sjukskrivna (med beviljad ersättning från Försäkringskassan) på heltid, deltid eller inte alls innan MMR och vid avslutad MMR (n = 151).

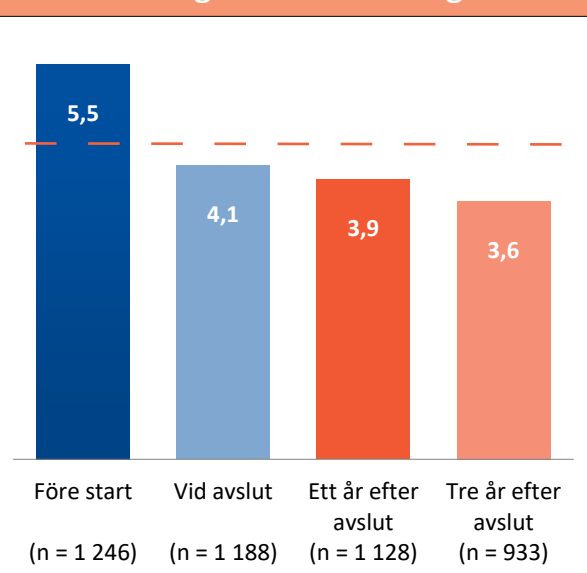
Sjukskrivningsgrad	Före start	Vid avslut
100 %	22 %	2 %
75 %	8 %	5 %
50 %	13 %	16 %
25 %	7 %	19 %
0 %	50 %	58 %

Tre år efter avslutad MMR

Utmattningen fortsätter att avta

Totalt 1 246 patienter har avslutat sin MMR 2007–2017 och hunnit följas upp tre år efter avslutad MMR. Resultaten visar att utmattning mätt med SMBQ har fortsatt att minska också på längre sikt. Tre år efter avslutad MMR ligger medelvärdet under klinisk gräns för utmattning (Figur 9).

Figur 9. Skattad utmattning enligt SMBQ (medelvärden) innan MMR, vid avslutad MMR samt 1 år och 3 år efter avslutad MMR. Klinisk gräns för utmattning är 4,4.



Ännu färre sjukskrivna

Statistik för sjukskrivningsgrad är ännu inte kvalitetsgranskad för de patienter som har haft sin sista uppföljning 2020. Därför presenterar vi i stället statistik för de 667 (av totalt 1 004) patienter som har avslutat sin MMR 2007–2016 och som har haft sin sista uppföljning 2010–2019, och där formulären är besvarade vid **samtliga** tillfällen. De resultaten visar att andelen patienter som är sjukskrivna på halvtid eller mer har minskat från 79 procent vid bedömningssamtalen till 20 procent tre år efter avslutad MMR (Tabell 4).

Tabell 4. Andel patienter som är sjukskrivna på heltid, deltid eller inte alls innan MMR, vid avslutad MMR samt 1 och 3 år efter avslutad MMR (n = 667). De som får aktivitetsstöd, ålders- eller avtalspension ingår inte (88 personer).

Sjukskrivningsgrad	Före start	Vid avslut	Ett år efter avslut	Tre år efter avslut
100 %	48 %	27 %	16 %	11 %
75 %	10 %	11 %	3 %	2 %
50 %	21 %	23 %	13 %	7 %
25 %	6 %	18 %	11 %	5 %
0 %	14 %	21 %	58 %	75 %

Kognitiv träning på nätet

Forskning visar att de kognitiva förmågorna kan förbättras med hjälp av digital kognitiv träning/minnesträning (7). Stressrehab använder sedan 2015 ett träningsprogram på nätet som är framtaget för personer med utmattningssyndrom. I programmet tränar patienterna på uppgifter som ställer krav på de förmågor som brukar vara påverkade vid utmattningssyndrom och stressrelaterade tillstånd. Träningen sker hemma vid en dator tre gånger per vecka i tolv veckor.

Träningen är ett komplement till ordinarie behandling för vissa patienter som vid behandlingens avslutning fortfarande upplever kognitiva symtom som begränsar dem i vardagen, och som önskar vidare stöd i detta.

För att underlätta träning och uppföljning har Stressrehab utvecklat ett stödprogram (*Kognitiv träning* via Stöd och behandling på 1177.se) till träningsprogrammet. Stödprogrammet ger information till patienterna och samlar träningsresultaten och i det sker också kommunikation mellan patient och behandlare. Under 2020 har 13 patienter startat det kognitiva träningsprogrammet på nätet och 6 av dem via stödprogrammet på 1177.se.

Fysisk aktivitet ger bättre minne

Forskning visar att symtom vid utmattning minskar över tid om man är regelbundet fysiskt aktiv i 150

minuter per vecka på måttlig intensitetsnivå (8). Att informera i grupp om dosering av fysisk aktivitet kan hjälpa till att öka den fysiska aktivitetsnivån hos personer med utmattningssyndrom. Störst ökning ses under de första tre månaderna (9).

På Stressrehab ville vi undersöka om konditionsträning, som ett tillägg till MMR, kunde förbättra den kognitiva förmågan hos personer med utmattningssyndrom. Därför genomförde vi en randomiserad kontrollerad studie, *Rehabilitation for improved cognition (RECO-projektet)* (10). Deltagarna (77 kvinnor och 11 män) randomiserades efter halva sin MMR till en kontrollgrupp eller interventionsgrupp med tillägg av konditionsträning. Interventionsgruppen deltog i spinning på träningsanläggning 40 minuter tre gånger i veckan under tolv veckor. De skulle träna på måttlig till hög intensitetsnivå med hjälp av pulsklocka och återkoppling från fysioterapeut.

Resultaten visade att fysisk aktivitet med minst måttlig intensitet hade effekt på den kognitiva funktionen (det episodiska minnet) (11). Deltagarna upplevde att det var värdefullt att aktivera kroppen medan hjärnan fick vila. Att få stöd i träningen genom fysioterapeutens kunskap och återkoppling, träningsrutiner och pulsklocka för att tolka kroppens signaler och anpassa intensiteten, var också värdefullt (12). Men träning är en färskvara som troligtvis måste göras regelbundet för att behålla minneseffekterna.

Rehabilitering vid kognitiv nedsättning

Vid utmattningssyndrom och stressrelaterade tillstånd påverkas ofta minne, koncentration och uppmärksamhet.

De kognitiva nedsättningarna begränsar patienten såväl privat som vid arbetsåtergång och är därför viktiga att uppmärksamma i behandlingen.

Kunskap om hjälpsamma strategier och anpassningar vid kognitiv nedsättning, *kognitiv ergonomi*, ingår i behandlingen för alla patienter. Vid behov kan Stressrehab erbjuda insatser med kognitiv screening och kognitiv träning på nätet.

Kognitiv screening

Sedan 2020 har patienter med tydliga kognitiva nedsättningar möjlighet att genomgå kognitiv screening, för att få en övergripande bild av den kognitiva funktionen. Resultatet av screeningen kan exempelvis användas vid sjukintyg, i remiss till annan instans och för att synliggöra vilka behov patienten har i rehabiliteringen vid Stressrehab. Utöver resultaten i sig kan screeningen leda till att patient, arbetsgivare och inremittent får konkreta rekommendationer utifrån kognitiv ergonomi.

Prognos på längre sikt

För att undersöka prognosen på längre sikt för patienter med utmattningssyndrom, har Stressrehab följt upp patienter 8–13 år efter avslutad MMR. Totalt har 258 personer som deltog i MMR 2006–2010 tillfrågats. Av dem har nu 107 patienter besvarat frågeformulär om sin hälsa och arbetssituation, och 17 patienter bland dem, som

fortfarande skattade klinisk nivå av utmattning, har intervjuats. I intervjuerna undersöks upplevelser och erfarenheter i vardags- och arbetsliv utifrån tidigare utmattning och rehabilitering.

Materialet analyseras under 2021 och kommer att presenteras i Stressrehabs årsrapport för 2021.

Viktiga händelser 2020 och framåt

Under 2020 har remissinflödet till Stressrehab minskat, vilket sannolikt beror på ett lägre söktryck på grund av coronapandemin. Andra konsekvenser av pandemin som signaleras är hög arbetsbelastning hos vårdpersonal samt höga krav och social isolering vid exempelvis distansarbete. Ovanstående kan medföra ett ökat behov av insatser avseende psykisk ohälsa när pandemin avtar.

Snabb digital utveckling

Pandemåret 2020 har påskyndat den digitala utvecklingen i omvärlden och så även på Stressrehab med omställningar avseende arbetssätt, patientsäkerhet och kommunikation för att fortsatt kunna ge en tillgänglig och patientsäker behandling och rehabilitering.

I september 2020 införde Stressrehab, som ett pilotprojekt, *Patientkollen*, ett patientadministrativt system för patientsäker kommunikation med digitala kallelser och självskattningsformulär. Med Patientkollen förenklas analys av behandlingseffekter genom automatisk sammanställning av bland annat självskattningsformulär.

Numera används också dagligen appen *Mottagning Region Västerbotten* för bokade videobesök med patienter, arbetsgivare och närstående. Appen är ett viktigt verktyg för patientsäkra möten. Utvärderingsfrågor efter varje videobesök visar

att 96 procent av patienterna är nöjda eller ganska nöjda (skattar tre eller fyra stjärnor av fyra möjliga) med videobesöket (Figur 10).

Ökad användning av digital teknik möjliggör att Stressrehab i större utsträckning kan erbjuda rehabilitering till patienter i hela norra sjukvårdsregionen och även till andra delar av Sverige.

Ny patientgrupp

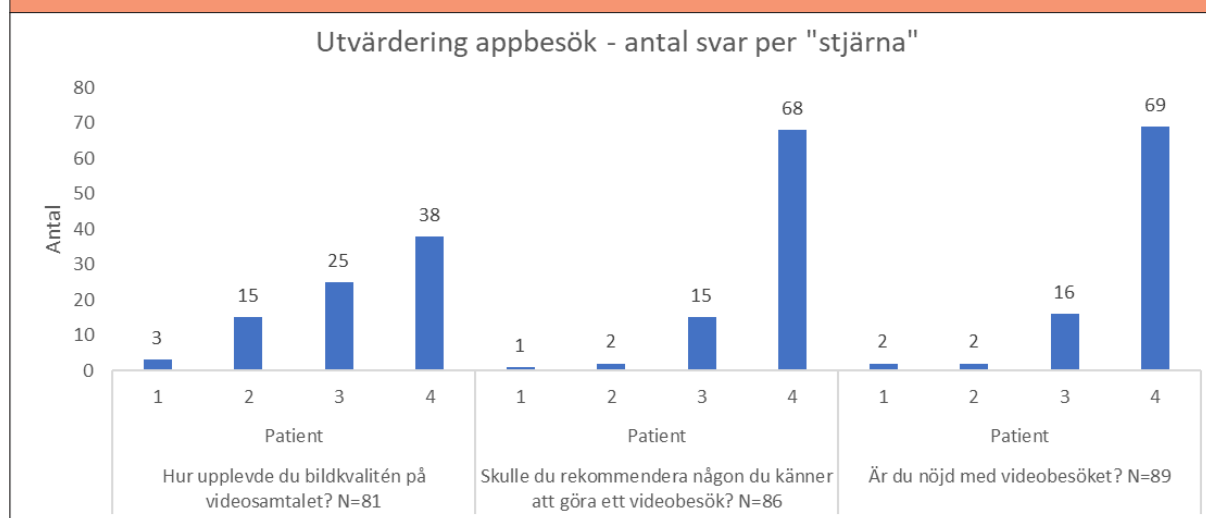
En ny patientgrupp efter pandemin är personer med långdragna symtom efter covid-19. Stressrehab kan där bidra med expertkompetens kring bland annat kognitiv ergonomi och arbetsrehabilitering.

Ökad samverkan och prevention

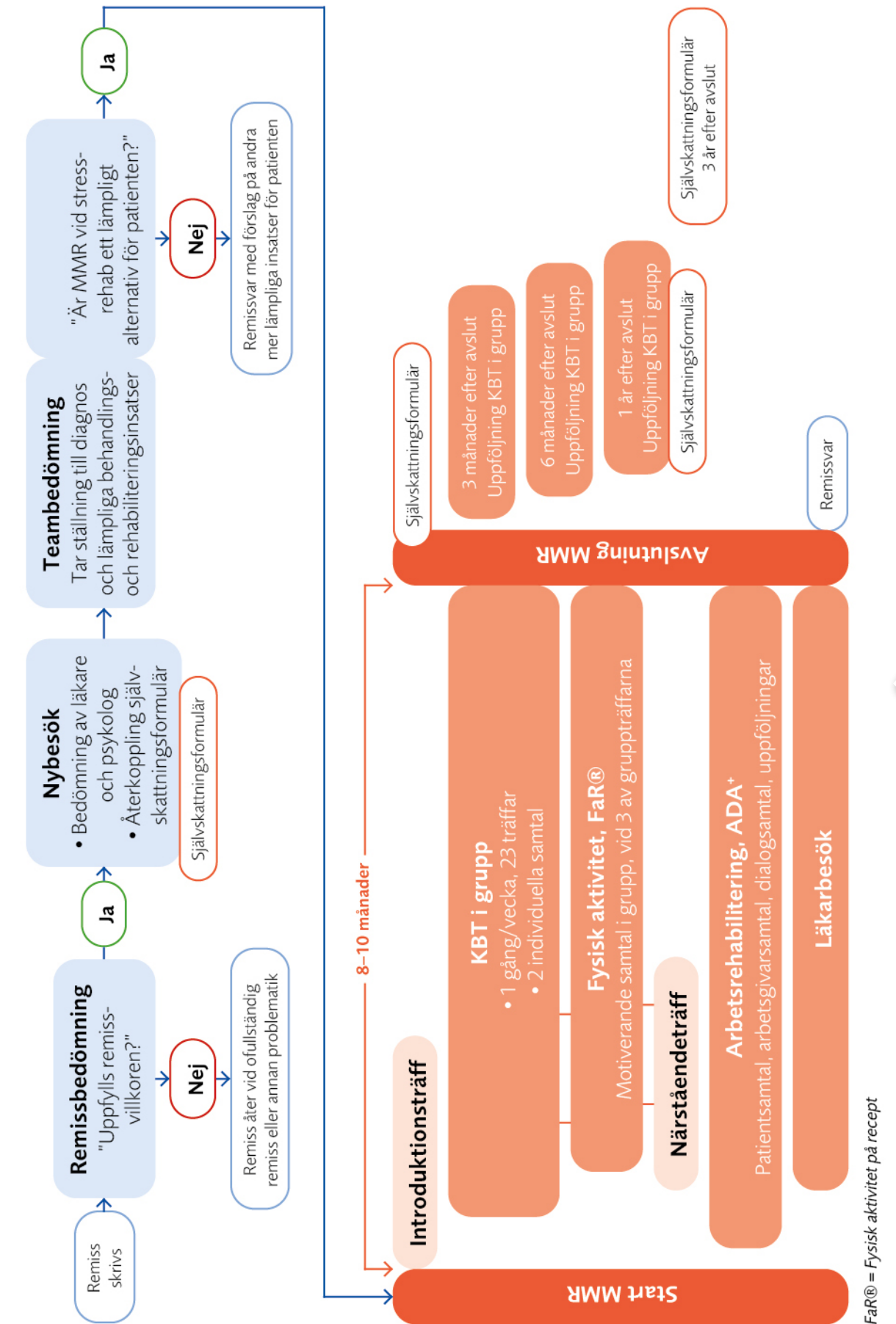
För patienter med utmattningssyndrom är det viktigt med samverkan i hela vårdkedjan för att kunna erbjuda rätt stöd i rätt tid utifrån behov. Primärvård, psykiatri och Stressrehab behöver därför snarast tillsammans skapa ett gemensamt flöde för patienterna. Ett uppdrag för detta finns formulerat och inväntar projektledare för start.

Efterfrågan på Stressrehab:s medverkan i föreläsningar och utbildningar har minskat under pandemåret. Digital utveckling underlättar ökad kunskapsspridning till fler avseende preventiva åtgärder.

Figur 10. Antal patienter som efter sitt videobesök med Stressrehab 2020 har gett 1–4 stjärnor (där 4 stjärnor är bäst) som svar på tre utvärderingsfrågor om videobesöket.



Flöde Stressrehabilitering 2020



Referenser

1. Fysioterapeuterna. 2017. Kunskapsstöd. Fysisk aktivitet – din väg till bättre psykisk hälsa. <https://www.fysioterapeuterna.se/levnadsvanor>
2. Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. Behav Med. 1992 Summer;18(2):53-60.
3. Lundgren-Nilsson Å, Jonsdottir IH, Pallant J, Ahlborg G Jr. Internal construct validity of the Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ). BMC Public Health. 2012 Jan 3;12:1. doi: 10.1186/1471-2458-12-1.
4. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand. 1983 Jun;67(6):361-70.
5. Claesson M, Birgander LS, Lindahl B, Nasic S, Åström M, Asplund K, et al. Women's hearts – stress management for women with ischemic heart disease: explanatory analyses of a randomized controlled trial. J Cardiopulm Rehabil. 2005 Mar-Apr;25(2):93-102.
6. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Med. 2001 Jul;2(4):297-307.
7. Gavelin HM, Boraxbekk CJ, Stenlund T, Järvholm LS, Neely AS. Effects of a process-based cognitive training intervention for patients with stress-related exhaustion. Stress. 2015;18(5):578-88. doi: 10.3109/10253890.2015.1064892.
8. Lindegard A, Wastensson G, Hadzibajramovic E, Grimby-Ekman A. Longitudinal associations between cardiorespiratory fitness and stress-related exhaustion, depression, anxiety and sleep disturbances. BMC Public Health. 2019;19(1):1726.
9. Gerber M, Jonsdottir IH, Arvidson E, Lindwall M, Lindegard A. Promoting graded exercise as a part of multimodal treatment in patients diagnosed with stress-related exhaustion. J Clin Nurs. 2015;24(13-14):1904-15.
10. Malmberg Gavelin, H., Eskilsson, T., Boraxbekk, C.J., Josefsson, M., Stigsdotter Neely, A., Slunga Järvholm, L. (2018). Rehabilitation for improved cognition in patients with stress-related exhaustion disorder: RECO - a randomized clinical trial. Stress, doi.org/10.1080/10253890.2018.1461833.
11. Eskilsson T, Slunga Järvholm L, Malmberg Gavelin H, Stigsdotter Neely A, Boraxbekk CJ. Aerobic training for improved memory in patients with stress-related exhaustion: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2017;17(1):322
12. Eskilsson, T., Fjellman-Wiklund, A., Ek Malmer, E., Malmberg Gavelin, H., Stigsdotter Neely, A., Boraxbekk, C.J., Slunga Järvholm, L., Nordin, M. (2020). Hopeful struggling for health: Experiences of participating in computerized cognitive training and aerobic training for persons with stress-related exhaustion disorder. Scand J Psychol. 2020;61(3):361-368. doi: 10.1111/sjop.12623
- and aerobic training for persons with stress-related exhaustion disorder. Scand J Psychol. 2020;61(3):361-368. doi: 10.1111/sjop.12623
5. Malmberg Gavelin H, Eskilsson T, Boraxbekk CJ, Josefsson M, Stigsdotter Neely A, Slunga Järvholm L. Rehabilitation for improved cognition in patients with stress-related exhaustion disorder: RECO - a randomized clinical trial. Stress. 2018 Jul;21(4):279-291. doi: 10.1080/10253890.2018.1461833
6. Gavelin HM, Neely AS, Andersson M, Eskilsson T, Slunga Järvholm L, Boraxbekk CJ. Neural activation in stress-related exhaustion: Cross-sectional observations and interventional effects. Psychiatry Res. 2017 Nov 30;269:17-25. doi: 10.1016/j.psychres.2017.08.008
7. Eskilsson T, Slunga Järvholm L, Malmberg Gavelin H, Stigsdotter Neely A, Boraxbekk CJ. Aerobic training for improved memory in patients with stress-related exhaustion: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2017 Sep 2;17(1):322. doi: 10.1186/s12888-017-1457-1
8. Gavelin HM, Boraxbekk CJ, Stenlund T, Järvholm LS, Neely AS. Effects of a process-based cognitive training intervention for patients with stress-related exhaustion. Stress. 2015;18(5):578-88. doi: 10.3109/10253890.2015.1064892
9. Sonntags-Öström E, Stenlund T, Nordin M, Lundell Y, Ahlgren C, Fjellman-Wiklund A, et al. "Nature's effect on my mind" – Patients' qualitative experiences of a forest-based rehabilitation programme. Urban Forestry & Urban Greening. 2015;14(3):607-614
10. Norlund S, Reuterwall C, Höög J, Janlert U, Slunga Järvholm L. Work situation and self-perceived economic situation as predictors of change in burnout – a prospective general population-based cohort study. BMC Public Health. 2015 April 3;15:329. doi: 10.1186/s12889-015-1681-x
11. Sonntags-Öström, E, Nordin M, Dolling A, Lundell Y, Nilsson L, Järvholm LS. Can rehabilitation in boreal forests help recovery from exhaustion disorder? The randomised clinical trial ForRest. Scandinavian Journal of Forest Research. 2015; 30(8):732-48. doi: 10.1080/02827581.2015.1046482
12. Sonntags-Öström, E, Nordin M, Lundell Y, Dolling A, Wiklund U, Karlsson M, et al. Restorative effects of visits to urban and forest environments in patients with exhaustion disorder. Urban Forestry & Urban Greening. 2014;13(2), 344-54
13. Norlund S, Fjellman-Wiklund A, Nordin M, Stenlund T, Ahlgren C. Personal resources and support when regaining the ability to work: an interview study with Exhaustion Disorder patients. J Occup Rehabil. 2013;23(2):270-9. doi: 10.1007/s10926-012-9396-7
14. Stenlund T, Nordin M, Järvholm LS. Effects of rehabilitation programmes for patients on long-term sick leave for burnout: A 3-year follow-up of the REST study. J Rehabil Med. 2012;44(8):684-90
15. Sonntags-Öström E, Nordin M, Järvholm LS, Lundell Y, Brännström R, Dolling A. Can the boreal forest be used for rehabilitation and recovery from stress-related exhaustion? A pilot study. Scandinavian Journal of Forest Research. 2011(3);26:245-56
16. Norlund S, Reuterwall C, Höög J, Nordin M, Edlund C, Slunga Birgander L. Work related factors and sick leave after rehabilitation in burnout patients: experiences from the REST-project. J Occup Rehabil. 2011 Mar;21(1):23-30. doi: 10.1007/s10926-010-9250-8
17. Fjellman-Wiklund A, Stenlund T, Steinholtz K, Ahlgren C. Take charge: Patients' experiences during participation in a rehabilitation programme for burnout. J Rehabil Med. 2010;42:475-481
18. Norlund S, Reuterwall C, Höög J, Lindahl B, Janlert U, Birgander LS. Burnout, working conditions and gender – results from the northern Sweden MONICA Study. BMC Public Health. 2010 Jun 9;10:326. doi: 10.1186/1471-2458-10-326
19. Stenlund T, Birgander LS, Lindahl B, Nilsson L, Ahlgren C. Effects of Qigong in patients with burnout: a randomized controlled trial. J Rehabil Med. 2009 Sep;41(9):761-7. doi: 10.2340/16501977-0417
20. Stenlund T, Ahlgren C, Lindahl B, Burell G, Steinholtz K, Edlund C, et al. Cognitively oriented behavioral rehabilitation in combination with Qigong for patients on long-term sick leave because of burnout: REST--a randomized clinical trial. Int J Behav Med. 2009;16(3):294-303. doi: 10.1007/s12529-008-9011-7
21. Stenlund T, Ahlgren C, Lindahl B, Burell G, Knutsson A, Stegmayr B, Birgander LS. Patients with burnout in relation to gender and a general population. Scand J Public Health. 2007;35(5):516-23
22. Öhman L, Nordin S, Bergdahl J, Birgander LS, Stigsdotter Neely A. Cognitive function in outpatients with perceived chronic stress. Scand J Work Environ Health. 2007 Jun;33(3):223-32

Bilaga 1

Vetenskapliga publikationer baserade på klinisk patientnära forskning vid Stressrehabilitering, Norrlands universitetssjukhus, Umeå.

1. Eskilsson, T., Norlund, S., Lehti, A., Wiklund, M. Enhanced Capacity to Act: Managers' Perspectives When Participating in a Dialogue Based Workplace Intervention for Employee Return to Work. Journal of Occupational Rehabilitation 2020. doi: org/10.1007/s10926-020-09914-x
2. Strömbäck, M., Fjellman-Wiklund, A., Keisu, S., Stureson, M., Eskilsson, T. Restoring confidence in return to work: A qualitative study of the experiences of persons with exhaustion disorder after a dialogue-based workplace intervention. Plos One 2020. doi.org/10.1371/journal.pone.0234897
3. Malmberg Gavelin, H., Stigsdotter Neely, A., Dunås, T., Eskilsson, T., Järvholm L.S., Boraxbekk, C.J. Mental fatigue in stress-related exhaustion disorder: Structural brain correlates, clinical characteristics and relations with cognitive functioning. Neuroimage clin 2020. doi: org/10.1016/j.nicl.2020.102337
4. Eskilsson, T., Fjellman-Wiklund, A., Ek Malmer, E., Malmberg Gavelin, H., Stigsdotter Neely, A., Boraxbekk, C.J., Slunga Järvholm, L., Nordin, M. (2020). Hopeful struggling for health: Experiences of participating in computerized cognitive training

Stressrehabiliteringens årsrapport för 2020
Patientverksamhet
Umeå maj 2021

Utgiven av Arbets- och beteendemedicinskt centrum
Norrlands universitetssjukhus, 901 85 Umeå

Medverkande: Ulla Hjalmarsson, Therese Eskilsson,
Sofia Nording, Ingela Aronsson, Ulrica Radsjö,
Maria Hofverberg, Katarina Steinholtz och
Annika Nordin Johansson.

Avdelningschef: Katarina Steinholtz
katarina.steinholtz@regionvasterbotten.se
090-785 33 73

Verksamhetschef: Annika Nordin Johansson
annika.nordin.johansson@regionvasterbotten.se
090-785 70 72

Grafisk design: Evamarie Pesonen
evamarie.pesonen@regionvasterbotten.se
090-785 24 53