

# **Multimodal rehabilitering inom företagshälsan för utmattningssyndrom: Alla återfick arbets- förmågan, stressbesvären minskade kraftigt**

av

Odd Lindell, specialist i allmän medicin, med doktor,  
Previa, Gullmarsplan 13, 121 40 Johanneshov [odd.lindell@previa.se]

Handledare:

Robert Wålinder, docent, Institutionen för medicinska vetenskaper,  
Avdelningen för arbets- och miljömedicin, Uppsala Universitet

Projektarbete vid Uppsala Universitets företagsläkarutbildning 2012/13

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid
Sammanfattning.....	2
Inledning.....	3
Syfte och frågeställning.....	3
Undersökt grupp.....	3
Metod: Behandling.....	4
Faktainsamling.....	4
Statistik, etik och bortfall.....	6
Resultat: Flödesschema.....	6
Basdata .....	6
Rehabtid, insatser och arbetsförändringar.....	7
Sjukskrivning.....	7
Besvär.....	8
Diskussion och slutsats.....	9
Referenser .....	10

## SAMMANFATTNING

### **Multimodal rehabilitering inom företagshälsan för utmattningssyndrom: Alla återfick arbetsförmågan, stressbesvären minskade kraftigt**

**Författare:** Odd Lindell. **Handledare:** Robert Wålinder. **Projektarbete vid Uppsala Universitets företagsläkarutbildning 2012/13.**

**Bakgrund:** Stressbesvär ökar och orsakar i Sverige idag flest dagar med sjukpenning och näst flest sjukdagar totalt. Vid utmattningssyndrom, en av de svåraste stressjukdomarna, rekommenderas kognitiv beteendeterapi (KBT) och multimodal rehabilitering.

**Syfte:** Besvara frågeställningen: Ger multimodal, KBTbaserad rehabilitering för utmattningssyndrom inom en företagshälsa en tillfredsställande ökning av arbetsförmågan (= 100 minus sjukskrivningsgraden) och minskning av stressbesvären (enligt Shirom-Melamed Burnout Measure, 1.0-7.0)?

**Undersökt grupp:** 52 patienter med utmattningssyndrom som 2006–2012 behandlades vid en företagshälsa i Stockholm av ett multimodalt rehabteam. Ibland ingick även extern behandling. 38/52 patienter avslutade sin rehabilitering under projektiden.

**Metod:** Journal- och formulärdata analyserades med  $z$ - och  $t$ -test.

**Resultat:** 34/38 patienter var vid start sjukskrivna heltid, vid slut inte sjukskrivna alls. Den genomsnittliga arbetsförmågan ökade från 5% till 95%. Stressbesvären minskade från 5.2 till 2.6. Förändringarna var starkt signifikanta ( $p < 0.001$ ).

**Slutsats:** Multimodal rehabilitering för utmattningssyndrom inom en företagshälsa ledde till tillfredsställande ökning av arbetsförmågan (återficks av alla) och minskning av stressbesvär.

## INLEDNING

Från en historiskt hög nivå 2003 minskade sjukfrånvaron i Sverige till ett ”all time low” 2010 för att sedan åter öka (1). Följande en internationell trend har psykisk frånvarodiagnos blivit vanligare än fysisk. Stressrelaterade besvär (stressbesvär) ökar mest av psykiatriska diagnoser och är idag näst störst (efter depressiv episod) med 5% av vår totala sjukförsäkringskostnad (63.1 miljarder SEK 2009) (2). Stressbesvär är således ett stort och växande samhällsproblem (1).

Långvarig arbets- och/eller privatlivsstress kan leda till utmattningssyndrom, en av de svåraste stresssjukdomarna. Kärnsymptom är uttalad trötthet, sömnstörning, kognitiva besvär (tex minnes- och koncentrationssvårigheter) och ökad stresskänslighet (3). Kroppssymptom, tex smärtor från rörelseapparaten, är legio, och inte sällan utvecklas även depression. Diagnos ställs via kriterier grundade på sjukdomshistoria och uteslutande av annan sjukdom, tex sänkt ämnesomsättning eller diabetes (4) (Figur 1). Betydelsen av effektiv behandling understryks av att dödligheten de närmaste 20 åren efter sjukskrivningsstart för utmattningssyndrom och annan psykisk ohälsa är mer än fördubblad, fa i hjärt-kärlsjukdom och cancer (5).

Trots den knappa behandlingsforskningen om syndromet tycker sig Rehabiliteringsrådet kunna rekommendera kognitiv beteendeterapi (KBT) och multimodal rehabilitering vid utmattning som kvarstår efter 2-3 veckors sjukskrivning (3). KBT fokuserar på tankar, känslor och beteende från ett inlärningsperspektiv och betonar betydelsen av självhjälp och utvecklande av hanteringsstrategier (6). Multimodal rehabilitering används vid stora och komplexa behov och inrymmer välplanerade åtgärder under en längre tid via ett interdisciplinärt team runt och med patienten, inkluderande särskilt utbildad läkare (7). Dock fann rådet inga belägg alls för ökad arbetsåtergång om rehabiliteringen initierades vid sjukfall längre än 2 månader (3). För optimal arbetsåtergång krävs, förutom medicinska insatser, tex läkemedel, direkta arbetsplatsåtgärder (3,8). Även om företagshälsan med sin unika kompetens i gränssnittet mellan medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering borde vara mycket lämpad därför, har vi inte funnit behandlingsstudier om syndromet från den arenan.

Detta projekt genomfördes vid en företagshälsa i Stockholm. Bland kundföretagen fanns Stockholms läns landsting, en kommun i södra Storstockholm, ett större klädföretag, en ledande dryckestillverkare och flera byggfirmor. Enheten hade 40 anställda, varav 11 administratörer (kundansvariga, receptionister etc). Av de 29 i vårdpersonalen var 13 företagssköterskor, varav 6 med utbildning till case manager och deltagande i detta projekt. Alla 6 läkare var specialister i allmän medicin, 4 även i företagshälsa varav 1 också i rehabiliteringsmedicin. Av de 6 psykologerna hade 5 steg 1- och 1 steg 2-utbildning i KBT. De 3 sjukgymnasterna var vidareutbildade i ergonomi och betitlades ergonomer. 1 undersköterska var behjälplig med provtagning etc. Enheten handlade ofta stressbesvär, men saknade utvärderingsrutiner för det. För att fylla det behovet genomfördes detta projekt.

## SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med projektet var att besvara frågeställningen: Leder multimodal rehabilitering för utmattningssyndrom inom en företagshälsa till en tillfredsställande ökning av arbetsförmågan och minskning av stressbesvären?

## UNDERSÖKT GRUPP

Inom företagshälsan kallas patienten *den kundanställda/e*, men här används *patient*. 52 rehabpatienter, dvs som genomgår multimodal rehabilitering, med utmattningssyndrom hade rehabstart 2006-12-20–2012-08-31. Alla hade författaren (OL) som ansvarig läkare under projekttiden, 2011-01-01–2012-10-10. De rekryterades enligt följande: 147 konsekutiva rehabpatienter hade sitt första besök hos OL 2011-01-01–2012-08-31, varav 53 hade utmattningssyndrom. Hos de övriga 94 dominerade muskuloskelettala diagnoser. Av de 53 var 12 redan igång i rehabilitering vid enheten, vissa sedan flera år, 41 startade sin

rehabilitering iom förstabetesöket hos OL. 1 slutade på egen begäran efter 85 dagar, återgick till husläkaren och exkluderades. Av återstående 52 patienter hade vid projekttidens slut 38 avslutat sin rehabilitering, varav 31 med OL som ansvarig läkare redan från rehabstart.

---

### Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom

Samtliga kriterier som betecknats med stor bokstav måste vara uppfyllda för att diagnosen ska kunna ställas.

- A. Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst två veckor. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.
- B. Påtaglig brist på psykisk energi dominerar bilden, vilket visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning.
- C. Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod: 1) Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning. 2) Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress. 3) Känslomässig labilitet eller irritabilitet. 4) Sömnstörning. 5) Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet. 6) Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, magtarmsbesvär, yrsel eller ljudkänslighet.
- D. Symtomen orsakar ett kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- E. Beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypothyreoidism, diabetes, infektionssjukdom).
- F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen.

**Figur 1.** Kriterier för utmattningssyndrom (4).

---

## METOD

### Behandling

Behandling initierades vanligen av rehabansvarig, oftast närmaste chefen, som kontaktade case manager för en kort problembeskrivning. Patienten fick sedan besök hos case manager, läkare och psykolog för mer omfattande bedömning. Läkaren bedömde förekomst av utmattningssyndrom, psykolog av även annan psykdiagnos, tex depression. Case manager ordnade rehabmöten med patient, rehabansvarig, försäkringskassan samt teammedlem, vanligen läkaren. Vid behov erbjöds psykologledd, KBTbaserad utbildning i grupp á 5-8 patienter i stresshantering vid 9 tillfällen á 2 lektionstimmar. Parallell, extern åtgärd förekom, tex stresscoach inom kundföretaget eller vid mer uttalad utmattning insats via Nätverket för stressrehabilitering. Nätverket bestod av 4 självständiga enheter, spridda över Storstockholm, med landstingsavtal (9). Enligt dess praxis för inremitterande läkare, kvarstod OL som ansvarig för sjukskrivning och medicinering även under åtgärd via Nätverket.

### Faktainsamling

Ur patientens företagshälsojournal noterades socioekonomi (kön, ålder, familj, yrke etc), sjukskrivning, diagnos och behandling, ur bas- och slutformulär togs självskattningsdata.

### Sjukskrivning

#### Sjukskrivningstid, sjukskrivningsgrad, arbetsförmåga, tid till arbetsåtergång

*Sjukskrivningstid:* Antal dagar, oavsett grad, vid rehabstart. *Sjukskrivningsgrad:* 0 (= inte sjukskriven alls), 25%, 50%, 75% eller 100% (= heltids sjukskriven), vid start och slut.

*Arbetsförmåga:* = 100 minus sjukskrivningsgraden, 0 (= helt arbetsoförmögen), 25%, 50%, 75% eller 100% (= helt arbetsförmögen), vid start och slut. Vid tex 75% sjukskrivning var arbetsförmågan 25%. *Tid till arbetsåtergång:* För dem som vid starten var helt arbetsoförmögna, antalet dagar till det att någon grad av arbetsförmåga återvanns.

## Rehabtid, insatser och arbetsförändringar

Vid rehabslut noterades:

*Rehabtid* mätt i dagar. Antalet individuella *kontakter* vid besök eller telefon mellan patienten och teammedlem. Ren logistik, tex telefonsamtal för att boka möten, noterades inte. Eventuell behandling med *läkemedel* (tex antidepressiva), enhetens *stresskurs* samt parallell, *extern behandling* (tex Nätverket), antal *rehabmöten* och eventuell *arbetsträning*.

*Arbetsförändringar*: Inom aktuell anställning inga förändringar, modifierade eller nya arbetsuppgifter; att ha slutat (eller tagit tjänstledighet från) anställningen för nytt arbete hos annan arbetsgivare eller studier eller för att bli arbetsökande.

## Basformulär

Alla 52 hade fyllt i ett basformulär, vilket tog ca 20 minuter, till förstabesöket hos OL. Det hade 12 frågor om bla arbetsmiljö, stressbesvär, smärta och känsloläge, närmre beskrivna nedan. För de 12 patienter som redan var igång i rehabilitering vid förstabesöket, redovisas endast frågor om arbetsmiljön då övriga variabler rimligen hunnit påverkas av behandlingen.

## Arbetsmiljö

*Fysisk arbetsmiljö*: 5 ja/nej-frågor om regelbunden exposition för vibrationer, tunga lyft/större muskelansträngningar, monotona arbetsrörelser, stillasittande arbete och svåra arbetsställningar (10). Hög fysisk belastning = minst 3 av 5 belastningar. *Psykosocial arbetsmiljö*: The Swedish Demand-Control-Support Questionnaire (DCSQ) (11). 17 frågor med 3 aspekter: 5 frågor om psykisk belastning (krav), 6 om stimulans och inflytande (kontroll) och 6 om stämningen på arbetet (socialt stöd), poäng 1-4, summerade till en totalpoäng för var aspekt. Summa under mittvärdet = låg, över = hög. Höga krav + låg kontroll = *strain*; höga krav + låg kontroll + lågt socialt stöd = *isostrain* (svenska termer saknas) (12). *Strain* är en riskfaktor för stressbesvär och *isostrain* ökar ytterligare risken (13).

## Stressbesvär

Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) (14). 14 frågor med 3 aspekter: kroppslig, kognitiv och emotionell utmattning (15), som påståenden, tex "Jag känner mig trött", "Jag har svårt att koncentrera mig", "Jag har svårt att hysa medkänsla med mina medarbetare och kunder". Svaret anger hur ofta känslan upplevts de senaste 30 dagarna, från "Aldrig eller nästan aldrig" till "Alltid eller nästan alltid", 1-7. SMBMs globala index = medelvärdet för totalpoängen. 4.4 eller högre = svåra stressbesvär (12).

## Smärta

Den genomsnittliga smärtan föregående dygn skattades, 0-10, ingen - värsta tänkbara smärta. Andelen med måttlig eller svår smärta, dvs 5-6 eller 7-10, redovisas (16).

## Känsloläge

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (17). 14 frågor, 7 om vardera ångest och depression: "Jag känner mig spänd och nervös", "Jag har tappat intresset för hur jag ser ut" osv. Svaret anger hur ofta eller i vilken grad känslan upplevs, 0-3. Poängen summeras, 0-21, för ångest respektive depression. 0-7 = normalt; 8-10 = mild, 11-14 = medelsvår, 15-21 = svår ångest/depression. Andel med medelsvår-svår ångest respektive depression redovisas.

## Slutformulär

Ifylldes efter den sista kontakten med OL och hade samma frågor som ovan, exklusive om arbetsmiljö. Redovisas för dem vars basformulär ifylldes vid rehabstart.

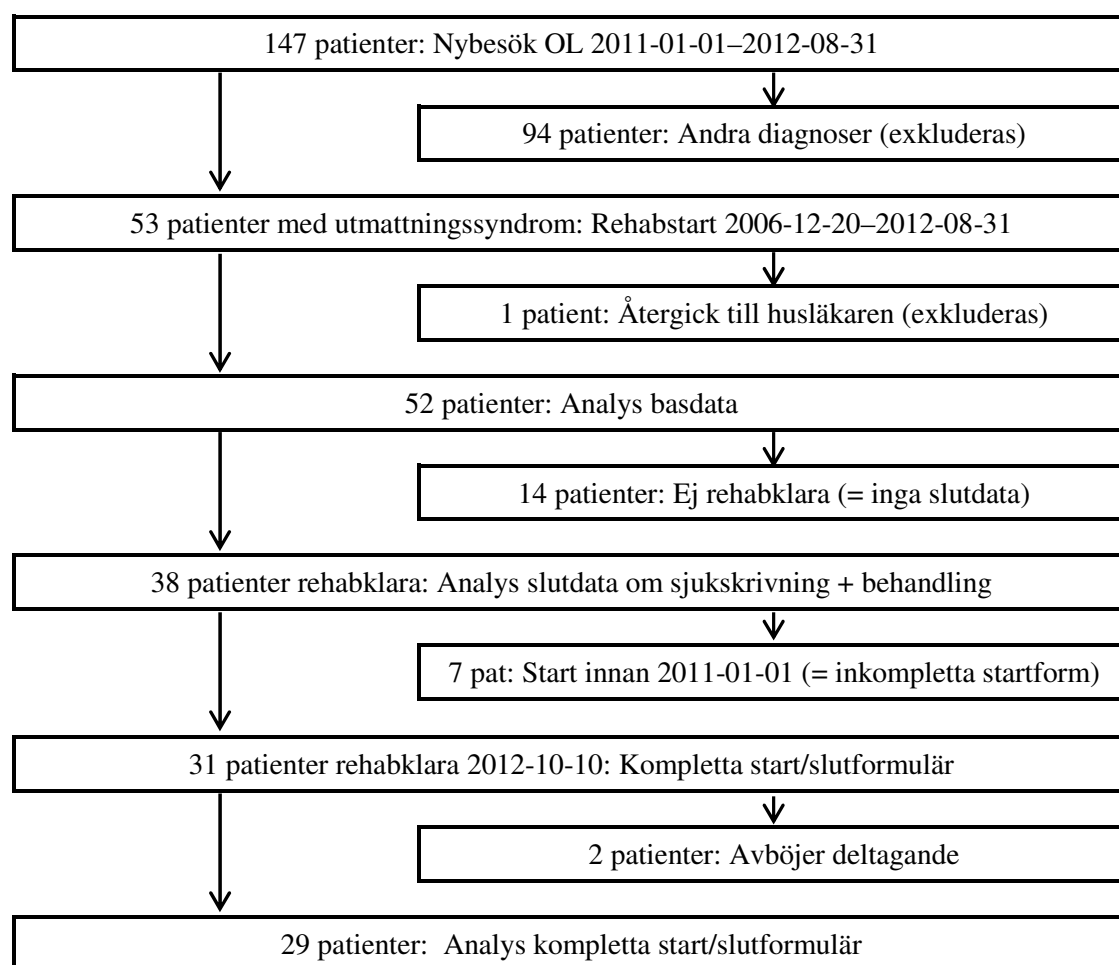
## Statistik, etik och bortfall

Resultat visas som medelvärden med 95%:s konfidensintervall, vid sneda fördelningar även median med interkvartilavstånd. Sjukskrivning och besvärnivå vid start och slut jämfördes med *t*-test, besvärandel med *z*-test (18). Statistikprogram var Stata, version 10.1 (19).

I formulären fick patienten ange om hon/han hade något emot att svaren användes i utvärdering eller forskning. De 2 patienter som angav det exkluderades från redovisningen av formulärdata. Båda var kvinnor, 43 och 40 år, med 2 hemmavarande barn. Den ena var gift/sambo, ITadministratör och vid start sjukskriven sen 7 dagar, den andra vårdare, ensamstående och sjukskriven 30 dagar. Iö fanns inget bortfall.

## RESULTAT

Ett flödesschema ses i Figur 2.



Figur 2. Flödesschema.

## Basdata

Kvinnor dominerade stort (92%). Medelåldern var ca 45 år för båda könen, något högre än regionens (Storstockholms) 41 respektive 38 år; invandrarbakgrund 17%, regionen 21%; postgymnasial utbildning 63%, regionen 49% (20). Flertalet gifta/sambo med hemmavarande barn. Offentliganställning hos 58%, nära 3 gånger vanligare än riksgenomsnittets 22% (21). Vanligast var vårdjobb (37%). Endast 1 patient var inom industrin och där chef, vilket var det vanligaste yrket följt av läkare och administratör/ekonom. Hög fysisk belastning, strain och isostrain sågs mycket sällan medan 37% också hade en depression. Vid rehabstart var alla

sjukskrivna, de flesta (87%) på heltid. För kvinnorna var median för sjukskrivningstid betydligt kortare än medelvärdet. Det förklaras av att 12 kvinnor var sjukskrivna sedan minst 90 dagar (som längst nära 7 år) medan 17 sjukskrevs först i omstarten medan samtliga män vid start redan var sjukskrivna, som längst sedan 73 dagar (Tabell 1).

**Tabell 1.** Basdata vid rehabstart. Inom parentes, om inte annat anges, procent (%).

		Kvinnor	Män	Alla
Kön		48 (92)	4 (8)	52 (100)
Ålder, år		44.5 ( <i>r</i> 24-63)	44.5 ( <i>r</i> 40-51)	44.5 ( <i>r</i> 24-63)
Gift/sambo		29 (60)	3 (75)	32 (62)
Invandrarbakgrund (= född utanför Sverige)		9 (19)	0	9 (17)
Hemmavarande barn		1.3 ( <i>r</i> 0-4)	2.0 ( <i>r</i> 1-3)	1.3 ( <i>r</i> 0-4)
Postgymnasial utbildning		30 (63)	3 (75)	33 (63)
Offentlig/privatanställd		28/20 (58/42)	2/2 (50/50)	30/22 (58/42)
Bransch	Vård	18 (38)	1 (25)	19 (37)
	Kontorsarbete/IT	11 (23)	1 (25)	12 (23)
	Försäljning/butik	9 (19)	0	9 (17)
	Omsorg/skola	5 (10)	0	5 (10)
	Industri	0	1 (20)	1 (2)
	Övrigt	5 (11)	1 (20)	6 (12)
Vanligaste yrke	Chef	6 (13)	1 (25)	7 (13)
	Läkare	4 (8)	1 (25)	5 (10)
	Administratör/ekonom	5 (10)	0	5 (10)
	Sjuksköterska	4 (8)	0	4 (8)
Arbetsmiljö*	Hög fysisk belastning	4 (9)	0	4 (8)
	Höga krav	40 (87)	4 (100)	44 (88)
	Hög kontroll	41 (89)	4 (100)	45 (90)
	Högt socialt stöd	32 (70)	3 (75)	35 (70)
	Strain	5 (11)	0	5 (10)
	Isostrain	2 (4)	0	2 (4)
Sjukskrivning	Antal sammanhängande dagar	149 ( <i>r</i> 0-2525)	39 ( <i>r</i> 0-76)	140 ( <i>r</i> 0-2525)
		[16–281]; <i>md</i> 14 (IQR 287)	[-25–102]; <i>md</i> 39 (IQR 69)	[18–262]; <i>md</i> 14 (IQR 73)
	Heltids grad	41 (85)	4 (100)	45 (87)
	Deltids grad	7 (15)	0	7 (13)
Stressorer	Arbetsrelaterade enbart	21 (44)	3 (75)	24 (46)
	Privatlivsrelaterade enb	4 (8)	0	4 (8)
	Arbets- och privatlivsrel	23 (48)	1 (25)	24 (46)
Utmattningsdepression**		17 (35)	2 (50)	19 (37)

*r* = variationsvidd (range); [ ] 95%ns konfidensintervall; *md* = median; IQR = interkvartilavstånd (interkvartil range); \*Antal redovisade = 50; \*\*= utmattningssyndrom + depression (3)

## Rehabtid, insatser och arbetsförändringar

Medianrehabtiden var för kvinnorna ca 10 ½ mot männens 10 månader. Några kvinnor hade mycket lång rehabtid (som längst ca 6 år). Kvinnorna hade ca 20 kontakter, männen något färre. 4 av 10 fick läkemedel, endast 1 av 10 gick stresskursen. Hälften fick extern behandling, ca 2 av 10 via Nätverket. Det hölls 4 rehabmöten, något fler för kvinnorna. 6 av 10 fick arbetsträning och arbetsförändringar, dock betydligt färre av männen (Tabell 2).

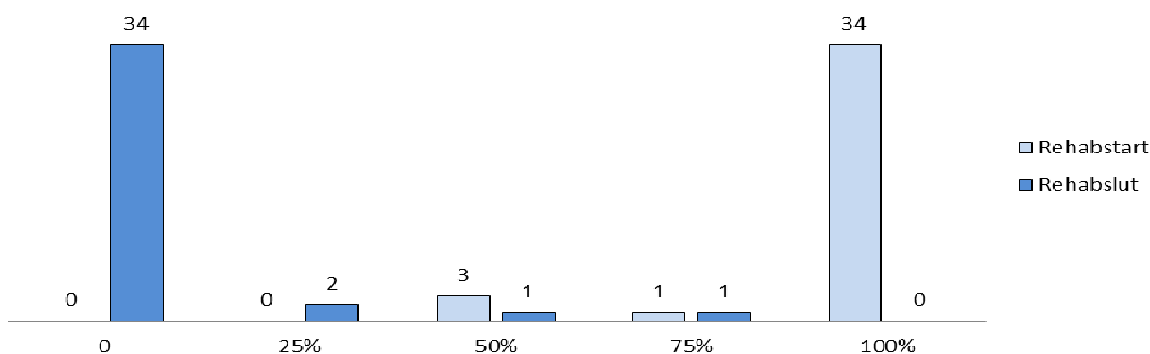
## Sjukskrivning

### Sjukskrivningsgrad

Se figur 3.

**Tabell 2.** Rehabtid, insatser och arbetsförändringar. Se förklaring till Tabell 1.

	Kvinnor (n=34)	Män (n=4)	Alla (n=38)
Rehabtid, dagar	425 ( <i>r</i> 38-2188) [267-584]; <i>md</i> 311 (IQR 287)	309 ( <i>r</i> 125-437) [87-530]; <i>md</i> 336 (IQR 212)	413 ( <i>r</i> 38-2188) [271-555]; <i>md</i> 311 (IQR 262)
Kontakter (antal)	20.1 [16.0-24.3]	24.8 [-9.6-59.1]	20.6 [16.4-24.8]
Case manager	2.6 [1.9-3.4]	2.8 [2.0-3.5]	2.7 [2.0-3.3]
Läkare	10.2 [7.3-13.2]	13.8 [-3.5-31.0]	10.6 [7.8-13.4]
Psykolog	6.9 [5.0-8.7]	8.3 [-8.8-25.3]	7.0 [5.1-9.0]
Ergonom	0.4 [-0.2-1.0]	0	0.3 [-0.2-0.9]
Läkemedel	15/34 (44%)	1/4 (25%)	16/38 (42%)
Stresskurs	3/34 (9%)	0	3/38 (8%)
Extern behandling totalt	18/34 (53%)	2/4 (50%)	20/38 (53%)
Nätverket för stressrehabilitering	7/34 (21%)	0	7/38 (21%)
Rehabmöten	4.5[3.2-5.8]	3.0 [0.4-5.6]	4.3 [3.2-5.5]
Arbetsträning	23 (68%)	1 (25%)	24 (63%)
Arbetsförändringar	28 (82%)	1 (25%)	24 (63%)
Modifierade arbetsuppgifter	19 (56%)	0	19 (56%)
Nya arbetsuppgifter	5 (15%)	1 (25%)	6 (16%)
Ny arbetsgivare/studier	2 (6%)	0	2 (5%)
Bli arbetssökande	2 (6%)	0	2 (5%)

**Figur 3.** Sjukskrivningsgrad. De flesta (34/38) patienter var vid start sjukskrivna heltid och vid slut inte alls sjukskrivna. Vid slut var ingen patient längre sjukskriven heltid.

### Arbetsförmåga och tid till arbetsåtergång

Arbetsförmågan ökade från 5% vid rehabstart till 95% vid rehabslut. Av de 31 som hade OL som ansvarig läkare från rehabstart återfick alla 100% arbetsförmåga. Mediantiden till arbetsåtergång var längre för kvinnorna, ca 9 månader jämfört med 5 för männen. För några kvinnor tog återgången mycket lång tid, som mest 5 år (Tabell 3).

**Tabell 3.** Arbetsförmåga och tid till arbetsåtergång. Se förklaring till Tabell 1.

	Kvinnor (n=34)	Män (n=4)	Alla (n=38)
Arbetsförmåga (%)			
Rehabstart	5 [0.0-10.3]	0 [0]	5 [0.0-9.2]
Rehabslut	95 [89.3-100.4]	100 [100]	95 [90.4-100.4]
Tid till arbetsåtergång (dagar)	273 ( <i>r</i> 12-1886) [142-403]; <i>md</i> 180 (IQR 197)	159 ( <i>r</i> 62-336) [-43-360]; <i>md</i> 118 (IQR 182)	259 ( <i>r</i> 12-1886) [144-375]; <i>md</i> 157.5 (IQR 223)



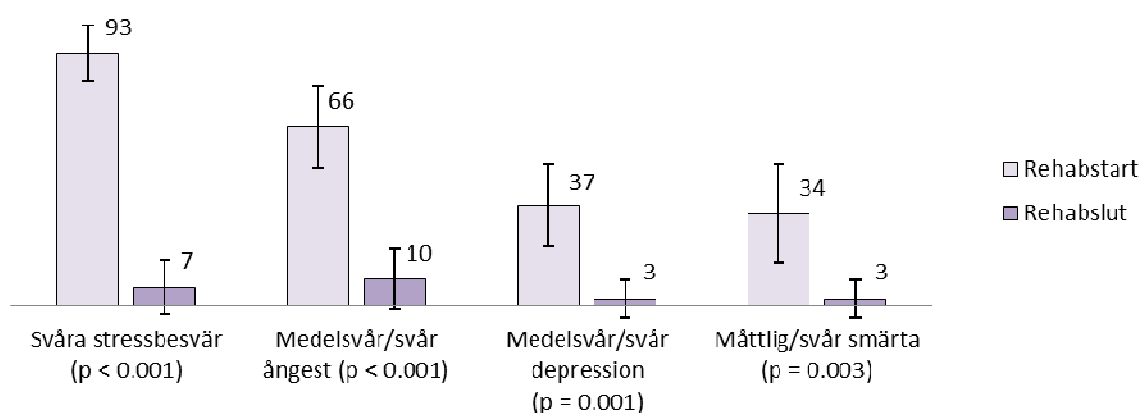
## Besvär

Stressbesvären minskade kraftigt, från 5.2 till 2.6. Andelen med svåra stressbesvär, medelsvår-svår ångest/depression och måttlig-svår smärta minskade drastiskt. Alla förändringar var starkt signifikanta (Tabell 4 och Figur 4).

**Tabell 4.** Stressbesvär.

	Rehabstart			Rehabslut			p-värde*
	Kvinnor (n=26)	Män (n=3)	Alla (n=29)	Kvinnor	Män	Alla	
Stressbesvär	5.3 [4.9–5.6]	4.7 [3.9–5.4]	5.2 [4.9–5.5]	2.5 [2.0–3.0]	3.1 [-0.2–6.3]	2.6 [2.1–3.0]	< 0.001

\*För skillnaden mellan alla patienter (n=29) vid start och slut



**Figur 4.** Andelen (%) patienter med lite mer uttalade besvär. 95% konfidensintervall anges.

## DISKUSSION

52 patienter med utmattningssyndrom startade 2006–2012 multimodal rehabilitering vid en företagshälsa, 38 nådde rehabslut under projektiden. Arbetsförmågan ökade från 5% till 95%, andelen med svåra stressbesvär minskade drastiskt (från 93% till 7%). Stor dominans av kvinnor, hög utbildningsgrad och andel offentliganställda, särskilt inom vård/skola/omsorg, bekräftade tidigare forskning (5) medan andel strain/isostrain var oväntat låg (11).

Då kontrollgrupp saknades kan inga säkra slutsatser dras av metodens effektivitet. Dock får rimligen utfallet ses som mycket gott och det ger en betydligt mer optimistisk bild än i aktuell forskning: ”Ingen av de behandlingsmetoder som vi och andra provat ger någon särskilt imponerande effekt” (5). Den drastiska minskningen av lite mer uttalad ångest, depression och smärta indikerar en bred, positiv effekt på syndromets delsymptom. 3 behandlingskomponenter kan vara nycklar till ett bra resultat:

*Noggrann diagnostik:* Lovande forskning finns om biologiska markörer (5), men diagnosen av utmattningssyndrom baseras än så länge på en tämligen omfattande intervju, vilket vårt koncept gav utrymme till. Stressorer i arbetet var betydligt vanligare än privat (92% jämfört med 54%) men hos nära hälften (46%) fanns både arbets- och privatstressorer (tex barn med neuropsykiatriska funktionshinder) och hos 37% depression. Sådana komplexa behov kunde mötas av en skraddarsydd behandling, inkluderande extern insats för 53% (3).

*Evidensbaserad metodik:* Vedertagna behandlingsriktlinjer följdes (3-5); i linje med Rehabiliteringsrådet (3) anlätades Nätverket (9) vid särskilt svåra fall (21% av patienterna).

*Arbetslivsinriktning:* Arbetslivsinriktade, mer än medicinska insatser, behövs för att återvinna arbetsförmågan (3,8). För företagshälsan, till skillnad mot tex primärvården och

psykiatrin, är den inriktningen självklar. Behovet bekräftas av den stora andelen (63%) med arbetsförändringar och -träning. Rehabiliteringens median var dubbla den för tid till arbetsåtergång (Tabell 2). Det indikerar behov av ett långvarigt, arbetslivsinriktat fokus för optimering av arbetsförmågan innan rehabiliteringen avslutas, vilket bäst torde mötas av företagshälsan.

En mycket hög svarsfrekvens, basdata 50/52 (96%), slutformulärdata 29/31 (94%) och de 2 ickedeltagandes likhet med patientgenomsnittet, gör att bortfallet kan negligeras. Långtidsdata saknas, varför i kommande projekt bör läggas in formuläruppföljning tex 1 år efter rehabslut.

## Slutsats

Multimodal rehabilitering för utmattningssyndrom inom en företagshälsa ledde till tillfredsställande ökning av arbetsförmågan (återficks av alla) och kraftig minskning av stressbesvär. Det goda resultatet kan bero på noggrann diagnostik, evidensbaserad och arbetslivsinriktad metodik.

## REFERENSER

1. Försäkringskassan. Månadsuppföljning av sjukförsäkringen, 2012-10-23 [läst 2013-03-23].
2. Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkringen? Kostnader för sjukpenning i sjukskrivningar (över 14 dagar) samt sjukersättning och aktivitetsersättning år 2009 fördelat på diagnos. Socialförsäkringsrapport 2011:4.
3. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande (Nygren Å ordförande). Stockholm: 2011. SOU 2011:15.
4. Åsberg M, Glise K, Herlofson J, Jacobsson L, Krakau I, Nygren Å, et al. Utmattningssyndrom – en kunskapsöversikt om stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
5. Åsberg M, Nygren Å. DU-projektet. Depression och utmattning i människovårdande yrken. Institutionen för kliniska vetenskaper, KIDS, Karolinska Institutet. Slutrapport 2012.
6. Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2007. SBU Alert-rapport nr 2007-03.
7. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2006. SBU-rapport nr 177/1+2.
8. Holm L, Torgén M, Hansson A-S, Runeson R, Josephson M, Helgesson M, et al. Återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa. Arbete och hälsa. Göteborgs Universitet. 2010;44(3).
9. Nätverket för stressrehabilitering [läst 2013-03-22]. Tillgänglig: [[http://www.stressmottagningen.nu/wp-content/uploads/dokument/Folder\\_Stressnatverket\\_okt2009.pdf](http://www.stressmottagningen.nu/wp-content/uploads/dokument/Folder_Stressnatverket_okt2009.pdf)]
10. Linton SJ. Risk factors for neck and back pain in a working population in Sweden. *Work and Stress*. 1990;4:41-49.
11. Sanne B, Torp S, Mykletun A, Dahl AA. The Swedish Demand–Control–Support Questionnaire (DCSQ): Factor structure, item analyses, and internal consistency in a large population. *Scand J Public Health*. 2005;33:166-174.
12. Ghaffari M, Alipour A, Farshad AA, Jensen I, Josephson M, Vingard E. Effect of psychosocial factors on low back pain in industrial workers. *Occup Med (Lond)*. 2008;58:341-347.
13. Choi B, Östergren PO, Canivet C, Moghadassi M, Lindeberg S, Karasek R, et al. Synergistic interaction effect between job control and social support at work on general psychological distress. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011;84:77-89.
14. Lundgren-Nilsson Å, Jonsdottir IH, Pallant J, Ahlberg G Jr. Internal construct validity of the Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ). *BMC Public Health*. 2012;12:1.
15. Shirom A. Shirom-Melamed Burnout Measure. Juli 2005 [läst 2013-03-22]. Tillgänglig: [<http://www.shirom.org/arie/publications/BurnoutAndVigorScales/smbm-eng.doc>]
16. Jensen MP, Smith DS, Ehde DM, Robinson LR. Pain site and the effects of amputation pain: further clarification of the meaning of mild, moderate, and severe pain. *Pain*. 2001;91:317-322.
17. Whelan-Goodinson R, Ponsford J, Schönberger M. Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale to assess depression and anxiety following traumatic brain injury as compared with the Structured Clinical Interview for DSM-IV.J Affect Disord. 2009;114:94-102.
18. Altman DG. Practical statistics for medical research. 1<sup>st</sup> edition. London: Chapman & Hall; 1991: p. 179-276.
19. StataCorp. 2005. Stata Statistical Software: Release 9. College Station, TX: StataCorp LP.
20. Statistiska Centralbyrån (SCB). Statistik efter ämne/Befolkning.
21. Ekonomifakta. Privat och offentlig sysselsättning 2012 [läst 2013-03-23]. Tillgänglig: [<http://www.ekonomifakta.se/sv/Fakta/Arbetsmarknad/Sysselsattning/Privat-och-offentlig-sysselsattning/>]