

# **Kan Åreklínikens rehabilitering vid stress och utmattning öka arbetsförmågan långsiktigt?**

**Författare:** Ann-Sofie Gumaelius

**Handledare:** Karin Osterman, docent i lungmedicin, tidigare läkare vid Årekliniken,  
Akademiska Sjukhuset, Uppsala, och Karolinska Sjukhuset, Solna.

**Projektarbete vid Uppsala Universitets företagsläkarutbildning 2008/09**

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	s 3
Inledning	s 4
Syfte och frågeställningar	s 5
Undersökt grupp	s 6
Metod	s 7
Resultat	s 7
Diskussion	s 10
Litteraturreferenser	s 11

# **Kan Årekliniken rehabilitering vid stress och utmattning öka arbetsförmågan långsiktigt?**

**Författare:** Ann-Sofie Gumaelius, läkare vid Årekliniken

**Handledare:** Karin Osterman, docent i lungmedicin, tidigare läkare vid Årekliniken,  
Akademiska Sjukhuset, Uppsala, och Karolinska Sjukhuset, Solna.

**Projektarbete vid Uppsala Universitets företagsläkarutbildning 2008/09**

## **SAMMANFATTNING**

De snabbt stigande sjukskrivningarna pga stressrelaterad psykisk ohälsa under 1990-talet var anledningen till att Årekliniken startade ett program för arbetslivsinriktad rehabilitering vid stress och utmattning.

Syftet med denna studie är att undersöka resultatet för dem som deltog i Årekliniken program ”Arbetslivsinriktad rehabilitering för stress och utmattning”, under åren 2004-2007, uttryckt i arbetsförmåga och hälsoupplevelse, 1-3 år efter avslutat rehabiliteringsprogram.

Undersökningen genomfördes i form av en postenkät till 42 personer, varav 36 besvarade enkäten

Innan rehabiliteringen hade nästan samtliga deltagare varit sjukskrivna i mer än 5 månader, mer än hälften i mer än 1 år, enstaka i 3-5 år. Vid besvarande av enkäten arbetade 28 personer, varav 22 på 75-100%. 8 personer arbetade inte alls (pga ålderspension, studier, sjukersättning). De förbättringar av skattad livskvalitet som uppnåddes under rehabiliteringsperioden, har bibehållits, liksom minskningen av symtom på ångest och depression.

Sjukskrivningarna av psykiska orsaker har minskat i Sverige, och i Jämtland, under de senaste åren. I Jämtland minskade dessa sjukskrivningar (med mer än 3 månaders varaktighet) först år 2008.

Slutsatsen är att Årekliniken rehabilitering vid stress och utmattning kan öka arbetsförmågan långsiktigt, samt att förbättringen av upplevs hälsa kan bibehållas över tid.

## INLEDNING

Sjukskrivning, mätt som antal sjukskrivningsdagar, ökade kraftigt i Sverige från mitten av 1990-talet. Även långtidssjukskrivningarna ökade kraftigt, och psykisk ohälsa blev allt vanligare som orsak till sjukskrivning, speciellt för vissa grupper, ofta med diagnosen ”utbrändhet”. Sjukskrivningarna ledde till mycket stora samhällskostnader och oro för den fortsatta utvecklingen. Det fanns ingen självklar behandlingsmetod för utbrändhet.

Årekliniken har lång erfarenhet av rehabilitering för personer med luftvägssjukdomar (astma, KOL, m fl). I den gruppen har man funnit många personer med allvarliga psykiska problem, som ångest och depression, delvis sekundärt till mångåriga andningsbesvär. Erfarenheterna från hantering av dessa problem var mycket användbara när man 1999 startade programmet ”Arbetslivsinriktad rehabilitering för stress och utmattning”. Programmet initierades efter förfrågan från försäkringsbolagen Afa och Alecia, vilka oroades över det stigande antalet personer med ”utbrändhet”, samt utarbetades utifrån det rådande kunskapsläget, i samarbete med bl a Karolinska Institutet och psykolog Niclas Almén.

Programmet utgår från ett kognitivt beteendeterapeutiskt förhållningssätt, och bedrivs av ett multiprofessionellt team, i internatform. Rehabiliteringen omfattar tidsmässigt 5-10 månader, med 3 internatperioder, totalt 5-6 veckor. Mellan internatveckorna har deltagaren hemuppgifter, och håller regelbunden kontakt med sin handledare (via telefon, post och/eller e-mail).

Tillsammans gör deltagaren och teamet en analys av både privatliv och arbete, vilket mynnar ut i en detaljerad rehabiliteringsplan, som förankras hos arbetsgivare och Försäkringskassa. I en sådan plan ingår oftast successiv upptrappning av arbetsträning och/eller arbetstid, regelbundna träffar för avstämning med arbetsledningen, samt strategier för att hantera pressade arbetssituationer och stressymtom.

Det finns även en kortare variant av programmet med en 3 veckors internatperiod och kort uppföljning. Detta är tänkt för personer med lättare problematik, som i allmänhet är kvar i arbete, helt eller delvis. I vissa fall valdes den varianten pga svårigheter att finansiera/ha tid för ett längre program.

Före varje internatperiod och ca 9 månader efter avslutat program får deltagarna fylla i självskattningsinstrumenten HAD och Swedqual.

Tidigare uppföljningar av detta rehabiliteringsprogram (Årekliniken opubl) har visat goda resultat. Det finns ett stort intresse från Årekliniken att göra en ny utvärdering av rehabiliteringsprogrammet.

I samhällsdebatten har det ofta, med mer eller mindre svepande formuleringar, hävdats att ”rehabilitering inte lönar sig”, vare sig för samhälle eller individ. Sådana bedömningar

förefaller inte ta hänsyn till att olika rehabiliteringsprogram varierar beträffande målgrupp, innehåll, kvalitet, mm.

Från 2004 har man sett en minskning i hela landet av sjukskrivningar pga denna problematik, och Försäkringskassan minskade efterhand köp/finansiering av rehabiliteringsåtgärder av detta slag

Under det senaste halvåret (dvs under arbetet med den här uppsatsen) har tusentals personer varslats om uppsägning i samband med den globala finansiella krisen. Om detta i sin tur leder till en förnyad uppgång i psykisk sjuklighet, och sjukskrivning, vore det värdefullt med mer kunskap om fungerande rehabiliteringsprogram.

Det finns således flera anledningar att intressera sig för utfallet av de senaste årens rehabiliteringsarbete med denna patientgrupp vid Årekliniken.

En arbetsgrupp från Socialstyrelsen presenterade i oktober 2003 en rapport (5) med förslag om hur man kan hantera stressrelaterad psykisk hälsa. Man hävdade att den dåvarande kliniska erfarenheten och den begränsade vetenskapliga evidensen motiverade bl a fokuserad psykoterapi, gärna i grupp, liksom förbättrad livsstil, identifikation av stressfaktorer, tidig planering av individuella åtgärder inkl arbetsinriktad rehabilitering. Arbetsgruppen föreslog också en ny diagnos: utmattningssyndrom. Alexander Perski beskriver i sin bok "Ur balans" (6) utvecklingen av stressjukdomar och vägar tillbaka till ett balanserat liv. Giorgio Grossi (4) förslår i boken "I balans" strategier för att praktiskt förhindra och motverka stressens negativa effekter på individen. Niclas Almén går igenom kognitiva och beteendeterapeutiska metoder i boken "Stress- och utmattningsproblem" (1) och avslutar med ett kapitel om Arbete, sjukskrivning och arbetsåtergång ur KBT-perspektiv. Han understryker att undvikande är ett centralt problembeteende vid de flesta psykologiska problem, vilket bl a gör att (lång) sjukskrivning, fr a på heltid, kan leda till fobi för arbetsåtergång. Då krävs både analys, planering och en offensiv strategi (med successiv exponering för det som ger ångest). En uppföljande undersökning av arbetsförmåga och sysselsättningsgrad 4 år efter rehabilitering för "utbrändhet" vid Stressmottagningen vid Karolinska Institutet presenterades år 2006 av Merja Helenius Aronsson (4), och visade att 60% av deltagarna återgick i arbete samt att de ökade sin arbetstid fram till uppföljningen.

## SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna studie är att undersöka resultatet för de personer som deltog i programmet "Arbetslivsinriktad rehabilitering för stress och utmattning" vid Årekliniken åren 2004-2007, uttryckt i arbetsförmåga och hälsoupplevelse 1-3 år efter avslutat rehabiliteringsprogram.

Följande frågor kommer att belysas:

- Har rehabiliteringen följts av långsiktigt ökad arbetsförmåga?

- Hur har självskattning av ångest, depression och livskvalitet utvecklats efter rehabiliteringen?
- Har planen för fortsatt rehabilitering på hemmaplan följts?

## UNDERSÖKT GRUPP

Den undersökta gruppen utgörs av samtliga 44 personer som remitterats till Åreliniken för rehabilitering pga stress- och utmattningsbesvär under åren 2004-2007, samt 2 personer som själva tog initiativ till rehabiliteringen. Remisserna kom från Försäkringskassan i Jämtland (37 st), övriga Försäkringskassor i landet (4), företagshälsovård (3) och arbetsgivare (4). Tre personer som startade på det korta programmet bedömdes av rehabiliteringsteamet ha så pass omfattande problem att de föreslogs få övergå till det långa programmet, vilket godkändes av inremitterande/finansiär. Dessa personer redovisas som deltagare i det långa programmet. Fyra personer exkluderades från undersökningen pga att de avbröt rehabiliteringen eller på annat sätt inte deltog fullt ut i väsentliga delar av programmet.

Frågeformulär skickades således till 42 personer, 34 kvinnor och 8 män, med åldersfördelning och program enligt Tab. 1.

	kvinnor kort program	kvinnor långt program	män kort program	män långt program
30-41 år	1	11		2
42-53 år	2	15	3	2
54-65 år	2	3		1
Totalt	5	29	3	5

**Tab. 1 Ålder och kön på de 42 personer som fått enkäten**

Av männen var 3 anställda hos offentliga arbetsgivare, 3 hos privata, och 2 var egenföretagare. Bland kvinnorna var 22 personer offentligt anställda, 9 hade privata arbetsgivare och 3 var egenföretagare (helt eller delvis). De flesta deltagare var från Jämtland: 31 av 34 på det längre programmet och 2 av 8 på det kortare programmet. Samtliga var födda och uppväxta i Sverige.

Vid inledningen av det längre rehabiliteringsprogrammet var 32 av 34 personer sjukskrivna, varav 19 på 75-100%. Av deltagarna på det korta programmet arbetade 4 personer heltid och 4 var sjukskrivna 100%.

## METOD

Datainsamling skedde per post. Deltagarna fick i september 2008 ett informationsbrev och ett frågeformulär i tre delar. De två första delarna bestod av HAD och Swedqual, dvs frågor som deltagarna hade besvarat i samband med rehabiliteringen. Den tredje delen innehöll frågor om arbete, arbetslöshet, sjukskrivning, sjukersättning/sjukpension, följsamhet till rehabiliteringsplanen, samt en fråga om deltagarens egen värdering av rehabiliteringen som helhet. Dessa frågor hade fasta svarsalternativ, Det fanns även utrymme för egna kommentarer till enkätfrågorna och om innehållet i rehabiliteringsprogrammet.

Från Försäkringskassan inhämtades officiella data om sjukskrivning/sjukersättning i riket och i Jämtland från september månad åren 2005-2008, i syfte att jämföra utfallet i den undersökta gruppen med sjukskrivningen i hela landet och i det län som de flesta deltagarna kom ifrån.

## RESULTAT

Det kom in enkätsvar från 30 av 34 (88%) deltagare i det långa programmet och från 6 av 8 (75%) deltagare i det korta programmet. De som inte svarade var 4 kvinnor och 2 män, samtliga i åldern 42-53 år. De 4 deltagarna i det långa programmet, som inte besvarade enkäten, skattade ångest på samma nivå som hela gruppen före påbörjad rehabilitering, och de skattade depression väsentligt högre (16p jmf 10)

Innan rehabiliteringen hade nästan samtliga av de 36 svarande deltagarna varit sjukskrivna i mer än 5 månader, och mer än hälften i över 1 år, enstaka i 3-5 år. När rehabiliteringen inleddes var 13 personer helt sjukskrivna, 7 arbetade 25 %, 11 arbetade 50 %, 3 arbetade 75 %, och 2 var inte sjukskrivna. När rehabiliteringen avslutades var 8 personer helt sjukskrivna, 3 arbetade 25%, 11 arbetade 50%, 10 arbetade 75% och 4 personer arbetade 100%. Vid uppföljningen hösten 2008 arbetade 8 personer inte alls (pga pension, studier, sjukersättning), och 14 arbetade heltid, se även Tab. 2. För de 34 sjukskrivna personerna minskade därmed sjukskrivningen för 23 personer, och var oförändrad för 10, medan den ökade för en person.

Enligt statistik från Försäkringskassan visar pågående sjukfall med psykiatrisk diagnos en tydlig nedgång från 2006-2007, både i hela riket och i Jämtland, samt för korta och långa fall.

ålder	långt program				kort program	
	0%	25-49%	50-74%	75-100%	0%	75-100%
30-41 år	3		2	8		1
42-53 år	2	1	2	8		2
54-65 år	2	1		1	1	2
Totalt	7	2	4	17	1	5

**Tab.2 Sysselsättningsgrad och ålder hösten 2008 för samtliga 36 svarande**

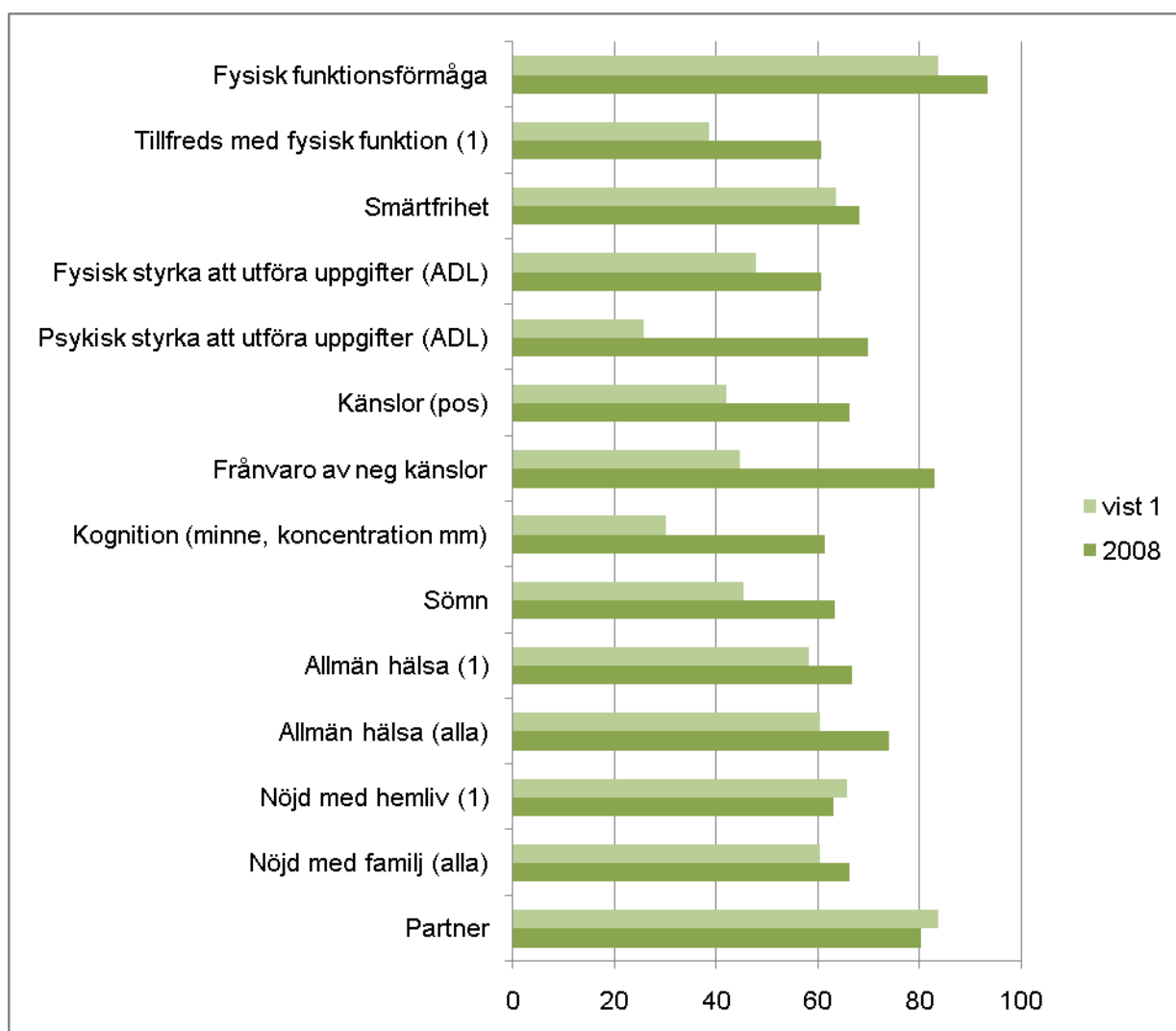
De förbättringar av skattad livskvalitet som uppnåddes under rehabiliteringsperioden, har bibehållits, liksom minskningen av symtom på ångest och depression, se Fig 1-4

Samtliga deltagare minns sin rehabiliteringsplan, och ungefär hälften uppger att den har följts. Det finns flera orsaker till att den inte har följts (t ex egenföretagare, byte av arbetsgivare osv). Uppgifterna är i flera fall osäkra. Det är därmed svårt att bedöma ett eventuellt samband mellan följsamhet till rehabiliteringsplanen och resultaten av rehabiliteringen i de enskilda fallen.

**Fig. 1 Swed Qual- utveckling över tid - för 6 personer i kort rehabiliteringsprogram**

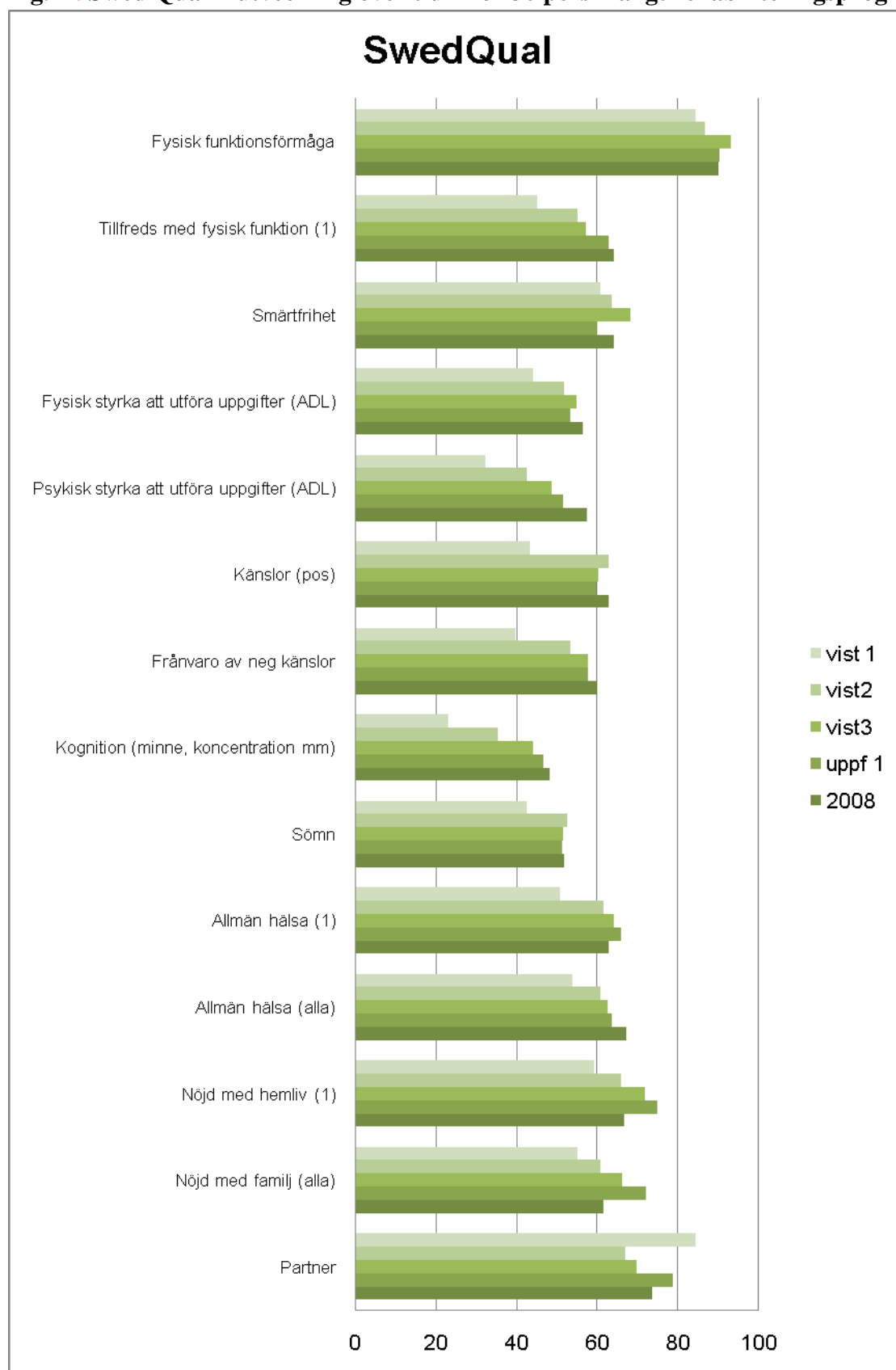
**Swedqual** är ett validerat och pålitligt självskattningsinstrument för upplevd hälsorelaterad livskvalitet. Utvecklat av Brorsson, Ifver, m fl 1993.

Det innehåller 61 självskattade livskvalitetsfrågor fördelade på 13 områden, inom t ex fysisk funktion, sömn, kognitiv funktion, smärta, relationer och känslor. Högre poäng betyder bättre skattad livskvalitet. 80 bedöms som en bra/acceptabel nivå. ”vist 1” = internatperiod 1 osv.



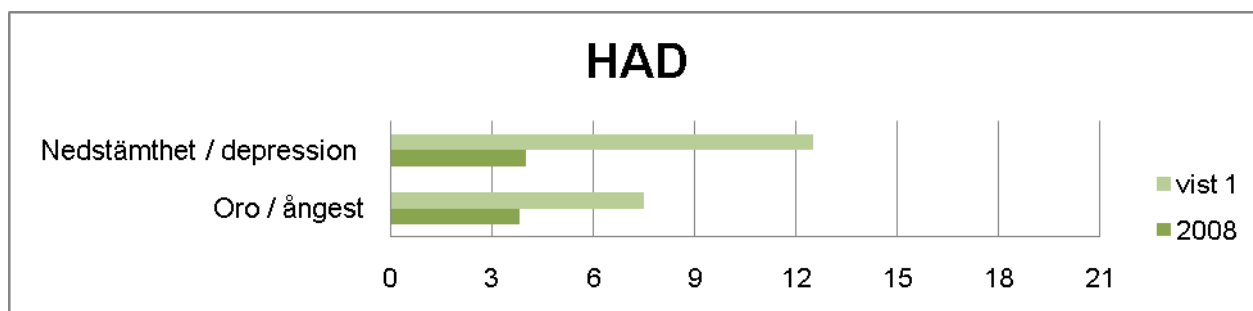


**Fig. 2 . Swed Qual - utveckling över tid - för 30 pers i långt rehabiliteringsprogram**

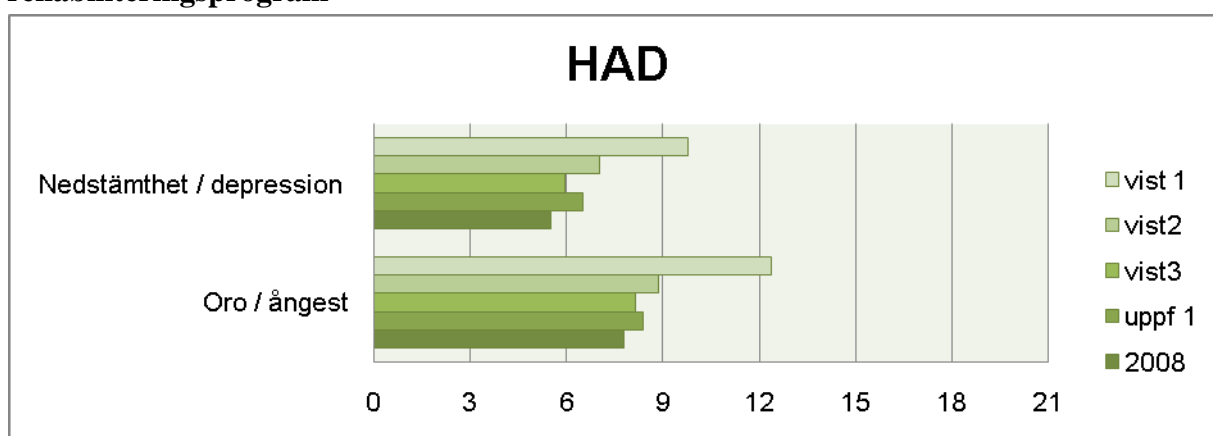


**Fig. 3 HAD – utveckling över tid – för 6 personer i kort rehabiliteringsprogram**

**HAD** The hospital anxiety and depression scale. Zigmond AS, Snaith RP, 1983. HAD är ett enkelt instrument med 7 delfrågor för vardera ångest respektive depression, med god klinisk signifikans. <7 poäng innebär sannolikt inga problem med ångest/depression, medan >11 poäng talar för stora svårigheter, och 7-10 poäng signalerar sannolika problem



**Fig. 4 HAD – utveckling över tid - för 30 personer i långt rehabiliteringsprogram**



## DISKUSSION

Svarsfrekvensen i den här undersökningen är hög. Ingen selektion av inkomna remisser till rehabiliteringsprogrammet har skett.. Försäkringskassehandläggare, företagsläkare och arbetsgivare har valt ut personer till rehabiliteringsprogrammet. Detaljer i det urvalsförfarandet är inte känt för författaren. Framför allt är det helt obekant vilka personer som valts bort, och av vilka skäl. Därför är det inte möjligt att bedöma hur dessa urval har kunnat påverka undersökningsresultatet.

Det är tydligt att arbetsförmågan ökat i de flesta fallen. Även efter avslutad rehabilitering har arbetstiden fortsatt öka för flera personer. Totalt har arbetstiden ökat för 23 av 34 sjukskrivna personer. Rehabiliteringen har således följts av långsiktigt ökad arbetsförmåga. Samtidigt har sjukskrivningar pga psykiska symtom minskat både i Jämtland och i hela landet, åtminstone under de senaste 2-3 åren, dvs en stor del av uppföljningstiden i den här undersökningen. För att påvisa orsakssamband mellan rehabiliteringsinsatserna och ökad arbetsförmåga hade det krävts en jämförbar kontrollgrupp som inte fick motsvarande rehabilitering/behandling. Det hade varit en mycket intressant undersökning, men det hade krävt mycket större arbetsinsats än vad som var möjligt inom ramen för denna uppsats. Resultaten är dock relativt samstämmiga med Merja Hellenius Aronssons (4) resultat från Stressmottagningen vid Karolinska Institutet, där drygt 60 % av deltagarna återgick i arbete efter rehabiliteringsprogrammet, och lika många var i arbete när 4 år gått efter rehabiliteringen, samt att de arbetade mer (i tid) efter 4 år.

Självsfattningarna av ångest- och depressionssymtom, samt hälsorelaterad livskvalitet, har förbättrats efterhand, under och efter rehabiliteringen. Det finns således, för hela gruppen, ett tidssamband mellan förbättring av upplevd hälsa och ökad arbetsförmåga. Det är svårt att identifiera orsaker i samhället i stort, som kan ligga bakom den förbättrade fattningen av hälsa. Däremot kan den ökade arbetsförmågan/arbetstiden vara en del av förklaringen till förbättrad hälsoupplevelse. Å andra sidan ses stora förbättringar av både HAD och SwedQual redan inför den andra internatperioden, då de flesta deltagare ännu inte har ökat sin arbetstid. Bedömningen är därför att rehabiliteringsprogrammet i sig också är orsak till förbättrad hälsoupplevelse, vilken i sin tur, sannolikt ökar arbetsförmågan

Slutsatsen är att Årekliniens rehabilitering vid stress och utmattning kan öka arbetsförmågan långsiktigt, samt att förbättringen av upplevd hälsa kan bibehållas över tid.

## LITTERATURREFERENSER

1. Almén N, Stress- och utmattningsproblem, Studentlitteratur, 2007
2. Ekman R och Arnetz B (red), Stress, Liber, 2002
3. Grossi G, I balans. Bonnier Fakta, 2004
4. Hellenius Aronsson M, Diagnos utmattning - uppföljning efter 3 år. Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2005/06
5. Socialstyrelsen; Utmattningssyndrom – Stressrelaterad psykisk ohälsa. Rapport från Socialstyrelsen oktober 2003 (artikelnr 2003-123-18)
6. Perski A, Ur balans. Bonnier Fakta, 2002