



Årsrapport 2019

Stressrehabilitering

Patientverksamhet

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	4
Resultat	7
Tre år efter avslutad MMR	11
Digital kognitiv träning	11
Forskning – fysisk aktivitet ger effekt	12
Prevention och framtid	12
Flöde stressrehabiliteringen 2019	13
Referenser	14
Bilaga 1	14

Sammanfattning

Välkommen till stressrehabiliteringens årsrapport för 2019! Rapporten vänder sig till dig som vill veta mer om vår kliniska verksamhet – vilka patienter vi rehabiliterar och de resultat vi ser.

Stressrehab's 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. Stressrehab är en specialistenhet 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 drygt 4 000 patienter bedömts hos oss och ungefär 2 300 har fullföljt vårt rehabiliteringsprogram.

På stressrehab arbetar läkare, psykologer, psykoterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter, rehabkoordinatorer och medicinska sekreterare.

Rehabiliteringen hos oss är multimodal¹ och pågår cirka åtta till tio månader. Patienterna följs upp under och efter den multimodala rehabiliteringen, MMR, från bedömningsamtal innan 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).

Resultat

Stressrehab's remissinflöde (inklusive egna vårdbegäranden) är fortsatt högt och ökade med 16 procent under 2019 jämfört med 2018.

Avsevärt fler (36 procent fler) patienter bedömdes under 2019 jämfört med 2018, och bedömningarna gjordes för 70 procent av patienterna inom den nationella vårdgarantins gräns på 90 dagar. Nästan alla (98 procent) startade MMR inom 60 dagar efter beslutsdatum.

Urvalet i rapportens resultatdel är de patienter som avslutade sin MMR 2018 och följdes upp 2019.

De självskattningsformulär som patienterna fyller i visar att de mådde avsevärt bättre ett år efter avslutad MMR. De hade en lägre grad av utmattning, ångest, depression, trötthet och stressbeteende.

Sömnp Problemen hade minskat eller försvunnit helt, minnes- och koncentrationsförmågan hade förbättrats och andelen helt arbetsföra hade ökat från 21 procent till 78 procent.

Patienterna skattade en stor tillfredställelse med rehabiliteringsprogrammet och 99 procent uppgav att de hade fått ganska mycket eller väldigt mycket hjälp för att må bättre.

Tre år efter avslutad MMR

För att ta reda på hur det går för patienterna på längre sikt har resultat även sammanställts för de patienter som följdes upp tre år efter avslutad MMR.

Den sammanställningen visar att sjukskrivningarna hade fortsatt att minska och att patienternas skattade utmattning hade avtagit allt mer, även tre år efter avslutad MMR.

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, annan vårdpersonal eller genom egen vårdbegäran.

Om remissvillkoren³ är uppfyllda erbjuds vanligtvis två bedömningssamtal – ett hos läkare och ett hos psykolog. Utifrån samtalen tar ett team på stressrehab ställning till diagnos, behandling och lämpliga rehabiliteringsinsatser. Stressrehab multimodala 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 i Umeå består av läkare, psykolog, gruppbehandlare (psykolog eller psykoterapeut), sjukgymnast/fysioterapeut och rehabkoordinator.

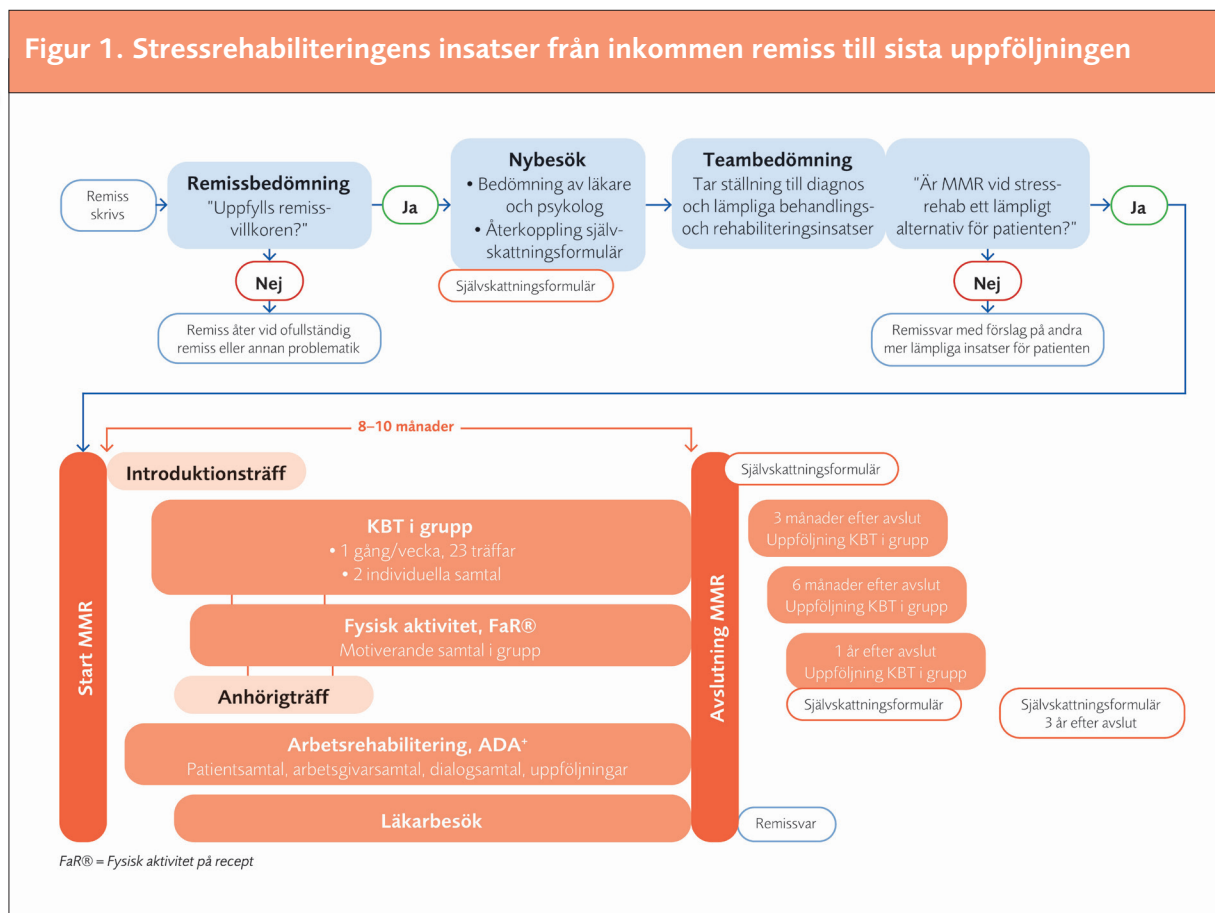
MMR startar med en introduktionsträff och pågår åtta till tio månader och innehåller kognitiv beteendeterapi (KBT) i grupp, arbetsrehabilitering, fysisk aktivitet, läkarbesök och anhörigträff (Figur 1).

KBT i grupp

KBT-gruppen, med åtta deltagare och en gruppbehandlare, innehåller regelbundna gruppträffar à tre timmar per vecka vid 23 tillfällen samt två individuella samtal.

I gruppen får en medvetenhet och stöd att se samband mellan egna tankar, känslor, kroppsreaktioner och beteenden.

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.

En viktig del i behandlingen är acceptans av utmattningssyndrom, obehagliga som behagliga kroppsreaktioner, tankar och känslor med mera. Detta för att kunna göra det viktiga förändringsarbetet av ogynnsamma beteendemönster för att kunna 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, olika stressbeteenden, affekter och deras regleringssystem. Medkänsla i olika riktningar är bas för KBT-behandlingen. Hemuppgifter diskuteras också och följs upp under gruppträffarna.

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

Arbetsrehabilitering

Tidigt i rehabiliteringen involveras patientens arbetsplats. Stressrehab använder en strukturerad modell för aktiv arbetsrehabilitering, *Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång+ (ADA+)*, för dem som har en anställning.

ADA+ främjar dialogen mellan arbetsgivare och arbetstagar vilket underlättar återgång till arbete på hel- eller deltid. En rehabkoordinator ger stöd vid både enskilda och gemensamma samtal mellan den sjukskrivne och arbetsgivaren, för att kartlägga förändringsbehov, konstruktivt anpassa arbetet och planera för att återgå till jobbet eller utöka arbetstiden.

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

För att lättare kunna ge stöd på plats under arbetsrehabiliteringen finns sedan 2016 möjlighet att delta i KBT-grupp i både Skellefteå och Umeå.

Fysisk aktivitet

Alla deltagare får stöd av fysioterapeut att uppnå de rekommendationer (fyss.se) som finns för fysisk aktivitet.

Fysioterapeuten medverkar i 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 genom *Fysisk aktivitet på recept (FaR©)*. FaR© är en skriftlig ordination av fysisk aktivitet och en del i behandlingen, anpassad till

individens förutsättningar och önskemål (fyss.se). 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.

Läkarbesök

En till två månader efter starten i KBT-gruppen erbjuds ett återbesök till läkare för att följa upp och ta ställning till eventuell sjukskrivning och läkemedelsbehandling. Fler återbesök kan sedan ske efter behov.

Anhörigträff

Utmattningssyndrom är ett tillstånd som inte bara drabbar individen utan även familj och närstående, och ofta under en lång tid. Därför bjuds anhöriga in till en träff, som dessutom kan fungera preventivt för dem. Under 2019 kom 183 personer på stressrehab's anhörigträffar.

Uppföljning

I samband med bedömningsamtalen hos läkare och psykolog besvarar patienten omfattande självskattningsformulär, som mäter graden av utmattning, ångest/depression, typ A-beteende och minne/koncentration.

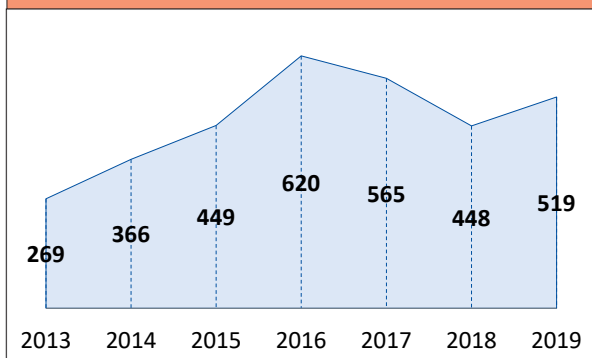
Frågorna berör även hälsorelaterad livskvalitet liksom livsstil, inklusive fysisk aktivitet och sömnbesvär, samt förhållanden på arbetsplatsen, sjukskrivning och tillfredsställelse med rehabiliteringsprogrammet.

De patienter som deltar i MMR får individuell återkoppling och uppföljning och besvarar självskattningsformulär i samband med att MMR avslutas och ett år efter avslutad MMR. Den sista uppföljningen äger rum tre år efter avslutad MMR genom hemskickade självskattningsformulär.

Drygt 500 remisser

Stressrehab's inflöde av remisser är fortsatt högt och det ökade från 448 remisser under 2018 till 519 remisser 2019 (Figur 2), vilket är en ökning med 16 procent.

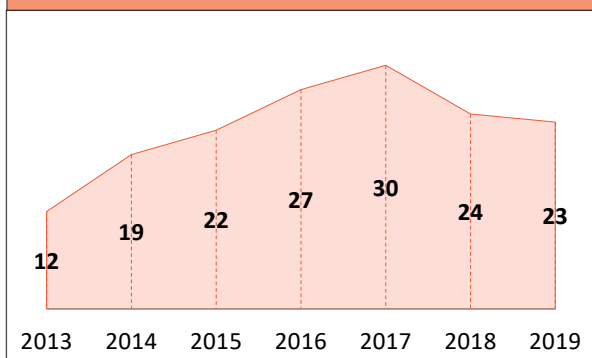
Figur 2. Antal remisser som inkom till stressrehab per år under 2013–2019.



23 grupper i KBT

Under 2019 startade stressrehab 23 KBT-grupper, vilket är en färre än 2018 (Figur 3).

Figur 3. Antal KBT-grupper som stressrehab startade per år under 2013–2019.

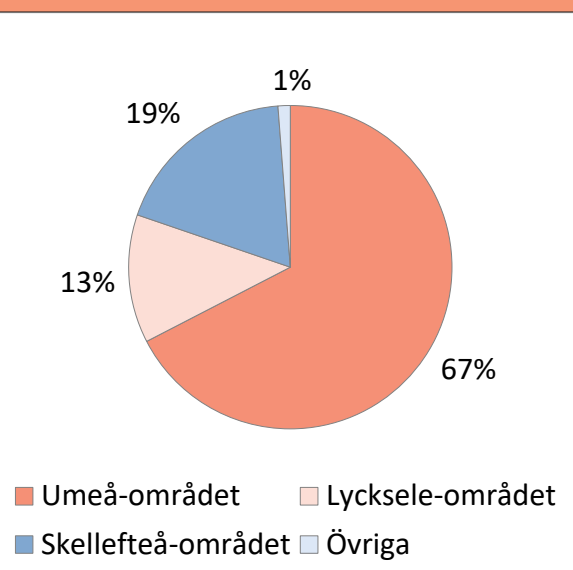


Fler från Skellefteå och inlandet

Region Västerbotten ska ha en nära och tillgänglig vård i hela länet, så därför följer vi den geografiska fördelningen av inkommande remisser (Figur 4).

Vid en jämförelse med 2018 ökade andelen remisser under 2019 från Skellefteå- och Lycksele-områdena med 4 respektive 2 procentenheter. Skellefteå- och Lycksele-områdena stod tillsammans för 32 procent av remisserna under 2019 och 26 procent 2018.

Figur 4. Procentuell fördelning av inkomna remisser från olika delar av Västerbottens län under 2019.



Åren 2015–2018 kom i genomsnitt 25 procent (21–28 procent) av remisserna från Skellefteå- och Lycksele-områdena.

Primärvården remitterar flest

Sett till olika vårdgivare kom flest remisser från primärvården (72 procent) under 2019 och därefter företagshälsovården (15 procent).

Egna vårdbegäranden utgjorde 5 procent av remisserna, vilket är 2 procentenheter färre än 2018.

Hög tillgänglighet

Antalet patienter som bedömdes på stressrehab ökade från 2018 till 2019, från 272 till 371 personer.

Under 2019 fick 70 procent (100 procent 2018) sitt första läkar- eller teambesök inom vårdgarantin. Nästan alla (98 procent) påbörjade MMR inom 60 dagar efter beslutsdatum.

Resultat

Årsrapporten redovisar vad patienternas självskattningsformulär visar innan och efter MMR. Urval är de 233 patienter som avslutade MMR 2018 och var aktuella för uppföljning 2019, ett år efter avslutad MMR. Resultat rapporteras för de patienter som har lämnat in självskattningsformulär vid samtliga tre tillfällen: i samband med bedömning, vid avslutad MMR och ett år efter avslutad MMR. Följande resultat har ett bortfall som varierar från 12 till 20 procent i de olika delarna. Bortfallet beror på att formulären inte har lämnats in eller är ofullständigt besvarade. Resultaten beskrivs i medel- och medianvärden, andel och antal (Tabell 1).

Tabell 1. Demografisk beskrivning av patienterna innan MMR-start (n = 233).	
Demografiska variabler	Fördelning
Medelålder (min–max)	44 (24–64) år
Kön <ul style="list-style-type: none">• Kvinnor• Män	83 % 17 %
Utbildningsnivå <ul style="list-style-type: none">• Högskola/universitet• Eftergymnasial utbildning• Gymnasium• Grundskola	55 % 17 % 26 % 2 %
Civilstånd <ul style="list-style-type: none">• gift/sammanboende• ensamboende/särbo	81 % 19 %
Barn <ul style="list-style-type: none">• Egna barn• Barn som bor hemma	93 % 84 %
Arbetslös på heltid	1 %
Sjukskrivningstyp <ul style="list-style-type: none">• Sjukskriven• Helt sjukskriven• Inte sjukskriven	86 % 36 % 21 %
Sjukperiodens längd (vid sjukskrivning innan MMR-start) <ul style="list-style-type: none">• Medelvärde• Medianvärde (min–max)	11 mån 6,5 (0,5–305 mån)

Hur vi mäter mental hälsa och stress

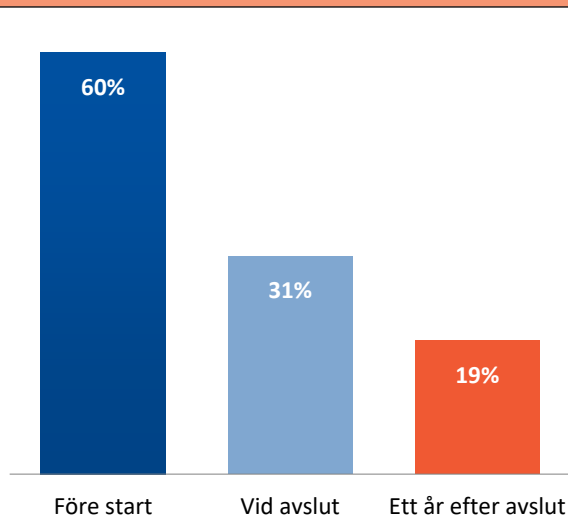
Här anges vilka självskattningsformulär stressrehab använder för att kunna mäta förändringar i mental hälsa och stress i vardagen.

Utmattnings mäts med *Shirom-Melamed Burnout Questionnaire, SMBQ* (1). Ett högre medelvärde motsvarar en högre grad av utmattnings. Ett medelvärde på 4,4 eller högre kan användas som gräns för klinisk utmattnings (2).

Depression och ångest mäts med *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 (3).

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 (4).

Figur 5. Andel patienter som skattade kraftiga eller uttalade minnes- och koncentrationsproblem innan MMR, vid avslutad MMR och 1 år efter avslutad MMR (n = 188).



Mycket bättre mående

Patienterna var avsevärt förbättrade när MMR avslutades och förbättringen kvarstod ett år efter avslutad MMR (Tabell 2).

Medelvärdet för depression och ångest sjönk till normala nivåer. Detsamma gäller medelvärdet för skattat typ A-beteende som förbättrades från vissa typ A-reaktioner till normal nivå. Även medelvärdet för graden av utmattnings förbättrades från höga nivåer till under gränsen för klinisk utmattnings.

Ökat minne och bättre fokus

Problem med minne och koncentration mäts 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 uppgav att de hade kraftiga eller uttalade minnes- och koncentrationsproblem minskade från 60 procent innan MMR till 19 procent ett år efter avslutad MMR (Figur 5).

Tabell 2. Skattad mental hälsa och stress i vardagen (medelvärden) innan MMR, vid avslutad MMR och 1 år efter avslutad MMR (n = 208).

	Gränsvärde (p = poäng)	Före start	Vid avslut	Ett år efter avslut
Utmattnings (SMBQ)	Klinisk utmattnings: ≥ 4,4 p	5,5	4,0	3,7
Depression (HADS)	Normal nivå: 0–7 p	9,3	5,1	4,8
Ångest (HADS)	Normal nivå: 0–7 p	10,7	7,4	6,8
Typ A-beteende (Vardagslivets stress)	Typ A-reaktioner/ beteenden: ≥ 25 p	29,9	16,9	16,7

Sover bättre

Sömnbesvär är vanligt vid utmattnings- och stressproblematik, och stressrehab använder *Insomnia Severity Index, ISI* (5), för att mäta patienternas grad av sömnproblem.

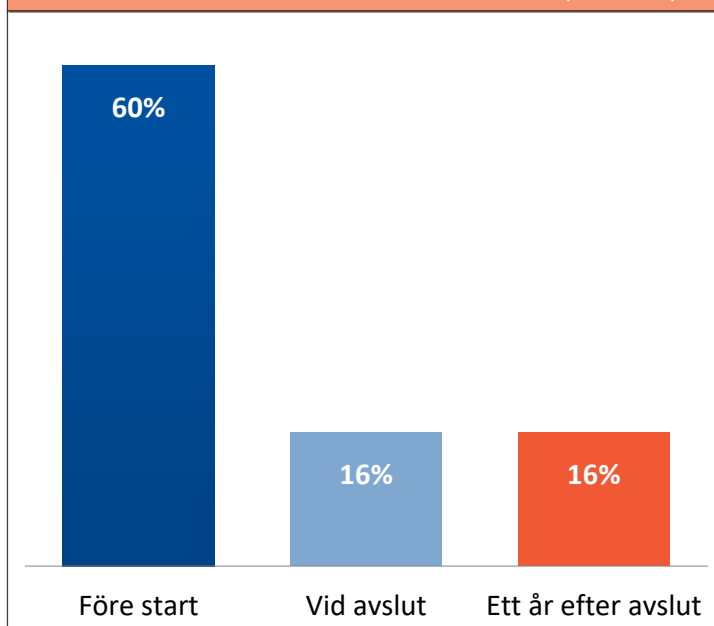
Resultatet visar att andelen patienter som hade medelsvåra till svåra sömnsvårigheter (15–28 poäng enligt ISI) minskade från 60 procent vid bedömningsamtalen till 16 procent ett år efter avslutad MMR (Figur 6).

Rekommenderad fysisk aktivitet

Socialstyrelsens nationella riktlinjer och FYSS (fyss.se) rekommenderar vuxna att vara fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka på en måttlig intensitetsnivå eller minst 75 minuter per vecka med hög intensitet. De rekommendationerna gäller även vid utmattningssyndrom.

Måttlig intensitet innebär ökad puls och andning, och hög intensitet mer markant ökad puls och andning. Aktivitet av måttlig och hög intensitet kan kombineras, och man bör vara fysiskt aktiv minst tio minuter per gång. Det rekommenderas också att den fysiska

Figur 6. Andel patienter med sömnsvårigheter (medel eller svår klinisk insomni) innan MMR, vid avslutad MMR och 1 år efter avslutad MMR (n = 207).



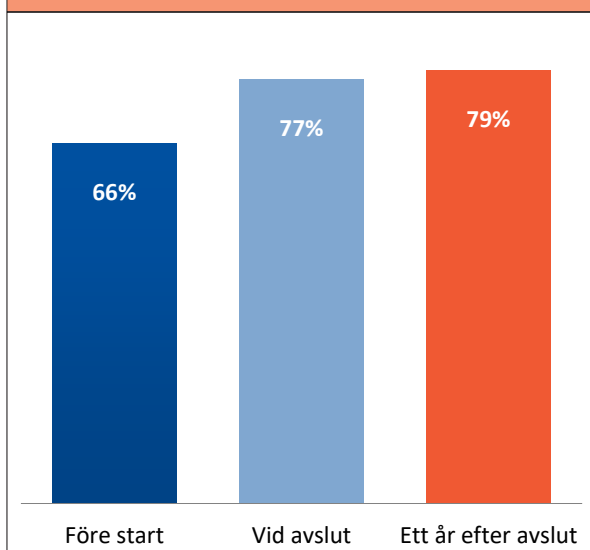
aktiviteten fördelas över flera dagar per vecka och att regelbunden återhämtning planeras in (Figur 7) (6).

Utgångspunkten är individens nivå och dagsform, och vid behov bör man successivt öka tid, antal gånger eller intensitet. Vid väldigt hög fysisk aktivitet och brist på återhämtning kan man också behöva anpassa den fysiska aktiviteten. Ångestbesvär kan till en början öka men mildras genom minskad intensitet.

Figur 7. Rekommendationer fysisk aktivitet. © Fysioterapeuterna. Grafisk form: Rickard Örtegren.



Figur 8. Andel patienter som angav minst 150 aktivitetsminuter/vecka innan MMR, vid avslutad MMR och 1 år efter avslutad MMR (n = 195).



Mer fysiskt aktiva

På stressrehab mäter vi fysisk 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 195 svarande patienter uppnådde 128 patienter (66 procent) rekommendationerna innan MMR startade, 151 personer (77 procent) vid avslutad MMR och 154 personer (79 procent) ett år efter avslutad MMR (Figur 8).

Tabell 3. Andel patienter som var sjukskrivna på heltid, deltid eller inte alls innan MMR, vid avslutad MMR och 1 år efter avslutad MMR (n = 194). De som får aktivitetsstöd, ålders- eller avtalspension ingår inte (3 personer).

Sjukskrivningsgrad	Före start	Vid avslut	Ett år efter avslut
100 %	38 %	7 %	7 %
75 %	13 %	6 %	2 %
50 %	18 %	18 %	7 %
25 %	9 %	11 %	6 %
0 %	21 %	56%	78 %

Färre sjukskrivna

Vid bedömningssamtalen innan MMR startade var 79 procent av 194 patienter sjukskrivna i någon grad på grund av nedsatt arbetsförmåga och 21 procent var inte sjukskrivna alls (Tabell 3). Sjukskrivningen kunde innebära att patienten hade sjukpenning, rehabiliteringsersättning, aktivitetserättning eller sjukersättning på hel- eller deltid.

Ett år efter avslutad MMR var 78 procent inte sjukskrivna alls.

Nöjda patienter

När MMR avslutades ansåg 99 procent att de hade fått ganska mycket eller väldigt mycket hjälp för att må bättre.

Där arbetsrehabilitering var aktuell ansåg 67 procent att de hade fått ganska mycket eller väldigt mycket hjälp för att återgå i arbete eller behålla sin arbetsförmåga.

Tre år efter avslutad MMR

De 1 004 patienter som avslutade sin MMR senast under 2016 har vid årsrapportens sammanställning haft sin sista uppföljning tre år efter avslutad MMR. Av dem har 75 procent registrerade svar om sin sjukskrivning i samband med start, vid avslutad MMR samt ett och tre år efter avslutad MMR.

Ännu färre sjukskrivna

Andel patienter som var sjukskrivna på halvtid eller mer minskade från 80 procent vid bedömningssamtalen till 20 procent tre år efter avslutad MMR (Tabell 4).

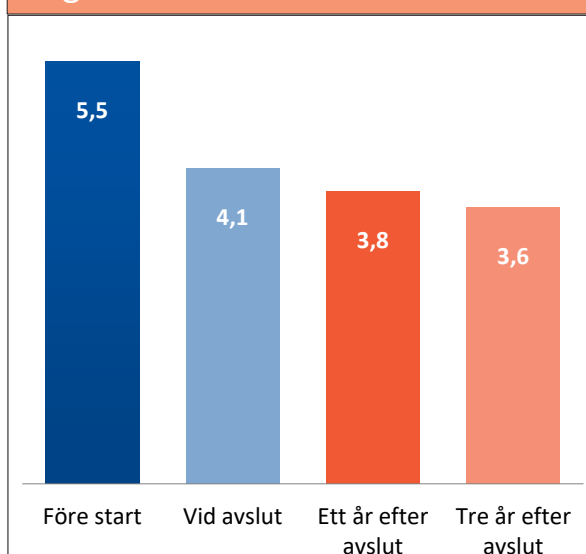
Tabell 4. Andel patienter som var sjukskrivna på heltid, deltid eller inte alls innan MMR, vid avslutad MMR samt 1 och 3 år efter avslutad MMR (n = 667). De som får aktivitetsstöd, ålders- eller avtalspension ingår inte (88 personer).

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 %

Utmattningen fortsätter avta

Utmattning mätt med SMBQ fortsatte att minska även på längre sikt (Figur 9). Tre år efter avslutad MMR låg medelvärdet under den kliniska gränsen för utmattning som är 4,4 poäng.

Figur 9. Skattad utmattning enligt SMBQ (medelvärden) innan MMR, vid avslutad MMR samt 1 år och 3 år efter avslutad MMR (n = 766). Klinisk gräns för utmattning är 4,4.



Digital kognitiv träning

Vid utmattningssyndrom och stressrelaterade tillstånd påverkas ofta minne, koncentration och uppmärksamhet. Forskning visar att de förmågorna kan bli bättre med hjälp av datoriserad kognitiv träning/minnesträning (7).

Det träningsprogram som stressrehab använder sedan 2015 är framtaget för personer med utmattningssyndrom. I programmet tränar patienterna uppgifter som ställer krav på just de förmågor som brukar vara påverkade vid detta tillstånd. De tränar

hemma vid en dator tre gånger i veckan under tolv veckor, totalt 36 pass. Varje träningstillfälle är 20–30 minuter långt.

Träningen ges som ett komplement till den ordinarie behandlingen till de patienter som vid behandlingens avslut fortfarande upplever kognitiva symtom som begränsar dem i vardagen och som önskar vidare stöd i det.

Under 2019 påbörjade 14 personer kognitiv träning.

Forskning – fysisk aktivitet ger effekt

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 konditions-

träning. 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 på minst måttlig intensitetsnivå 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.

Prevention och framtid

Under 2020 har stressrehab deltagit i ett pilotprojekt för att införa *Patientkollen* – en medicinteknisk produkt som används till att bland annat skicka kallelser, information och digitala formulär till patienter.

Framför allt ser vi att *Patientkollen* löser behovet av digitala formulär då nuvarande hantering av pappersformulär som skickas till patienter, innebär betydande manuell arbetsinsats, kostnader och stor frustration över att kompetens och resurser inom vården inte används på bästa sätt.

I *Patientkollen*, som stressrehab börjar använda i skarpt läge i september 2020, kan beräkningar av patientrapporterade skattningar göras per automatik och data som samlas in gör det möjligt att bland annat analysera produktion och behandlingsresultat.

Allt fler möten med patienter och arbetsgivare sker digitalt och under 2020 har stressrehab börjat använda appen *Mottagning Region Västerbotten*

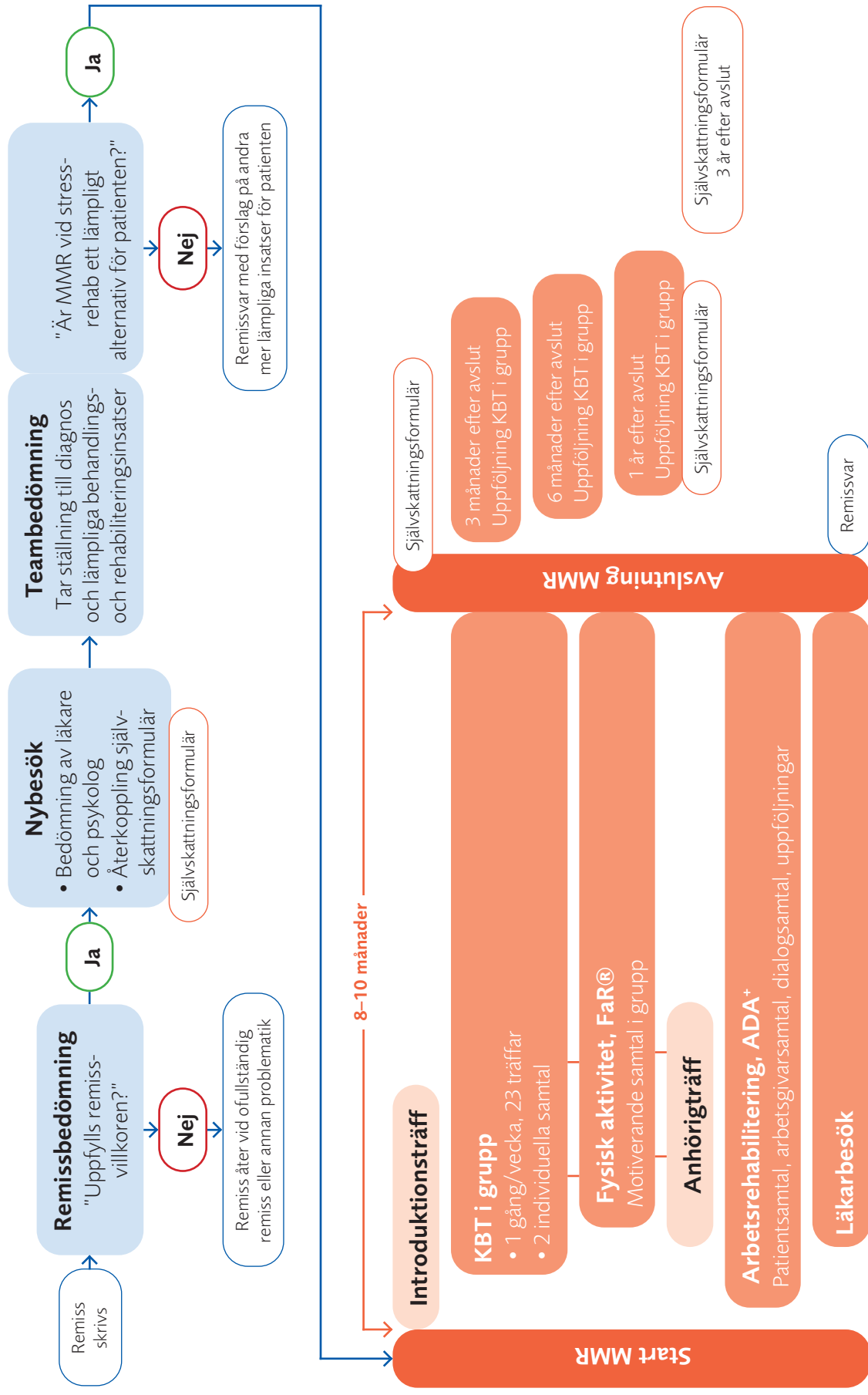
för bokade videobesök på mottagningen. Videobesök via appen kan även nyttjas i kombination med *Stöd och behandling på nätet* (via 1177.se) som under 2020 utvecklas för patienter i behov av extra kognitiv träning.

Stressrehab testar även kognitiv screening på patienter med tydliga kognitiva nedsättningar. Förhoppningen är att det kan vara ett stöd vid upplägg av behandling och rehabilitering för patienten.

En medarbetare hos oss deltar i en nationell grupp vars uppgift är att se över och revidera riktlinjer vid utmattningssyndrom.

Under 2019 har utbildningar genomförts i metodstöden *Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång*, *ADA+*, och *Arbetsplatsdialog för arbetsgivare*, *AD-A*. *ADA+* riktar sig till sjukvård och företagshälsa för hjälp med arbetsåtergång medan *AD-A* vänder sig till arbetsgivare vid medarbetares ohälsa och sjukfrånvaro.

Flöde stressrehabiliteringen 2019



FaR® = Fysisk aktivitet på recept

Referenser

1. Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. *Behav Med*. 1992 Summer;18(2):53-60.
2. Lundgren-Nilsson Å, Jonsdottir IH, Pallant J, Ahlberg 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.
3. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361-70.
4. 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.
5. 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.
6. Fysioterapeuterna. 2017. Kunskapsstöd. Fysisk aktivitet – din väg till bättre psykisk hälsa. <https://www.fysioterapeuterna.se/levnadsvanor>
7. Gavelin HM, Boraxbekk CJ, Stenlund T, Järholm 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 Järholm, 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 Järholm 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 Järholm, 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

Bilaga 1

Vetenskapliga publikationer baserade på klinisk patientnära forskning vid stressrehabiliteringen på Norrlands universitetssjukhus i Umeå.

1. Eskilsson, T., Fjellman-Wiklund, A., Ek Malmer, E., Malmberg Gavelin, H., Stigsdotter Neely, A., Boraxbekk, C.J., Slunga Järholm, 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.
2. Malmberg Gavelin H, Eskilsson T, Boraxbekk CJ, Josefsson M, Stigsdotter Neely A, Slunga Järholm 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.

3. Gavelin HM, Neely AS, Andersson M, Eskilsson T, Slunga Järholm 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.psychresns.2017.08.008.
4. Eskilsson T, Slunga Järholm 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.
5. Gavelin HM, Boraxbekk CJ, Stenlund T, Järholm 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.
6. Sonntag-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.
7. Norlund S, Reuterwall C, Höög J, Janlert U, Slunga Järholm 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.
8. Sonntag-Öström, E, Nordin M, Dolling A, Lundell Y, Nilsson L, Järholm 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.
9. Sonntag-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.
10. 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.
11. Stenlund T, Nordin M, Järholm 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.
12. Sonntag-Öström E, Nordin M, Järholm 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.

Stressrehabiliteringens årsrapport för 2019
Patientverksamhet
Umeå juni 2020

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

Medverkande: Therese Eskilsson (forskning, fysisk
aktivitet, arbetsrehabilitering, referenser, bilaga 1), Ingela
Aronsson (kognitiv träning), Ulla Hjalmarsson (statistik),

Katarina Steinholtz (avdelningschef), Maria Hofverberg
och Ulrica Radsjö (KBT i grupp), Evamarie Pesonen
(grafisk design, text).

Katarina Steinholtz, avdelningschef
katarina.steinholtz@regionvasterbotten.se
090-785 33 73

Annika Nordin Johansson, verksamhetschef
annika.nordin.johansson@regionvasterbotten.se
090-785 70 72