

Stressrehabilitering
Region Västerbotten

Årsrapport 2023

Stressrehabilitering



Innehåll

Sammanfattning	4
Stressrehab's uppdrag	4
Bakgrund	4
Remissinflöde och vårdgaranti	4
Resultat	4
Patientverksamhet	5
Bedömning	5
Multimodal rehabilitering	5
KBT i grupp	5
Läkarbesök	5
Arbetsrehabilitering	6
Fysisk aktivitet	6
Närståendeträff	6
Uppföljning	6
Rehabilitering på distans för ökad tillgänglighet	7
Remissinflödet som tidigare nivå	7
19 grupper i KBT	7
Primärvården remitterar flest	8
Hög tillgänglighet	8
Patientresultat 2023	9
Minskad sjukskrivningsgrad innan MMR	9
Självskattningsformulär som används	10
Mental hälsa förbättras	10
Färre har svåra minnes- och koncentrationsproblem	11
Svåra sömnbesvär minskar	11
Många uppnår fysisk aktivitet enligt rekommendationer	12
Färre sjukskrivna	12
Nöjda patienter	12
Patientresultat tre år efter avslutad MMR	13
Utmattningen fortsätter att avta	13
Ännu färre sjukskrivna	14
Prognos på längre sikt	14
Rehabilitering vid kognitiv nedsättning	14
Kognitiv screening för övergripande förståelse	15
Kognitiv träning förbättrar förmågor	15
Utveckling och forskning	15
Boken Utmattningssyndrom	15
Rehabilitering på distans ett behandlingsalternativ	15
Fortsatt pilotenhet för digitala verktyg	15

Patientnära forskning för utveckling av vården	16
Utbildning och samverkan	16
Samverkan nödvändig för effektivare vård	16
Breda utbildningsinsatser under året	16
Framåtspaning	17
Distansbaserat rehabiliteringsalternativ viktigt	17
Stressrehab på sociala medier	17
Sjukskrivningar ökar i samhället	17
Referenser	18
Bilagor	19
Bilaga 1	19
Bilaga 2	23

Sammanfattning

Välkommen till Stressrehabilitering Västerbottens årsrapport för 2023! Rapporten vänder sig till dig som vill veta mer om vår kliniska verksamhet – vilka patienter vi rehabiliterar och vilka resultat vi ser.

Stressrehab's uppdrag

Att bedöma, behandla och rehabilitera personer med utmattningssyndrom för att återställa bästa möjliga hälsa, funktion och arbetsförmåga.

Bakgrund

Stressrehabilitering Västerbotten, Stressrehab, startade 2002 som ett forskningsprojekt och är sedan 2010 en avdelning inom universitetssjukvårdsenheten Arbets- och beteendemedicinskt centrum vid Norrlands universitetssjukhus (Nus). Stressrehab är en specialistenhet, en resurs för primärvård, företagshälsovård och sjukhusvård och har mottagningar i Umeå och Skellefteå. Till och med 2023 har 5 350 patienter bedömts och drygt 3 000 patienter fullföljt rehabilitering.

På Stressrehab arbetar avdelningschef, läkare, psykologer, psykoterapeuter, sjukgymnaster/ fysioterapeuter, rehabkoordinatorer, medicinska sekreterare och verksamhetsutvecklare. Rehabiliteringen är multimodal¹ och pågår åtta till tio månader. Patienterna följs från bedömningssamtal, innan start av multimodal rehabilitering (MMR), till tre år efter avslutad MMR.

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

Remissinflöde och vårdgaranti

Remissinflödet (inklusive egen vårdbegäran) till Stressrehab minskade under pandemiåren 2020 till och med 2022 jämfört med senaste åren. Under 2023 var remissinflödet på liknande nivå. Nästan alla patienter (99%) fick sitt första bedömningsbesök hos läkare eller psykolog inom vårdgarantin och samtliga påbörjade MMR inom 60 dagar efter beslutsdatum.

Resultat

Urvalet som presenteras i resultatet är de patienter som har avslutat MMR 2022 och följts upp 2023. Självskattningsformulär som patienterna har besvarat visar att de mår avsevärt bättre ett år efter avslutad MMR. De rapporterar lägre grad av utmattning, ångest, depression, trötthet och stressbeteende, och färre rapporterar svåra problem med minne, koncentration och sömn. Nästan alla (97 procent) uppger att de har fått ganska mycket eller väldigt mycket hjälp för att må bättre, och 93 procent är nöjda med delaktigheten i rehabiliteringen. På frågan " Hur värderar du som helhet den rehabilitering du har fått på Stressrehab?" svarade 94 procent Utmärkt eller Mycket bra.

I denna rapport redovisas även resultat för de patienter som har hunnit följas upp tre år efter avslutad MMR. Den sammanställningen visar att sjukskrivningar fortsätter att minska och att patienternas utmattning avtar också på längre sikt.

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

Patientverksamhet

Bedömning

Till Stressrehab kommer patienten efter remiss från läkare, annan vårdpersonal eller via egen vårdbegäran. Om remissvillkoren³ uppfylls erbjuds patienten två bedömningssamtal – ett hos läkare och ett hos psykolog. Därefter görs en teambedömning kring lämpliga behandlings-/rehabiliteringsinsatser utifrån aktuell problematik. MMR kan då vara ett alternativ eller så bedöms insatser utanför Stressrehab som mer ändamålsenligt för patienten.

Multimodal rehabilitering

Stressrehab har ett teambaserat arbetssätt där teamen planerar och samordnar olika åtgärder för att uppnå de mål som har definierats tillsammans med patienten. Behandlingsteamet består av läkare, psykolog, gruppbehandlare (psykolog eller psykoterapeut), sjukgymnast/fysioterapeut och rehabkoordinator.

Stressrehabs MMR innehåller kognitiv beteendeterapi (KBT) i grupp, arbetsrehabilitering, stöd i fysisk aktivitet, läkarbesök och närståendeträff (Figur 1). MMR startar med ett introduktionsprogram på 1177 Stöd och behandling och pågår därefter åtta till tio månader. Se översiktlig bild [bilaga 2](#).

KBT i grupp

KBT-gruppen har vanligen åtta deltagare och en gruppbehandlare. KBT-gruppen ses vid 23 träffar à tre timmar per vecka, dessutom ingår två individuella samtal per patient. I gruppen får deltagarna kunskap och ökad medvetenhet i att se samband mellan egna tankar, känslor, kroppsreaktioner och beteenden.

En viktig del i behandlingen är acceptans av de begränsningar utmattningen medför och att bli medveten om egna tankar, känslor och beteenden. Detta för att kunna genomföra 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
- rutiner och struktur
- sömn
- motivation
- självmedkänsla
- olika stressbeteenden
- affekter och deras regleringssystem.

Hemuppgifter följs upp under gruppträffar. Efter avslutad MMR träffas KBT-gruppen för uppföljning efter tre, sex och tolv månader.

Läkarbesök

Alla patienter erbjuds återbesök till läkare i början och i slutet av behandlingsperioden. Ytterligare återbesök planeras utifrån individens behov. Vid läkarbesöken sker uppföljning av aktuellt mående, hur KBT-behandlingen fortlöper och i förekommande fall uppföljning av läkemedelsbehandling och bedömning avseende

³ För information om vad en remiss till Stressrehab bör innehålla, se regionvasterbotten.se under För vårdgivare, Behandlingsstöd och riktlinjer, remittentinformation och Stressrehabilitering. [Länk](#)

behov av sjukskrivning. Läkarbesöken kan även innehålla andra medicinska bedömningar och ställningstaganden till åtgärder utifrån individens 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, anpassa arbetet och planera för att utöka arbetstiden eller återgå till jobbet. 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 KBT-gruppen vid tre tillfällen. Då ges information, och diskussion initieras om tankar, känslor och

beteenden vid fysisk aktivitet. Deltagarna får även stöd i att sätta individuella mål 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.



Deltagarnas FaR© följs regelbundet upp i KBT-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.

Figur 2. Rekommendationer fysisk aktivitet. ⁴

Närståendeträff

Utmattningsyndrom är ett tillstånd som påverkar familj och närstående. Därför bjuds närstående in till en träff för att få information om Stressrehab multimodala rehabilitering, kunskap om utmattningsyndrom samt ges möjlighet till frågor. Under 2023 deltog 116 personer på Stressrehab närståendeträffar (antal nya patienter i gruppbehandling 2023 var 150).

Uppföljning

För att kunna följa patienternas nivåer av utmattning, ångest/depression, typ A-beteende och minne/koncentration besvarar varje patient självskattningsformulär i samband med bedömningssamtal hos läkare och psykolog. Formulären innefattar också 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 också i samband med att MMR avslutas samt ett och tre år efter avslutad MMR.

⁴ Grafisk form: Rickard Örtegren, Fysioterapeuterna

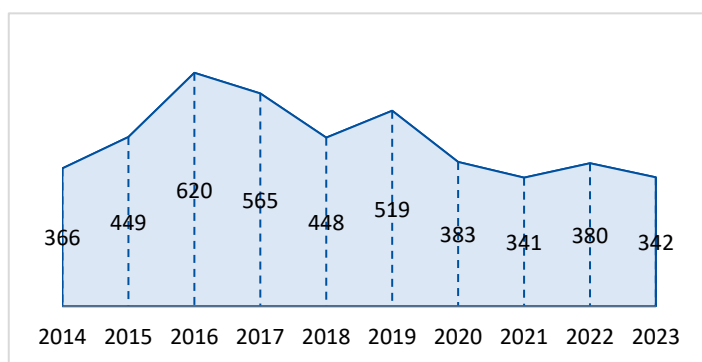
Rehabilitering på distans för ökad tillgänglighet

Stressrehab erbjuder också patienter, enskilda besök via video eller telefon och sedan maj 2023 också en distansbaserad digital multimodal rehabilitering med samma behandlingsinnehåll som vid rehabilitering på gemensam fysisk plats. Dessutom används ett skräddarsytt program på den digitala plattformen Stöd och behandling som ett kompletterande stöd för patienten i sin rehabilitering.

2023 var 14 procent av alla patientbesök på Stressrehab digitala. (jämför med 2022 16 procent). Sex patienter startade med distansbaserad MMR under uppstartsåret 2023. Fram till augusti 2024 har 25 patienter startat distansrehabiliteringen.

Remissinflödet som tidigare nivå

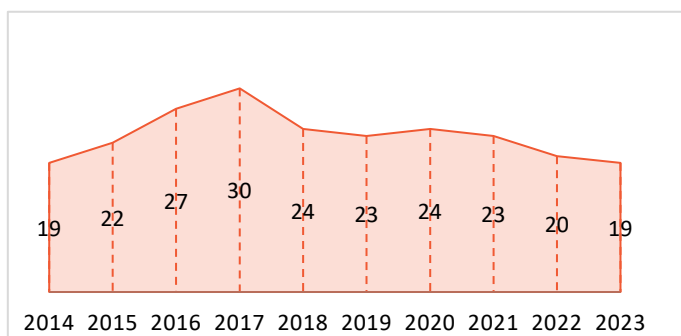
Remissinflödet (inklusive egen vårdbegäran) till Stressrehab minskade under pandemiåren 2020 till och med 2022 jämfört med senaste åren (Figur 3). Under 2023 har remissinflödet varit på liknande nivå med 342 inkomna remisser.



Figur 3. Antal inkommande remisser till Stressrehab per år.

19 grupper i KBT

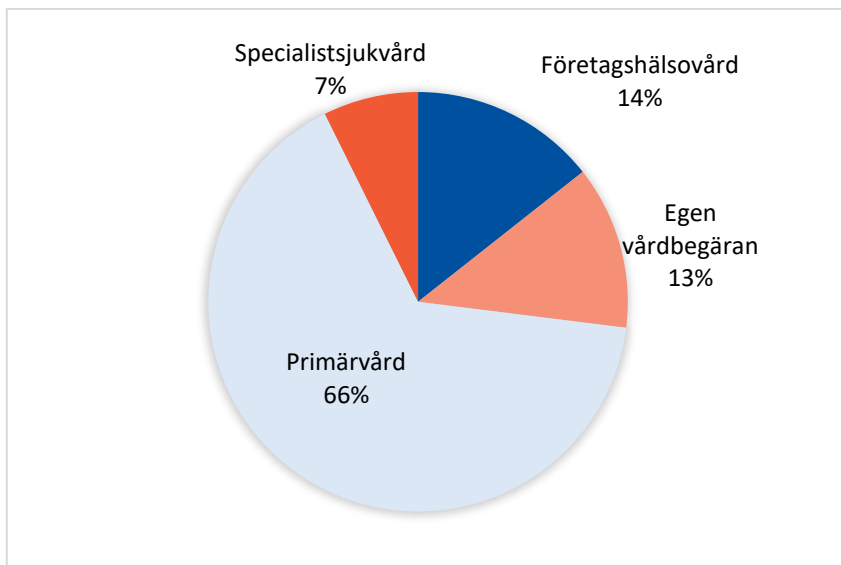
Under 2023 startade Stressrehab 19 KBT-grupper med totalt 150 patienter (Figur 4).



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

Primärvården remitterar flest

Flest remisser kommer från primärvården (Figur 5). De förändringar som kan ses jämfört med 2022 är att andel remisser från primärvården har minskat något från 77 procent till 66 procent och andel remisser från företagshälsovård har ökat från 7 till 14 procent.



Figur 5. Fördelning av remissinstanser till Stressrehab 2023.

Hög tillgänglighet

Under 2023 fick nästan alla patienter (99%) sitt första bedömningsbesök hos läkare eller psykolog inom vårdgarantin och samtliga påbörjade MMR inom 60 dagar efter beslutsdatum.

Patientresultat 2023

Årsrapportens resultatdel baseras på uppgifter från självskattningsformulär som patienten besvarar innan och efter MMR. Urval är de 113 patienter som avslutade MMR⁵ 2022 och var aktuella för uppföljning ett år efter avslut under 2023. Resultat rapporteras för de patienter som lämnade in självskattningsformulär i samband med bedömning, vid avslutad MMR och ett år efter avslutad MMR.

Minskad sjukskrivningsgrad innan MMR

Den demografiska beskrivningen (Tabell 1) har sett liknande ut år från år de senaste tio åren. De senaste två åren noteras att en mindre andel patienter har barn som bor hemma (70 procent jämfört med 2020: 84 procent). Patienternas sjukskrivningsgrad⁶ innan MMR startar har ökat något jämfört med de patienter som presenterades i årsrapport 2022 men sett över längre tid har sjukskrivningsgraden minskat. I urvalet till denna rapport är 34 procent inte sjukskrivna alls och 27 procent helt sjukskrivna vid MMR-start. Det kan jämföras med medelvärden från Stressrehab's årsrapporter för 2012–2019 där 16 procent inte var sjukskrivna och 48 procent helt sjukskrivna.

Demografiska variabler	
Medelålder	45 år
Administrativt kön	
• Kvinnor	81 %
• Män	19 %
Högsta utbildningsnivå	
• Högskola/universitet	65 %
• Eftergymnasial utbildning	13 %
• Gymnasium	20 %
• Grundskola	2 %
Civilstånd	
• Gift/sambo	79 %
• Ensamboende/särbo	21 %
Barn	
• Egna barn	81 %
• Barn som bor hemma	70 %
Sjukskrivningsgrad (beviljad ersättning från Försäkringskassan)	
• Sjukskriven	66 %
» Helt sjukskriven	19 %
• Inte sjukskriven	34 %
Sjukperiodens längd, andel sjukskrivna	
• 3 månader eller kortare tid	31 %
• 6 månader eller kortare tid	56 %
• 12 månader eller kortare tid	86 %

Källa: från självskattningsformulär inför bedömningssamtalet

⁵ "Avslutade MMR" definieras som avslutade samtal med gruppbehandlare.

⁶ Sjukskrivningsgrad avser självrapporterad beviljad ersättning från Försäkringskassan på grund av sjukdom

Självskattningsformulär som används

Stressrehab använder självskattningsformulär för att följa patientens mentala 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

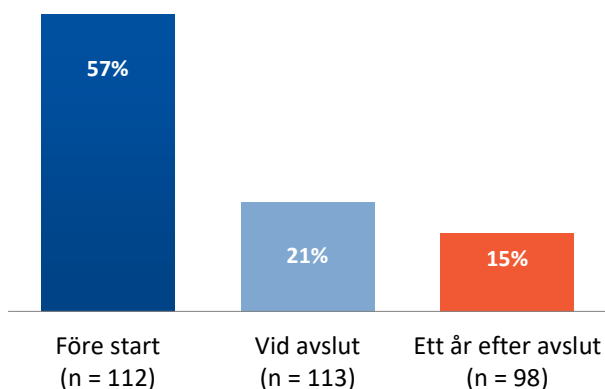
Patienterna är avsevärt förbättrade i sin mentala hälsa när MMR avslutas och förbättringen kvarstår ett år efter avslutad MMR. Medelvärdet för grad av utmattning förbättras från höga nivåer till under gränsen för klinisk utmattning. Medelvärdet för depression sjunker till normala nivåer och medelvärdet för ångest sjunker till just över normal nivå. Medelvärdet för skattat typ A-beteende förbättras från vissa typ A-reaktioner/beteenden till normal nivå. (Tabell 2).

	Gränsvärde (p = poäng)	Före start (n=138)	Vid avslut (n=140)	Ett år efter avslut (n=128)
Utmattning (SMBQ)	Klinisk utmattning: ≥ 4,4 p	5,4	4,0	3,7
Depression (HADS)	Normal nivå: 0–7 p	8,6	5,2	4,4
Ångest (HADS)	Normal nivå: 0–7 p	11,4	7,9	6,9
Typ A-beteende (Vardagslivets stress)	Vissa typ A-reakt- ioner: 25–35 p	31,0	19,2	18,1

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 57 procent innan MMR till 21 procent vid avslutad MMR och till 15 procent ett år efter avslutad MMR (Figur 6).

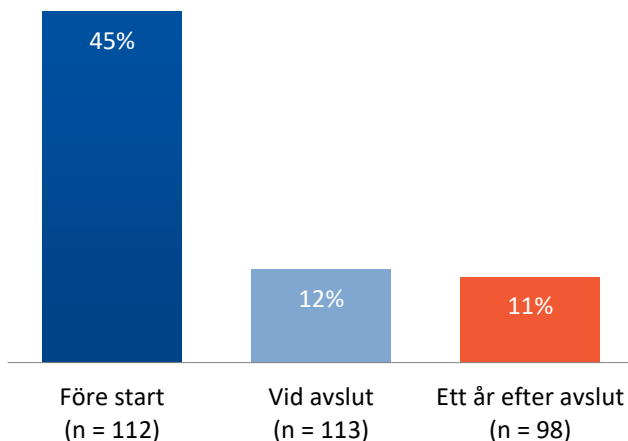
Figur 6. Andel patienter som skattar kraftiga eller uttalade minnes- och koncentrationsproblem innan MMR, vid avslutad MMR och 1 år efter avslutad MMR



Svåra sömnbesvär minskar

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 45 procent vid bedömningssamtalet till 12 procent vid avslutad MMR och till 11 procent ett år efter avslutad MMR (Figur 7).

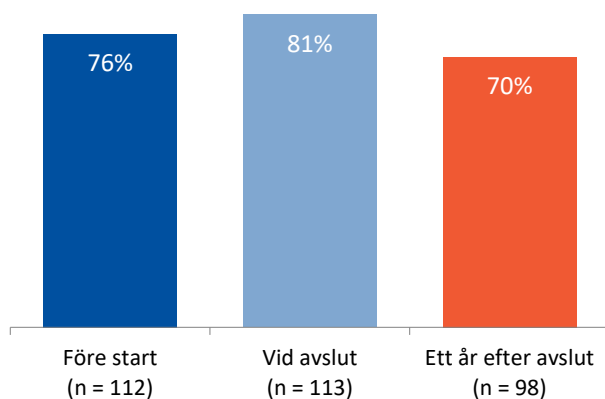
Figur 7. Andel patienter med sömnsvårigheter (medel eller svår klinisk insomni) innan MMR, vid avslutad MMR och 1 år efter avslutad MMR



Många uppnår fysiskt aktivitet enligt rekommendationer

Stressrehab följer patientens fysiska aktivitetsnivå med hjälp av Socialstyrelsens två validerade indikatorfrågor för fysisk aktivitet, där aktivitet av måttlig och hög intensitet räknas samman till aktivitetsminuter. Rekommendationen är minst 150 aktivitetsminuter per vecka. Resultatet visar att 76 procent uppnådde rekommendationerna innan MMR startade, 81 procent vid avslutad MMR och 70 procent ett år efter avslutad MMR (Figur 8).

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



Färre sjukskrivna

Vid bedömningssamtalet innan MMR startar är 56 procent sjukskrivna 50 procent eller mer varav 20 procent är heltidssjukskrivna. Vid avslutad MMR är 33 procent sjukskrivna 50 procent eller mer varav endast 3 procent är heltidssjukskrivna. Ett år efter avslut är enbart 13 procent sjukskrivna 50 procent eller mer och 2 procent är heltidssjukskrivna. (Tabell 3).

Tabell 3: Andel patienter som är sjukskrivna med beviljad ersättning från Försäkringskassan på heltid, deltid eller inte alls innan MMR, vid avslutad MMR och 1 år efter avslutad MMR.

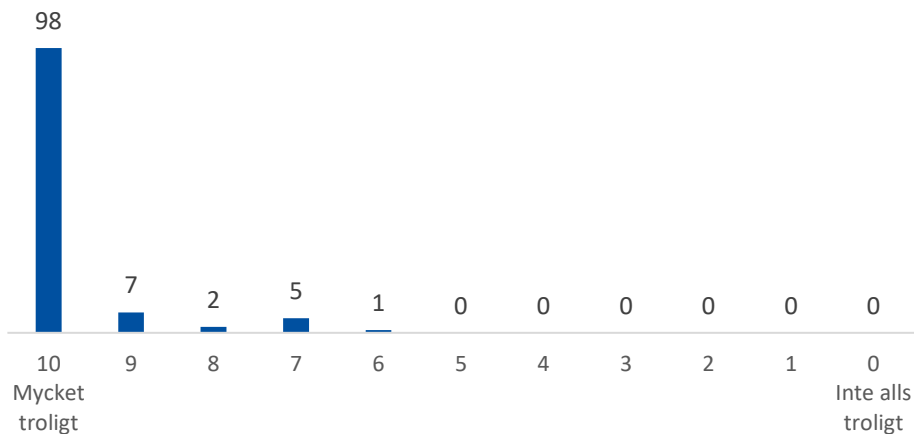
Sjukskrivnings-grad	Före start (n=111)	Vid avslut (n=113)	Ett år efter avslut (n=98)
100%	20%	3%	2%
75%	13%	4%	3%
50%	23%	26%	8%
25%	9%	27%	8%
0%	36%	41%	79%

Nöjda patienter

När MMR avslutades uppgav 97 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 93 procent Ja, 7 procent Delvis och ingen patient svarade Nej. Där arbetsrehabilitering var aktuell ansåg 80 procent att de hade fått ganska mycket eller väldigt mycket hjälp för att planera arbetsåtergång eller ökning av arbetsinsats. På frågan ” Hur värderar du som helhet den rehabilitering du har fått på Stressrehab?” svarade 94 procent Utmärkt eller Mycket bra.

På skattning "Hur troligt är det att du skulle rekommendera Stressrehabiliteringens behandlingsprogram till en vän eller kollega" så svarade 87 procent toppresultatet 10, det vill säga "Mycket troligt" (figur 9)

Figur 9. Hur troligt är det att du skulle rekommendera Stressrehabiliteringens behandlingsprogram till en vän eller kollega?

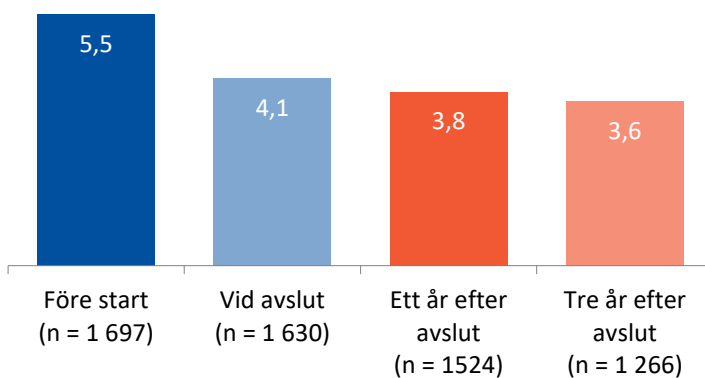


Patientresultat tre år efter avslutad MMR

Utmattningen fortsätter att avta

Totalt har 1697 påbörjat gruppbehandling under åren 2007 till 2019. Dessa har tidsmässigt haft möjlighet att delta i samtliga uppföljningar upp till tre år efter avslutad MMR. Ungefär 96 procent av de som påbörjade under dessa år har svarat vid uppföljning vid avslut, 89 procent ett år efter avslut och 75 procent av patienterna har svarat vid uppföljningen tre år efter avslut. Utmattningsgrad, mätt med SMBQ, har fortsatt att minska också på längre sikt. Tre år efter avslutad MMR ligger medelvärdet under klinisk gräns för utmattning (Figur 10).

Figur 10. Skattad utmattning enligt SMBQ (medelvärden) innan MMR, vid avslutad MMR samt 1 år och 3 år efter avslutad MMR. Kliniks gräns för utmattning är 4,4.



Ännu färre sjukskrivna

Resultaten visar att andelen patienter som är sjukskrivna minskar från 87 procent vid bedömningssamtalen till 14 procent tre år efter avslutad MMR (Tabell 4).

Tabell 4: Andel patienter som är sjukskrivna med beviljad ersättning från Försäkringskassan på heltid, deltid eller inte alls innan MMR, vid avslutad MMR samt 1 år och 3 år efter avslutad MMR. De som har ålders- eller avtalspension ingår inte (86 styck varav 66 vid uppföljningen tre år efter avslut)

Sjukskrivningsgrad	Före start (n=1696)	Vid avslut (n=1650)	Ett år efter avslut (n=1542)	Tre år efter avslut (n=1201)
100%	43%	16%	8%	6%
75%	11%	9%	2%	1%
50%	19%	19%	8%	4%
25%	6%	15%	7%	3%
0%	22%	41%	75%	86%

Prognos på längre sikt

För att undersöka prognosen på längre sikt för patienter med utmattningssyndrom har Stressrehab följt upp patienter tio år efter avslutad MMR. Totalt har 258 personer som deltog i MMR 2006–2010 tillfrågats. Av dem har 107 patienter (91 kvinnor och 16 män) besvarat frågeformulär om sin hälsa och arbetssituation, och 17 patienter, bland dem som fortfarande skattade klinisk nivå av utmattning, har intervjuats.

Resultatet visade på att patienternas mentala hälsa fortsatt är stabil efter 10 år. Separata analyser bland de som var i arbete (89 personer) hade en stor andel (73 procent) bytt arbetsplats, cirka 30 procent hade minskat sin arbetstid, 20 procent rapporterade måttliga-svåra sömnsvårigheter och 28 procent skattade över gränsen för klinisk utmattning. Sammanfattningsvis rapporterar en stor andel av de som är i arbete fortsatta besvär tio år efter avslutad MMR. Prevention och tidiga insatser i form av anpassningar och åtgärder på arbetsplatsen är av betydelse för ett hållbart arbetsliv.

I en annan långtidsstudie har 38 personer intervjuats 6–10 år efter att de genomgått behandling vid Stressrehab för att ta del av deras upplevelser av återhämtningsprocessen (13). Återhämtningsprocessen beskrevs som lång och att bakslag var vanliga. Återhämtande aktiviteter var viktiga under hela processen. I början av processen, eller under perioder då de mådde sämre, behövde deltagarna mycket återhämtning med främst lugna aktiviteter med låg ansträngning. Senare blev återhämtning en av flera viktiga saker i vardagen, där även mer aktiva aktiviteter som träning eller hobbies kunde ge återhämtning. Många deltagare berättade att de fortfarande var påverkade av utmattningen, till exempel genom ökad stresskänslighet och kognitiv påverkan. Att förstå sitt eget fungerande och hitta acceptans för att de inte fungerade som tidigare var hjälpsamt för att må bra trots detta. De flesta deltagarna beskrev att de hade ett liv som fungerade väl om de tog hand om sig själva.

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 ingår i behandlingen. Vid behov kan Stressrehab också erbjuda insatser med kognitiv screening och kognitiv träning på nätet.

Kognitiv screening för övergripande förståelse

Sedan 2020 erbjuds kognitiv screening till patienter med svårare kognitiva nedsättningar. Screeningen ger 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. Utöver resultaten i sig kan screeningen leda till att patient, arbetsgivare och remittent får konkreta rekommendationer utifrån kognitiv ergonomi vid exempelvis anpassningar i arbetet. Under 2023 genomfördes kognitiv screening på 27 patienter. Totalt fram till augusti 2024 har cirka 130 patienter genomgått screeningen.

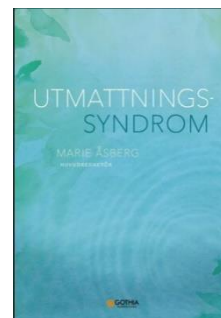
Kognitiv träning förbättrar förmågor

Forskning visar att de kognitiva förmågorna kan förbättras med hjälp av digital kognitiv träning (7). Stressrehab använder sedan 2015 ett digitalt träningsprogram som är framtaget för personer med utmattningssyndrom. Träningsprogrammet består av uppgifter som ställer krav på de förmågor som brukar vara påverkade vid utmattningssyndrom. Träningen sker hemma vid en dator tre gånger per vecka i tolv veckor. Den specifika kognitiva träningen är ett komplement till ordinarie behandling för en del patienter som vid behandlingens avslut fortfarande upplever mer omfattande kognitiva symtom som ger begränsningar i vardagen. Uppföljningen av den kognitiva träningen sker sedan 2020 via ett egenutvecklat stödprogram på 1177.se (Kognitiv träning via Stöd och behandling).

Utveckling och forskning

Boken Utmattningssyndrom

Medarbetare inom Stressrehab har varit delaktiga i framtagandet av den nya boken Utmattningssyndrom⁷, där 13 svenska experter delar med sig av sin samlade kunskap. Boken är den första och hittills enda övergripande sammanställningen av forskningsresultat och kliniska erfarenheter sedan diagnosen definierades i Sverige 2003.



Rehabilitering på distans ett behandlingsalternativ

Stressrehab har sedan 2022 utvecklat en distansbaserad mulimodal rehabilitering. Rehabilitering på distans har samma innehåll och kontaktillfällen med vården som rehabilitering på plats med exempelvis KBT i grupp, arbetsrehabilitering, återbesök och uppföljningar enskilt och i grupp. Som kompletterande stöd har dessutom program på den digitala plattformen Stöd och behandling utvecklats.

Sedan maj 2023 är rehabilitering på distans ett möjligt behandlingsalternativ för patienten. Fler patienter i Region Västerbotten, i norra sjukvårdsregionen och också i andra delar av Sverige ges därmed möjlighet att ta del av stressrehabilitering.

Fortsatt pilotenhet för digitala verktyg

Sedan 2020 är Stressrehab pilotenhet för Patientkollen och har tillsammans med leverantör utvecklat detta system till ett ändamålsenligt verktyg för Stressrehab patienter och verksamhet. Patientkollen är ett personcentrerat administrativt system där patient får digitala kallelser och formulär samt kan följa sitt eget vårdförlopp och kommunicera med vårdgivare. Verksamheten kan samtidigt följa

⁷ Boken Utmattning finns att beställa från [Förlaget Gothia kompetens](#)

såväl patientens MMR-förlopp som patientens medicinska resultat med stöd av ett inbyggt kvalitetsregister.

Stressrehab är också pilotenhet för Mindmore - ett digitalt verktyg för kognitiv screening. Mindmores digitala tester ingår i den enklare kognitiva bedömning som kan erbjudas till patienter med kognitiva nedsättningar. Det digitala formatet möjliggör även distanstestning för ökad tillgänglighet.

Patientnära forskning för utveckling av vården

Sedan 2007 har 22 vetenskapliga publikationer publicerats som är baserade på klinisk patientnära forskning vid Stressrehab, [bilaga 1](#).

Under 2023 – 2024, pågår ett forskningsprojekt för att utveckla hur digital kognitiv screening kan användas i Stressrehab verksamhet, både på klinik och genom distanstestning. Ett annat projekt under 2024 syftar till att undersöka mätmetoder för bedömning och utvärdering av fysisk aktivitet och fysisk kapacitet. Fysisk aktivitet är en viktig del av behandling vid utmattning.

Utbildning och samverkan

Samverkan nödvändig för effektivare vård

Behovet att samverka och samarbeta med både primärvård och psykiatri är stort utifrån våra gemensamma patienter. Kontakt med primärvården har initierats för att initialt försöka kartlägga vilka behandlingsinsatser som är möjliga för patienter med utmattningssyndrom. Behov finns för fortsatt dialog kring samverkan för patientgruppen

Ett utbyte med neuropsykiatriska mottagningen Nus har skett med kunskapsöverföring samt att psykolog från Stressrehab har deltagit i deras patient- och närståendebildning Pegasus.

Breda utbildningsinsatser under året

Stressrehab bedriver utåtriktad verksamhet i norra sjukvårdsregionen i form av föreläsningar, utbildningar, seminarier och konferenser. De riktar sig till bland annat vårdens aktörer, forskare, chefer och HR, studenter och till chefer och medarbetare på arbetsplatser samt en bred allmänhet.

Under 2023 genomfördes informationsinsatser om Stressrehab till bland annat läkare, psykologer och rehabkoordinatorer på hälsocentraler och till psykosociala team. Utbildning inom arbetsförmåga, arbetsrehabilitering och rehabilitering vid psykisk ohälsa genomfördes för fysioterapi – samt psykologstudenter. Utbildning i kognitiv funktion i arbetslivet genomfördes inom NorBet⁸ för HR, chefer och andra intresserade. Stressrehab medverkade även med flera programpunkter under Psykeveckan. Vid den neuropsykiatriska mottagningen bidrog Stressrehab i patient – och närståendebildningar ett flertal tillfällen. Föreläsning om stress och återhämtning för 70 deltagare på Statens lantbruksuniversitet genomfördes också.

Under året arrangerade även Stressrehab en nationell konferens för vårdpersonal som möter personer med utmattningssyndrom och stressrelaterad ohälsa. Ungefär 250 personer från hela landet deltog.

Totalt deltog närmare 800 personer på Stressrehab's olika utbildningsinsatser under 2023.

⁸ [NorBet](#) - Arbetsmedicin Norr Beteendevetenskap

Framåtspaning

Distansbaserat rehabiliteringsalternativ viktigt

Fram till augusti 2024 har 25 patienter startat distansbaserad MMR som Stressrehab erbjuder. Vi ser det viktigt att fortsätta utvecklingen av distansbaserad mulimodala rehabilitering som behandlingsalternativ för att möta efterfrågan och möjliggöra rehabilitering för fler.

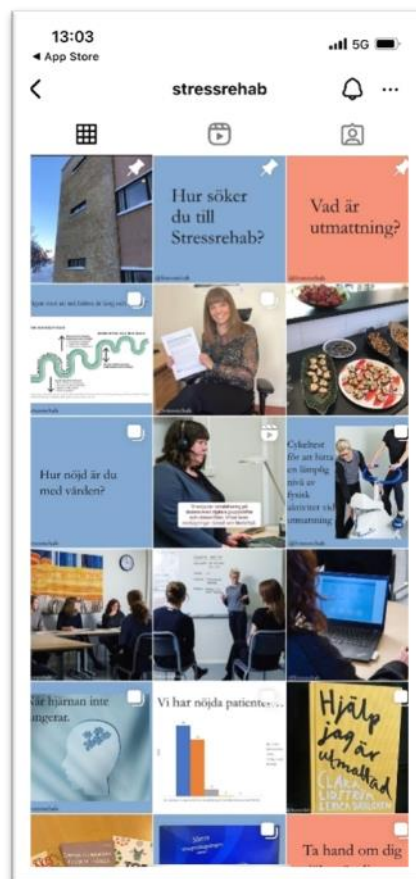
Stressrehab på sociala medier

Stressrehab finns och syns nu både på Facebook och Instagram. Vi vill sprida kunskap till befolkningen om utmattningssyndrom och hur det kan förebyggas, samt också för att informera om Stressrehabs verksamhet.

Sjukskrivningar ökar i samhället

Rapport från Försäkringskassan 2023 "Utbetald sjukpenning för olika diagnoser"⁹, visar på fortsatt ökning av kostnader för stressrelaterad psykiska ohälsa. Stressrelaterad psykisk ohälsa står nu för 20 procent av sjukpenningutgifterna. Utmattningssyndrom står för 8,5 procent. Det är för unga i åldern 20–40 år som utgifter för sjukpenning ökat mest från 2020 till 2023. Ofta är sjukskrivningarna långa och behov av rehabilitering stort.

Det kommer att finnas fortsatt stort behov att fortsätta erbjuda effektiv rehabilitering med fokus på förbättrat mående och arbetsåtergång för patienter med utmattningssyndrom.



⁹ Försäkringskassans publikation: [Utbetald sjukpenning för olika diagnoser \(Korta analyser 2023:7\)](#)

Referenser

1. Fysioterapeuterna. 2017. Kunskapsstöd. Fysisk aktivitet – din väg till bättre psykisk hälsa. [https:// www.fysioterapeuterna.se/levnadsvanor](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, 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.
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, 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. 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.
10. Eskilsson T, Slunga Jarvholm 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
11. 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
12. Andersdotter Sandström A., Fjellman-Wiklund A., Sandlund, M., Eskilsson, T. Patients with stress-induced exhaustion disorder and their experiences of physical activity prescription in a group context. *Global Health Action* 2023. doi: 10.1080/16549716.2023.2212950
13. Aronsson, I., Stigsdotter Neely, A., Boraxbekk, C.J., Eskilsson, T., Malmberg Gavelin, H. Recovery activities are needed every step of the way”: exploring the process of long-term recovery in people previously diagnosed with exhaustion disorder. *BMC Psychology* 2024. doi: 10.1186/s40359-024-01756-z

Bilagor

Bilaga 1

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

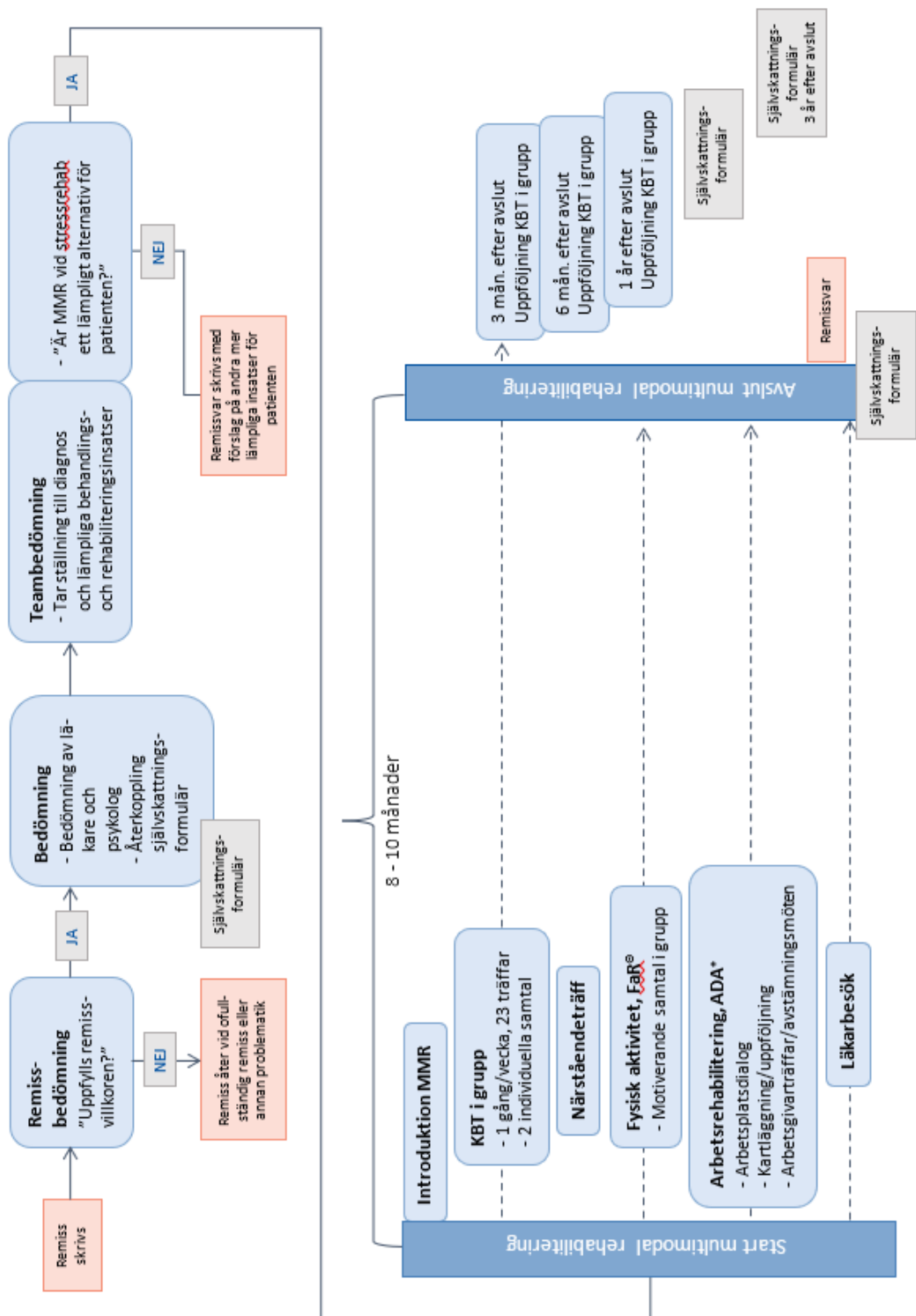
1. Eskilson, T., Olsson, D., Ekbäck, A., Slunga Järvholm, L., Symptoms, work situation and work functioning 10 years after rehabilitation of stress-induced exhaustion disorder. *BMC Psychiatry* (2024) 24:525 <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05975-x>
2. Aronsson, I., Stigsdotter Neely, A., Boraxbekk, C.J., Eskilsson, T., Malmberg Gavelin, H. Recovery activities are needed every step of the way”: exploring the process of long-term recovery in people previously diagnosed with exhaustion disorder. *BMC Psychology* 2024. doi. 10.1186/s40359-024-01756-z
3. Andersdotter Sandström A., Fjellman-Wiklund A., Sandlund, M., Eskilsson, T. Patients with stress-induced exhaustion disorder and their experiences of physical activity prescription in a group context. *Global Health Action* 2023. doi. 10.1080/16549716.2023.2212950
4. Gavelin, H. M., Neely, A. S., Aronsson, I., Josefsson, M., & Andersson, L. (2023). Mental fatigue, cognitive performance and autonomic response following sustained mental activity in clinical burnout. *Biological psychology*, 183, 108661. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2023.108661>
5. Nelson, A., Gavelin, H. M., Boraxbekk, C. J., Eskilsson, T., Josefsson, M., Slunga Järvholm, L., & Neely, A. S. (2021). Subjective cognitive complaints in patients with stress-related exhaustion disorder: a cross sectional study. *BMC psychology*, 9(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00576-9>
6. Nelson, A., Malmberg Gavelin, H., Andersson, M., Josefsson, M., Eskilsson, T., Slunga-Järvholm, L., Stigsdotter Neely, A., Boraxbekk, C.J. Subjective cognitive complaints and its associations to response inhibition and neural activation in patients with stress-related exhaustion disorder. *Stress* 2023. doi. 10.1080/10253890.2023.2188092
7. Norström, F., Slunga-Järvholm, L., Eskilsson, T. Healthcare utilization among patients with stress-induced exhaustion disorder treated with a multimodal rehabilitation programme: a longitudinal observational study. *BMC Psychiatry* 2022. doi. 10.1186/s12888-022-04300-8
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., Sturesson, 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 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 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.psychres.2017.08.008
7. 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
8. 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
9. 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
10. 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
11. Sonntag-Öström, E, Nordin M, Dolling A, Lundell Y, Nilsson L, Järholm LS. Can rehabilitation in boreal forests help recovery from exhaustion disorder? The randomized clinical trial ForRest. *Scandinavian Journal of Forest Research.* 2015; 30(8):732-48. doi: 10.1080/02827581.2015.1046482
12. 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
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, 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
15. 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
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 2

Övergripande bild som visar Stressrehab insatser från remiss inkommer till sista uppföljningen tre år efter avslutad behandling.



© Fysisk aktivitet på recept

Reviderad 2023-06-07

Stressrehabiliteringens årsrapport för 2023

Umeå augusti 2024

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

Verksamhetsutvecklare: Ulla Ljungberg

Avdelningschef: Katarina Steinholtz
katarina.steinholtz@regionvasterbotten.se
070-625 97 82

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