



REHSAM:s RECEPTSAMLING

**VETENSKAPLIGT UTVÄRDERADE
REHABILITERINGSMETODER INOM
FORSKNINGSPROGRAMMET REHSAM**

REHSAM:s
RECEPTSAMLING

© Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm 2016

Författare: Ingrid Anderzén, Ulrika Bejerholm, Cecilia Björkelund, Yvonne Forsell, Gunvor Gard, Björn Gerdle, Birgitta Grahn, Catharina Gustavsson, Fredrik Holländare, Inger Jansson, Steven J. Linton, Lars-Olov Lundqvist, Anna Nager, Annelie Peolsson, Lisbeth Slunga Järholm, Britt-Marie Stålnacke, Viktoria Zander och Karin Zingmark.

Fotografer: David Bicho, Emma Busk-Winquist, Thomas Carlgren, Ulla-Carin Ekblom, Åsa Hansdotter, Andreas Harnemo, Gunnel Janeslätt, Lars-Göran Jansson, Tohr Nilsson, Catarina Olsson, Christina Ylander.

Textbearbetning: Anna-Karin Florén, Helgalundens Kommunikationsbyrå.

Grafisk produktion: Niklas Wennergren, Helgalundens Kommunikationsbyrå.

Foto: Istockphoto.

Tryck: Urban Print, Stockholm.

ISBN 978-91-7500-388-7

REHSAM:s
RECEPTSAMLING
VETENSKAPLIGT UTVÄRDERADE
REHABILITERINGSMETODER INOM
FORSKNINGSPROGRAMMET REHSAM



Sveriges Kommuner och Landsting har tillsammans med Försäkringskassan och Forte sett behovet av att sammanställa de praktiska rehabiliteringsmetoder som utvärderats inom ramen för forskningsprogrammet REHSAM och som pågått under åren 2009–2015.


En viktig utgångspunkt för arbetet med boken har varit att forskningen baserats på behovet av att utvärdera befintliga och nya rehabiliteringsmetoder som används inom hälso- och sjukvården.

Vår förhoppning är att den här "receptboken" fyller ett behov och bidrar till att utövare inom rehabiliteringsområdet får ytterligare utvärderade metoder och modeller att använda i sitt praktiska arbete.



Helén Lundkvist Nymansson,
sektionschef Hälsa och jämställdhet SKL

Inledning	6
PRIM-NET – har kognitiv internetmedierad terapi positiv effekt på funktion, arbetsförmåga och sjukskrivningseffekt vid mild till måttlig depression i primärvården?	8
Kortare sjukfrånvaro och optimering av rehabiliteringsinsatser. En Individual Enabling and Support-modell för ett fungerande arbetsliv för personer med depression	12
REGASSA – psykisk ohälsa. Randomiserad klinisk prövning av internet-baserad kognitiv beteendeterapi, fysisk aktivitet och sedvanlig behandling (TAU) på sjukskrivning och självskattad arbetsförmåga	16
Effekter av guidad basal kroppskännedom för reducering av smärta i nacke och axlar hos personer med synnedsättning	20
MADRS-S och patientcenterade besök i primärvården vid depression – kortare sjukskrivning och bättre funktion	24
VITALIS – tillbaka till livet och tillbaka till arbete	26
Problembaserad metod (PBM) och dess effekter på hälsa och arbetsförmåga för personer sjukskrivna (eller i riskzonen för sjukskrivning) på grund av depression, ångest och stressyndrom	32
Implementering av tidiga arbetsplatsbaserade preventiva insatser för personer med smärtrelaterad funktionsnedsättning	34
ALAR – aktivitets och livsrollsinriktad rehabilitering i primärvård vid långvarig muskuloskeletal smärta	40
MerIT – acceptansorienterad KBT via internet vid multimodal rehabilitering av långvarig smärta	44
FACTA – unimodala rehabiliteringsprogram vid långvarig smärta, levererade av en behandlare – en randomiserad studie	50
Muskuloskeletal smärta hos irakiska kvinnor som flytt till Sverige, upplevda orsaker och förslag till åtgärd, behovsbedömning – framtagande av en intervjuguide	54
Vad tillför nackspecifik träning utöver multimodal rehabilitering för personer med långvariga besvär efter whiplashskada?	58
Bedömning och träning av kritiska funktioner av betydelse för tidig och hållbar arbetsåtergång för patienter med utmattningsyndrom	62
Skräddarsytt web-stöd som tillägg till multimodal smärtrehabilitering inom primärvården	68
Regional studie av internetbaserad återfallsprevention som tillägg till en delvis framgångsrik antidepressiv medicinering	74
NRS Light – utveckling av ett instrument för bedömning, urval till och utvärdering av multimodal rehabilitering i primärvård	78
Work up	82
Safari – samordnad forskning kring arbetsrelaterade rehabiliteringsinsatser	86
RECO – Rehabilitation for Improved Cognition	92
Sammanställning av publicerade artiklar	96

 din hand har du en receptbok med ett antal behandlingsalternativ för personer som riskerar att förlora sin arbetsförmåga till följd av psykisk ohälsa eller smärta i nacke och rygg. Behandlingarna riktar sig både till yrkesverksamma och sjukskrivna personer, som behöver rehabiliteringsstöd för att kunna behålla sin arbetsförmåga eller återgå i arbete. Boken innehåller tjugo olika behandlingsmetoder som har utvärderats vetenskapligt inom forskningsprogrammet REHSAM. Varje behandlingsmanual, eller recept som vi kallar dem, är en kort sammanfattning som förenar teori med praktik.

Forskningsprogrammet REHSAM pågick mellan åren 2010 och 2015. Upprinnelsen var överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting som undertecknades den 1 juli 2008. Samtidigt beslutades att en del av rehabiliteringsgarantin skulle gå till ny forskning inom området. Forskningssatsningen kom att kallas REHSAM. Inom satsningen utvärderades rehabiliteringsmetoder med uttalat syfte att hjälpa personer bibehålla sin arbetsförmåga och att återgå i arbete efter sjukskrivning. Här öppnades en möjlighet för landstingen att tillsammans med universitet och högskolor runt om i landet vetenskapligt utvärdera nya och befintliga rehabiliteringsmetoder som används i primärvården, företagshälsovården och på specialistkliniker. Behandlingsmetoderna skulle vara av typen multimodal rehabilitering, kognitiv beteendeterapi eller liknande.

REHSAM har haft tre utlysningar under åren 2009–2011. Totalt inkom ett 70-tal ansökningar. Initialt erhöll tjugofyra projekt full- eller delfinansiering. Av landets tjugo regioner och landsting är sexton engagerade i ett eller flera projekt. Projektfinansieringen sträckte sig över två år, där en ettårsuppföljning efter avslutad intervention ingick. Ett krav för att få forskningsstöd var att ett landsting stod som projektägare och att arbetet skulle utföras i nära samarbete med ett eller flera universitet och högskolor. Kostnaden för alla tre utlysningar uppgick till cirka 75 miljoner kronor. En expertgrupp med nationella och internationella seniora forskare ansvarade för att identifiera och förorda de bästa ansökningarna.

Det kom att ställas stora krav på både landstingen och universiteten för att hitta fungerande arbetsprocesser och rutiner. Som ett stöd till projekten etablerades ett nätverk för kunskaps- och erfarenhetsutbyte.

Inom ramen för nätverket genomfördes riskanalyser och seminarier. Vidare erbjöds projekten utbildning i forskningskommunikation och kostnadseffektivitetsberäkningar.

Den vetenskapliga utvärderingen var viktig, men lika viktigt var att dokumentera själva interventionen; på vilket sätt var behandlingen upplagd, antal besök eller sessioner, vilka olika komponenter som ingick i interventionen samt vilka professioner som utförde behandlingen. Därför uppmanades alla projekten inom REHSAM att tillsammans med sina slutrapporter lämna en behandlingsmanual som nu resulterat i denna "receptbok".

REHSAM är och har varit ett forskningsprogram som till dags datum publicerat ett flertal produkter. Hittills har 57 artiklar publicerats i vetenskapliga tidskrifter. En kartläggning av hur de personer som arbetat i de olika REHSAM-projekten upplevt det vi kallar samverkan har sammanställts och presenterats i en rapport. Den här "receptsamlingen" av behandlingsmanualer är inte bara ett sätt att skapa en brygga mellan teori och praktik, utan erbjuder också dem som arbetar praktiskt nya utvärderade rehabiliteringsalternativ för patienter med olika behov.

Vi som har jobbat med REHSAM-programmet under de här åren vill tacka alla projekt för att de så frikostigt delat med sig av sina kunskaper, tankar och idéer. Vi hoppas att på det här sättet kunna bidra till att öka utbudet av rehabiliteringsinsatser för personer med olika former av psykisk ohälsa eller smärta, för en snabbare återgång i arbete.



Clairy Wiholm
REHSAM programledare,
Försäkringskassan



Anna Östbom,
Senior Advisor, SKL



Internet-KBT effektiv vid mild depression

Projekt: Prim-Net – har internetmedierad kognitiv terapi positiv effekt på funktion, arbetsförmåga och sjukskrivningseffekt vid mild/måttlig depression i primärvården?

Region: Västra Götaland. **Forskningsledare:** Cecilia Björkelund, professor.

Institution: Göteborgs universitet.

VAD?

► Internet-KBT (I-KBT), kognitiv beteendeterapi förmedlad via internet, är enligt forskarna vid Göteborgs universitet ett likvärdigt alternativ till en kortare behandling hos psykolog vid mild till måttlig depression.

Kognitiv beteendeterapi via internet kan vara ett likvärdigt alternativ till behandling hos psykolog vid mild eller måttlig depression i primärvården, med avseende på såväl depressiva symtom som sjukskrivningstid och kostnad. Forskargruppen menar därför att Internet-KBT bör erbjudas som ett av flera behandlingsalternativ i primärvården.

Depression är en vanlig orsak till sjukskrivning, framför allt bland kvinnor. De flesta patienter med depression har nedsatt funktion i olika grad, vilken inte alltid överensstämmer med graden av depression.

I projektet *Prim-Net* utvärderades om behandling av depression i primärvården kan förbättras med Internet-KBT (I-KBT), speciellt med avseende på långtidseffekter (6–12 månader). Forskarna studerade effekter på depressiva symtom samt funktion, arbetsförmåga, sjukskrivning och livskvalitet.

I tremånaders-uppföljningen var behandlingsresultatet



likvärdigt mellan patienter som fick sedvanlig behandling och de som behandlades med I-KBT. Effekten på depressiva symtom, sjukskrivningsdagar och sjukskrivningsfrekvens var jämförbar både under behandlingsperioden och i långtidsuppföljningen. Dessutom bedömdes kostnaden vara lika stor för internet KBT som för psykologbehandling på vårdcentral, under förutsättning att kostnaden för programmet och dess underhåll hålls relativt låg. Inledningsvis sjönk användningen av antidepressiva läkemedel mer bland I-KBT-deltagarna, men effekten avtog med tiden. Vid långtidsuppföljningen hade den skillnaden jämnats ut.

För att I-KBT ska vara ett likvärdigt behandlingsalternativ finns dock några faktorer att ta i beaktning, enligt forskarna. Till exempel vilka patienter som är positiva till internetterapi, primärvårdspsykologernas KBT-kompetens, personalens inställning till och kunskap om I-KBT-behandling och I-KBT-programmets tillgänglighet och kostnad. Studien pågick från mars 2010 till mars 2013.


Behandlingsmanual

Patienterna. Patienterna som deltog i studien var 18 år eller äldre och sökte för nydebuterad mild/måttlig depression. De hade inte någon svår psykisk sjukdom (djup depression, bipolär sjukdom, eller psykossjukdom), personlighetsstörning, pågående missbruk, kognitiva störningar, självmordstankar eller tidigare självmordsförsök. Totalt deltog nittio patienter från sexton vårdcentraler i Västra Götalandsregionen. De randomiserades till antingen I-KBT eller sedvanlig behandling.

Programmet. Programmet som testades i studien är Psykologipartners internetbehandlingsprogram *Depressionshjälpen*. Programmet bygger på beteendeaktivering, en KBT-metod som visat god effekt i depressionsbehandling. Programmet innehåller sju moduler som behandlar olika teman. Patienten uppmanas att arbeta med en modul per vecka.

”De uppfattade behandlingsprogrammet som användarvänligt.”

1 Strukturerad bedömning. Patienter som visat intresse för I-KBT erbjöds en besökstid hos vårdcentralens psykolog eller psykoterapeut för en första strukturad bedömning. Samtalen varade cirka en timme. De som bedömdes lämpa sig för behandlingen fick samtidigt information om internetbehandlingen och hur den genomförs.



2 Behandlingsstart. Vid behandlingsstart får patienten en internetadress och en kod för personlig inloggning, en arbetsbok på papper och instruktioner om hur man använder *Mina vårdkontakter* (MVK). Mina vårdkontakter användes för att kommunicera med psykologen eller psykoterapeuten under behandlingens gång.

3 Behandling. Programmet innehåller sju internetmoduler som behandlar olika teman. Patienten uppmanas att arbeta med en modul per vecka, med undantag för näst sista modulen som beräknas till två veckor. Behandlingen tar alltså minst åtta veckor. Inloggningskoden är giltig i tolv veckor från startdatum.

4 Behandlarstöd. En psykolog/psykoterapeut har kontakt med patienten varje vecka under behandlingens gång. Denne ringer också upp patienten första veckan, i mitten och slutet av behandlingen, för att stämma av att allt fungerar. Viktigt att notera är att behandlarstödet roll inte är att förmedla behandlingen, utan att hjälpa patienten att ta till sig den behandling som förmedlas via programmet. Psykologen/psykoterapeuten som håller i behandlarstödet måste ha god kännedom om KBT och beteendeaktivering så att man inte gör något som går emot behandlingens principer.

5 Skattningsskalor. Behandlaren kan följa patientens arbete med internetmodulerna och se hur patientens mående utvecklas i de skalor som patienter fyller i i början på varje modul. Patienten fyller också i självskattningsformuläret MADRS-S via MVK två gånger under behandlingen, vecka 3 och 7.

6 Användarnas upplevelse. De flesta patienter fullföljde mer än hälften av modulerna. De uppfattade behandlingsprogrammet som användarvänligt, medan kommunikationsprogrammet MVK ansågs svårt att använda. En slutsats var därför också att det är viktigt att ge patienter tillräckligt användarstöd. ■



**FORSKNINGS-
LEDARE**

Cecilia

Björkelund är professor i allmänmedicin vid Göteborgs universitet.

E-post: cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se



Patienten i centrum med IES

Projekt: Kortare sjukfrånvaro och optimering av rehabiliteringsinsatser. En Individual Enabling and Support-modell för ett fungerande arbetsliv för personer med depression. **Region:** Region Skåne. **Forskningsledare:** Ulrika Bejerholm, docent. **Institution:** Lunds universitet

VAD?

► Arbetsrehabilitering enligt modellen Individual Enabling and Support (IES) har i studier visat sig vara en mer effektiv metod än insatserna i en traditionell arbetsrehabiliteringskedja.

När individens egen drivkraft, intresse och preferenser blir vägledande för förändring kortas vägen till arbetsmarknaden. Individual Enabling and Support (IES) leder till ökad delaktighet på arbetsmarknaden, ökad framtidsoptimism, egenmakt och minskar depressiva symtom. Insatsen bygger på ett nätverkstänk där vården, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommunen och familjen samarbetar, med individen i centrum.

Projektet *Kortare sjukfrånvaro och optimering av rehabiliteringsinsatser* studerade effekten av arbetsrehabilitering enligt modellen Individual Enabling and Support (IES). Resultatet visade att IES är en mer effektiv metod för återgång i arbete, än insatserna i en traditionell arbetsrehabiliteringskedja. IES leder till bättre hälsa med minskade depressiva symtom, från medelsvår till låg grad av depression, och minskad medicinering. Samtidigt upplevde deltagarna både ökad egenmakt, framtidsoptimism och livskvalitet.

Målet med IES är att det ska öka deltagarens egenmakt, mobilisera dennes förmågor, förkorta sjukskrivningstiden och optimera stödet på väg till arbete. Projektet jämförde IES med traditionella insatser, där i rehabiliteringskedjan genomförs stegvis snarare än integrerat. Vid IES utformar

patienten sin egen rehabilitering med individuellt stöd av en IES-arbetspecialist. Samtidigt integreras vårdens insatser med stödet att nå, få och behålla ett arbete genom samordning med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare och närstående.

Alla som arbetade i projektet uppskattade projektet. Beträktad i en svensk välfärdscontext ansåg både professioner och aktörer att IES har potential att utmana strukturella hinder genom att stärka individens väg till arbete direkt, snarare än stegvis.

Behandlingsmanual

Inledning. Arbetsrehabiliteringsmetoden Individual Enabling and Support (IES) har utvecklats för att passa personer med affektiv problematik som depression eller mani. Metoden ska ge individen stöd i att mobilisera motiverande, kognitiva strategier och strategier för tidsanvändning. Dessa integreras med ett personcentrerat stöd för att nå, få och behålla ett arbete.

Utbildad IES-arbetspecialist. Personen som utför insatsen har utbildning i metoden och kallas IES-arbetspecialist. IES-arbetspecialisten behöver ha tidigare erfarenhet av målgruppen och arbetsrehabilitering för att kunna möta individen på deras nivå. Specialistens uppdrag är att bygga en rehabiliteringsorganisation, IES-nätverket, runt individen. I projektet var en IES-arbetspecialist arbetsterapeut och en arbetsförmedlare med kompetens i beteendevetenskap. Uppdragsutbildning kan ges vid Lunds universitet.

Utbildningen består av en utbildningsdel och en handledningsdel. Utbildningsdelen behandlar IES-principerna under tre veckor och inkluderar bland annat *Motiverande samtal* (MI), KBT-strategier och *Tid för arbete* (TIA). Handledningen pågår under hela interventionen.

Handledningen av IES-arbetspecialisterna fokuserade på huruvida de följde de tio IES-principerna (se nedan), och om inte, hur dessa kunde uppnås. Hur nära specialisterna följde programmets principer utvärderades var sjätte månad.

Interventionen. Arbetsalliansen är fundamentet i IES. Därför inleds arbetet med att specialisten och deltagaren har ett antal möten för att lära känna varandra, ofta ute i samhället på ett café, bibliotek eller liknande. Deltagaren ska känna att IES äger rum ute i samhället och tydliggöra att relationen är jämbördig, även om deltagaren är i fokus. Deltagarens resurser och friska sidor är vägledande i samtalen.

Deltagaren får stöd i att mobilisera motivation, kognitiva strategier och strategier för tidsanvändning. Men här ingår också stöd mot arbete (arbetsplan, cv, rekrytering av arbetsplats, anställningsintervju), stöd på arbetet (eventuella arbetsplatsanpassningar, uppföljande samtal, arbetsgivarsamtal) och utanför (stödande samtal med fokus på IES strategier, insatser från andra i IES-nätverket).

Specialisten är alltså nyckelpersonen som utför och samordnar insatsen utifrån deltagarens arbetsrehabiliteringsbehov med vården, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, arbetsgivarna och närstående.

Programtrohetsskattning. För att IES-arbetsspecialisterna och nätverket ska veta om de arbetar enligt IES-principerna utvärderas programtroheten. Mätningen är ett sätt att lära sig IES och optimera insatsens effektivitet. I projektet genomfördes mätningar efter sex respektive tolv månader. Instrumentet som användes för datainsamling utgick ifrån *Supported Employment Fidelity Scale (SEFS)*.

Skattningen omfattar 28 frågor och berör bedömningsområdena personal, organisation och tjänster. Varje fråga skattas på en femgradig skala där kriteriet är noggrant beskrivet. Till exempel är det en femma om den första kontakten med en arbetsgivare sker inom en månad efter mobiliseringstiden, medan en etta står för en fördröjning. Ett samband finns dokumenterat mellan programtroheten och arbetsutfallet.

IES-PRINCIPERNA FÖR PERSONCENTRERAD ARBETSREHABILITERING

1) Motiverande och kognitiva strategier mobiliseras. Deltagaren ska definiera sin inre motivation för att kunna hantera förändring realistiskt. KBT-strategier används för att bemästra undvikandebeteende och negativa tankemönster för att optimera strategier för kommunikation, aktivitet och delaktighet i arbetssökandet och på arbetet.

- 2) Tid för Arbete (TIA) ska synkronisera livsstilen med arbetslivet. Behövs en omstrukturering av tid och aktiviteter för att få utrymme för arbete, i förhållande till tid och kraft? Här strävar man efter att hitta en bra balans mellan arbete, vila och familjeliv.
- 3) Lämpligheten baseras på deltagarens egen vilja att arbeta. IES behöver inte föregås av någon prövning av personens "anställningsbarhet" eller "arbetsförmåga". Det centrala är att det finns ett önskemål och en motivation till att arbeta.
- 4) Insatsen utgår från deltagarens intressen, resurser och behov. Principen kan vara vägledande för hur stödet utformas under olika tidsperioder. Det kan också handla om vilka arbetsplatser, arbetstider och arbetsuppgifter som prioriteras under insatsen.
- 5) Ekonomisk vägledning och konsultation. Många kan känna oro för hur IES och en eventuell anställning påverkar deras privatekonomi. Därför får deltagaren konsultation kring vilka regler som är aktuella för deras ersättningsform. Handläggare på Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller Socialförvaltningen kontaktas så att insatserna kan samordnas med IES.
- 6) Målet är ett konkurrensutsatt arbete. Målet är att insatsen ska leda till lönearbete på den reguljära arbetsmarknaden, där deltagaren kan få arbetsuppgifter som matchar dennes intressen och förutsättningar.
- 7) Insatserna är en integrerad del av primärvården och psykiatri. IES:s arbetsplan integreras med vårdteamets insatser för att underlätta det försäkringsmedicinska arbetet. Med samma målsättningar går det snabbt att mobilisera stöd om deltagaren börjar må sämre eller de yttre förutsättningarna förändras. Kontakten med IES-arbetspecialisten gör också att vårdpersonal prioriterar arbetsinriktade mål.
- 8) Sökandet efter arbete inleds tidigt. Processen med matchning mot arbetsmarknaden påbörjas kort efter den inledande dialogen. Dels för att inspirera deltagaren och förmedla kunskap om hur utbudet ser ut, dels för att visa att IES-arbetspecialisten tar klienten på allvar. Det kan också ge deltagaren en uppfattning om sin förmåga, intresse och preferenser.
- 9) Kontinuerligt stöd som utgår från individens behov, så länge det behövs. Alla erfarenheter som deltagaren tillägnar sig på arbetsplatserna används i den fortsatta planeringen. De blir kunskap om både hur arbetsplatser fungerar och om hur klienten reagerar i olika situationer. Många personer med affektiv problematik har erfarenhet av att deras mående fluktuerar. Därför är stödet inte tidsbegränsat. Detta är en väsentlig princip för att etablera en arbetsförmåga som är hållbar. I praktiken minskar dock insatserna i omfattning allt eftersom klienten tillgodogör sig nya kunskaper och fungerar mer självständigt.
- 10) Etablera relationer med arbetsgivare. IES-arbetspecialisten har tät kontakt och utvecklar goda relationer med arbetsgivare för att identifiera lämpliga arbetstillfällen och känna till var behoven finns. Många arbetsgivare vittnar om att IES-arbetspecialisten är en garanti och en anledning till att de väljer att anställa eftersom det genererar en hållbar anställning. ■



FORSKNINGS- LEDARE

Ulrika Bejerholm är docent i arbetsterapi, chef för forskargruppen Arbete och psykisk hälsa vid Institutionen för hälsovetenskaper på Lunds universitet och verksam inom Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI).
E-post: ulrika.bejerholm@med.lu.se

Fysisk aktivitet lika bra som terapi

Projekt: Regassa – psykisk ohälsa. Randomiserad klinisk prövning av effekterna av internet-baserad kognitiv beteendeterapi, fysisk träning och sedvanlig behandling (TAU) på sjukskrivning och självskattad arbetsförmåga. **Region:** Stockholms läns landsting, Landstinget Kronoberg, Landstinget Västmanland, Region Skåne och Landstinget i Blekinge.

Projektchef: Elisabet Erwall, Stockholms läns landsting. **Forskningsledare:** Yvonne Forsell, professor. **Institution:** Karolinska institutet och Lunds universitet.

VAD?

► Projektet Regassa har undersökt om Internet-KBT (I-KBT) har bättre effekt än fysisk träning på sjukskrivning och arbetsförmåga vid mild till måttlig depression samt om I-KBT i kombination med fysisk träning har bättre effekt än sedvanlig behandling.

Internet-KBT och fysisk träning har bättre effekt än sedvanlig behandling. Det visar forskarna bakom projektet *Regassa*. Nio månader efter avslutad behandling kvarstod skillnaderna.

Regassa har undersökt om internetbaserad KBT-behandling (I-KBT) och fysisk träning har bättre effekt än sedvanlig behandling på sjukskrivning och arbetsförmåga vid mild till måttlig depression. Studien visar att I-KBT och fysisk träning hade en bättre effekt än sedvanlig behandling på depressiva symtom och självskattad arbetsförmåga nio månader efter behandling. Någon skillnad på sjukskrivning och arbetslöshet kunde dock inte hittas.

Patienterna randomiserades till tre grupper, I-KBT, fysisk träning, och sedvanlig behandling. Behandlingen pågick under tolv veckor. Direkt efter behandlingen mättes sjukfrånvaro och arbetsförmåga, samt depressionsgrad som sekundärt mått. Nio månader efter behandlingen upprepades mätningen.

Gruppen som behandlats med I-KBT eller fysisk träning hade mindre depressionssymtom direkt efter behandling,

än de som fått sedvanlig behandling. Denna skillnad kvarstod efter nio månader.

Studien omfattade 946 personer, majoriteten var kvinnor och medelåldern 43 år.

Behandlingsmanual

Manual fysisk träning. Gruppen som randomiserats till fysisk träning fick göra fysiologiska tester och konditionstest på cykel. Detta gjorde att energiåtgången på varje träningspass kunde beräknas. Alla fick även svara på en enkel hälsoenkät. Patienterna randomiserades till tre olika intensitetsnivåer och fick information om träningsupplägget.

Alla uppmanades att träna en timme tre gånger i veckan i tolv veckor. Några landsting ordnade träning i egna lokaler med egen personal, några samarbetade med Friskis & Svettis. Träningspassen på Friskis & Svettis kalibrerades och delades in i tre intensitetsnivåer efter energiåtgång. Dessutom fanns designade träningspass tillgängliga via projektplatsen.

För att mäta hur mycket deltagarna rörde sig under dygnet bar personen en accelerometer under hela studien. Under träningspassen bar deltagarna pulsklockor. De fick instruktioner om hur de skulle använda utrustningen och ungefär en gång i veckan fick de lämna sin utrustning till personal för laddning och insamling av data. Mätutrustningen hanterades av sjukgymnast, sjuksköterska, utbildad hälsopedagog eller student. Med hjälp av mätutrustningen kunde aktiviteten avläsas, antecknas och registreras i en databas. En sjuksköterska eller sjukgymnast följde regelbundet upp patienternas träningsmönster och kontaktade patienter om de inte lämnat in sin utrustning för laddning på två veckor.

Uppföljning genomfördes med enkäter tre månader och ett år efter randomisering.

Det var en landstingskoordinator i respektive landsting eller region som ansvarade för att interventionen och uppföljningen genomfördes. De utbildades enligt forskningsplanen och hade kontakt med forskningsledningen och den exekutiva gruppen.

I-KBT- TERAPIN OMFATTADE

► **Symtom-
avsnitt.** Sömn-
problem, de-
pression, oro,
social ångest,
paniksyndrom,
stress och
smärta.

► **Avsnitt
om arbets-
situationen.**
Försäkrings-
kassan,
tillbaka till
arbetet, söka
nytt arbete
och hantera
problem på
arbetet.

► **Extra av-
snitt.** Hantera
tankar, höga
krav, att stå
upp för sig
själv, vanor
och ovanor,
förbättra din
hälsa, motion,
mindfulness,
tillämpad
avslappning,
fokus och
koncentration
och problem-
lösning.

MINI-intervju

► En kortfattad standardiserad diagnostisk intervju där man fastställer psykiatriska störningar i enighet med DSM-IV och ICD 10. Den kan också användas för att fastställa missbruk.

KÄLLA: SOCIAL-
STYRELSEN

Manual Internet-KBT. Behandlingen genomfördes via den webbaserade behandlingsplattformen som används vid Internetpsykiatrienheten i Stockholm. Patienterna kom åt plattformen via en säker inloggning med tjänsten *1177 Vårdguiden*. Varje deltagare fick en personlig behandlare som var legitimerad psykolog eller en psykologstudent med grundläggande KBT-utbildning.


En gång i veckan fick behandlarna handledning i grupp av en psykolog med KBT-inriktning och erfarenhet av internetbehandling. Vid behov konsulterades också specialistläkare i psykiatri. Inledningsvis kontaktade behandlaren deltagarna via telefon, hälsade välkommen, svarade på frågor som patienten hade och hjälpte till med inloggning om det behövdes. Baserat på självskattningsskalor och mer utförliga fritextfrågor, tidigare genomförd MINI-intervju och deltagarnas egna önskemål tog behandlare och deltagare fram en individuell behandlingsplan.

Behandlaren matade in data från dessa källor i en standardiserad och automatiserad beslutsalgoritm. Programmet föreslog prioriterade områden och utifrån detta gjorde behandlaren ett förslag till behandlingsplan. Den godkändes sedan både i handledningsgruppen och av patienten.

Handlingsplanen omfattade fyra obligatoriska och 28 valbara avsnitt som patienten följde under tolv veckor, med cirka ett avsnitt i veckan. De tre inledande och det avslutande avsnittet var obligatoriska. De tre första handlar om beteendeaktivering för depression och avslutningsavsnittet om återfallsprevention och planering inför framtiden.

Under behandlingen skedde kommunikationen huvudsakligen skriftligen via behandlingsplattformen. Men, om patienten var inaktiv eller veckovisa självskattningar tydde på låg livslust blev denne kontaktad via telefon. Vid misstanke om suicidrisk genomfördes en suicidintervju och vid behov vidtogs därefter lämpliga åtgärder i kontakt med deltagarens landsting.

Kvalitetssäkring. Att behandlingen är standardiserad utgör en kvalitetssäkring i sig. Varje behandlingsavsnitt avslutades med inlämning av en hemuppgiftsrapport, där patienten fick berätta hur arbetet med olika övningar fungerat. Först när en hemuppgift var färdig fick patienten tillgång



till nästa avsnitt. De gjorde också en självskattning av sitt mående varje vecka för att få en utvecklingskurva. En viktig del i kvalitetssäkringen är att den tekniska plattformen har funktioner för processtöd som gör behandlaren uppmärksam på större och mindre avvikelser samt när viktiga tidpunkter i behandlingen är uppnådda.

Samverkan. Sjukskrivna deltagare gjorde avsnitten Försäkringskassan och Tillbaka till arbetet. Här fick de i uppgift att strukturera och beskriva sina kontakter med Försäkringskassan och arbetsgivaren för att sedan få feedback från behandlaren.

Rehabiliteringsplaneringen. För sjukskrivna deltagare gjordes avsnittet Tillbaka till arbetet där deltagaren fick strukturera upp sina önskemål på arbetsåtergången inför kontakt med arbetsgivaren.

Vad fungerade?

Upplägget av handlingsplanen och behandlingsarbetet fungerade bra tack vare tydliga lathundar för alla processer, tät handledning och en hög grad av automatiserat processtöd från behandlingsplattformen. Däremot innebar den säkra inloggningen via 1177 Vårdguiden en del problem för ett mindre antal patienter. Den är relativt komplicerad och ibland kunde det dröja lång tid innan lösenord kom fram till patienten. Proceduren var komplex och fick deltagare att ge upp och hoppa av behandlingen innan de kommit igång.

Eftersom deltagarna inte valde behandling själva var inte alla deltagare lika motiverade. Dessutom var patientgruppen mer heterogen, kvaliteten på diagnosticeringen lägre och den information patienterna hade fått om internetbehandling ibland bristfällig. Det försvårade genomförandet jämfört med den ordinarie verksamheten vid Internetpsykiatrienheten. Dock möjliggjorde centraliseringen av behandlingen och behandlarna att en hög kompetens i användandet av det skräddarsydda internetbehandlingsprogrammet uppnåddes. ■



PROJEKT-CHEF

Elisabet Erwall på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen vid Stockholms läns landsting.
E-post: elisabet.erwall@sl.se



FORSKNINGS-LEDARE

Yvonne Forsell är psykiater och docent vid Institutionen för folkhälsovetenskap på Karolinska institutet.
E-post: yvonne.forsell@ki.se



Minskad smärta för personer med synnedsättning

Projekt: Effekter av guidad basal kroppskänedom för reducering av smärta i nacke och axlar hos personer med synnedsättning.

Region: Örebro läns landsting. **Forskningsledare:** Lars-Olov Lundqvist, docent.

Institution: Universitetssjukvårdens forskningscentrum.

VAD?

► Personer som får en synnedsättning i vuxen ålder upplever ofta reducerad hälsa på grund av spänningsbesvär i nacke och skuldra. Med Feldenkraismetoden kan smärtan samt antalet sjukskrivningsdagar minskas.

Feldenkraismetoden är en kostnadseffektiv metod för att minska smärta i nacke och skuldra och minska sjukskrivning hos personer med synnedsättning och kronisk smärta. Projektet *Effekter av guidad basal kroppskänedom för reducering av smärta i nacke och axlar hos personer med synnedsättning* visar på en långvarig minskning av smärta och ett minskat antal sjukskrivningsdagar med bättre kroppskänedom och nya rörelsemönster.

Personer som får en synnedsättning i vuxen ålder upplever ofta reducerad hälsa och livskvalitet. Synnedsättningen resulterar ofta i ökad rörelserädsla. Nya rörelsemönster ger upphov till spänningsbesvär i nacke och skuldra. Många förlorar tron på att kunna fortsätta med vardagliga sysslor som arbete och personlig vård.

Rehabiliterande insatser för att minska de negativa konsekvenserna av synnedsättningen innebär i regel utprovning av olika optiska hjälpmedel. Dessa medför inte sällan ergonomiskt ogynnsamma eller statiska kroppsställningar



med ytterligare förhöjd anspänning på muskulaturen i nacke och skuldra.

Syftet med projektet var att utvärdera om ett program som ger ökad kroppsmedvetenhet är effektiv för att minska smärta i nacke och skuldror, minska sjukskrivning och öka återgång i arbete hos personer med synnedsättning. 52 personer randomiserades i en behandlingsgrupp och en obehandlad kontrollgrupp. Behandlingen gavs två timmar per vecka under tolv veckor.

Resultatet visade att smärtan minskade mer i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen vid uppföljning direkt efter avslutad intervention. Vid uppföljning ett år senare var smärtan fortfarande lägre i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen. Inledningsvis fick deltagarna även bättre balans, men ett halvår efter avslutad behandling var balansförmågan tillbaka i utgångsläget. Andelen sjukskrivna samt antalet sjukskrivningsdagar minskade också mer i behandlingsgruppen, men först vid ettårsuppföljningen.



Behandlingsmanual

Feldenkraismetoden. Metoden består av två delar: Funktionell integrering (FI) och Medvetenhet genom rörelse (ATM). FI är ickeverbal och sker i form av taktill kommunikation med en deltagare i taget. Terapeuten utvecklar en lärosituation som är unikt utformad för individens behov. Terapeuten tittar först på personens sätt att röra sig för att se hur rörelserna samverkar och kommunicerar därefter med deltagaren genom lätt beröring för att lära denne att utveckla ett mer funktionellt rörelsemönster. Deltagaren guidas till ökad medvetenhet om sina rörelsemönster och till att hitta nya rörelsemönster som leder till minskad muskelspänning och smärta. Terapeutens roll är att skapa en behaglig atmosfär för att minska osäkerhet och stress och därmed underlätta rörligheten.

ATM är uppbyggd runt rörelseteman och är lämplig att genomföra i grupp. Genom att uppleva detaljerna i en rörelse görs deltagarna medvetna om sina rörelser och blir därmed mer mottagliga för att lära in nya rörelsemönster. Rörelserna är enkla och behagliga och utvecklas gradvis till mer avancerade och komplexa rörelser. Ofta ligger deltagarna på en matta på golvet och rör sig efter terapeutens instruktioner. Även de tankar och känslor som väcks registreras. Många deltagare uttrycker att de känner sig behagligt trötta och avspända efteråt.

Genomförandet. Deltagarna i behandlingsgruppen var uppdelade på fyra mindre grupper med sex eller sju personer i varje grupp. Interventionen gavs vid tolv tillfällen. Varje tillfälle var två timmar inklusive en trettio minuters paus. En legitimerad sjukgymnast och licensierad Feldenkraisterapeut genomförde sessionerna som var upplagda enligt följande:

► **Välkommen.**

► **Avstämning från föregående tillfälle.** Möjlighet att ställa frågor om saker som kommit upp under föregående tillfälle, eller något som hänt mellan tillfällena. Till exempel smärta av någon rörelse.

Repetition av rörelser från föregående tillfällen för att utforska och korrigera rörelsen ytterligare. För att lära om

och få ett bättre organiserat rörelsemönster krävs närvaro, uppmärksamhet och långsamhet.

► **Genomgång av ATM-övningar.** Dessa följer ett grundschema som kan anpassas efter gruppens behov. Förekommande övningar är: rita foten, båten, måla munhålan, höfter och rygg, skruven, nacke & axlar, bäckenbollen, bäckenlyftet och sittande övning.

► **Paus.** Möjlighet till avspända samtal mellan deltagare, och mellan deltagare och terapeut.

► **ATM alternativt FI.** Beroende på deltagarnas behov.

Avslutande reflektion

Interventionen fungerade mycket bra. Terapeuten var kunnig och hade arbetat med patienter med synnedsättning tidigare. Sessionerna var väl strukturerade utan att vara rigida. Det fanns utrymme för flexibilitet och följsamhet för deltagarnas behov. Viktigt är att det finns personer som kan ta hand om det praktiska i samband med sessionerna så att inte allt vilar på en person.

Några problem uppstod kring transporten av personer som bodde i andra kommuner. Samtliga deltagare fick sina resekostnader och förlorad arbetsinkomst täckta av projektet. Projektet hade för avsikt att erbjuda interventionen även i Karlskoga och Lindesberg, men det gick inte att hitta lämpliga lokaler eller terapeuter med kompetens på Feldenkraismetoden. Några deltagare uttryckte vidare att deras arbetsgivare inte var helt positiva till att ge ledigt för deltagare.

Svårigheterna påverkade inte studiens resultat, men det är viktigt att se över tillgänglighetsfrågorna för framtida implementering. För dem som inte är helt sjukskrivna bör också arbetsgivarna informeras om betydelsen av att arbetstagaren ska kunna delta. Särskilt som studiens resultat visar att arbetsgivaren har mycket att vinna rent ekonomiskt. ■



FORSKNINGS- LEDARE

Lars-Olov Lundqvist är forskningshandledare, docent och fil.dr på Universitetssjukvårdens forskningscentrum i Örebro.

E-post:
lars-olov.lundqvist@regionorebro-lan.se



”Som att ta tempen på depressionen”

Projekt: MADRS-S och patientcenterade besök i primärvården vid depression – kortare sjukskrivning och bättre funktion.

Region: Västra Götalandsregionen. **Forskningsledare:** Cecilia Björkelund, professor. **Institution:** Göteborgs universitet.

VAD?

► Självskattningsinstrumentet MADRS-S kan utgöra ett komplement i vården av patienter med mild/medelsvår depression som hjälpmedel för att följa depressionens förlopp.

Att använda självskattningsformulär i behandlingen av mild/medelsvår depression kan förbättra kommunikationen mellan läkare och patient. Men bara om patienten själv önskar detta. Det framgår av studien *MADRS-S och patientcenterade besök i primärvården vid depression – kortare sjukskrivning och bättre funktion*.

Studiens syfte var att jämföra effekter av regelbunden användning av självskattningsinstrumentet MADRS-S, med sedvanlig behandling på vårdcentral, vad gäller depressiva symtom, livskvalitet, självskattad hälsa, sjukskrivningsfrekvens, återgång i arbete, egenskattad funktion och arbetsförmåga på kort och lång sikt.

I primärvården är depression en vanlig diagnos. Ändå används sällan självskattningsinstrument för att bekräfta depressionsdjup eller som ett hjälpmedel i kommunikationen mellan patient och läkare. Tidigare studier har visat att det inte lönar sig att använda psykologiska screeninginstrument för att screena alla patienter i primärvården då den diagnostiska säkerheten är för låg. Däremot skulle självskattningar kunna utgöra ett komplement i vården av patienter med lindrig till medelsvår depression – om det

används som pedagogiskt hjälpmedel för att följa depressionens förlopp.

De patienter som uppskattade användningen av självskattningsformuläret var mycket positiva. En patient uttryckte det "som att ta tempen på depressionen". Alla patienter var dock inte lika positiva och slutsatsen angående regelbunden användning av självskattningsformulär vid läkarbesöket för mild/medelsvår depressionen i primärvården blir: Använd formuläret vid första besöket och fråga patienten om att använda det i den fortsatta behandlingen.

Behandlingsmanual

Projektet genomfördes på vårdcentraler. När läkare vid ett patientbesök, oavsett besöksorsak, misstänkte att det kunde röra sig om en depression användes det diagnostiska instrumentet Prime-MD för att fastställa diagnosen. Om diagnosen mild/medelsvår depression verifierades, frågade man patienten om denne kunde tänka sig att använda ett självskattningsinstrument för att tillsammans med läkaren kunna värdera sina symtom.

Patienten erbjöds också regelbundna återbesök med fyra veckors mellanrum under totalt tre månader. Varje besök varade cirka 20–30 minuter och minst fyra besök ingick i programmet. I samband med besöken fyllde patienten i självskattningsformuläret MADRS-S som består av nio frågor om depressiva symtom och är utarbetat för att mäta förändring av depression. Vid samma tillfälle gick läkaren och patienten tillsammans igenom resultatet. I övrigt genomfördes depressionsbehandling efter den individuella patientens symtom och symtomutveckling under depressionsperioden.

På varje vårdcentral fanns en forskningssköterska under interventionsperiodens första del, cirka fjorton dagar i samband med patentrekryteringen. Sjuksköterskan följde också upp varje patients första läkarbesök med en intervju samt informerade både patient och läkare om interventionen.

Programmet hade ingen direkt samverkan med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare eller familj utöver vad som initierades utifrån patientens behov. ■



FORSKNINGS- LEDARE

Cecilia

Björkelund är professor i allmänmedicin vid Göteborgs universitet.

E-post: cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se



Teambehandling ger bättre hälsa hos kvinnor

Projekt: Vitalis – tillbaka till livet och tillbaka till arbete.

Region: Uppsala läns landsting. **Forskningsledare:** Ingrid Anderzén, med.dr.

Institution: Akademiska sjukhuset, Uppsala.

VAD?

► Projektet Vitalis var en interventionsstudie med syfte att underlätta arbetsåtergång samt förbättra hälsan hos långtids-sjukskrivna kvinnor.

Psykisk hälsa och smärta kan förbättras med ACT och teambehandling hos långtidsjukskrivna kvinnor. Det visar projekt *Vitalis*. Ändå uppnådde återgången i sjukförsäkringen inte statistisk signifikans, likaså var skillnaden i antalet ersättningsdagar från Försäkringskassan begränsad, även om trenden var positiv.

Vitalis var en randomiserad kontrollerad interventionsstudie som vände sig till långtidsjukskrivna kvinnor som väntades bli utförsäkrade inom kort. Syftet med projektet var att underlätta arbetsåtergång samt att förbättra deltagarnas hälsa. Kvinnorna var sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa eller smärta och hade en genomsnittlig sjukskrivningstid på 7,5 år. Medelåldern var 48 år och knappt två tredjedelar hade en anställning.

Deltagarna randomiserades till tre grupper: Multimodal teambehandling (Team), psykoterapi med *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), eller en kontrollgrupp. I Team-gruppen hade deltagarna individuella möten med läkare, psykolog, arbetsterapeut och socionom, som var



och en bedömande deras problematik i relation till arbetsåtergång. Teamet tog sedan fram en gemensam individualiserad plan med förslag till åtgärder och behandling. Deltagarna erbjöds stöd av psykoterapeut, arbetsterapeut, socionom samt ytterligare medicinska åtgärder initierade av läkare. I ACT-gruppen fick alla deltagare psykoterapi.

I projektet ingick också samverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och andra inblandade aktörer. I praktiken innebar det att någon av behandlarna deltog i överlämningsmöten under utförsäkringen och planeringsmöten inför introduktionsprogrammet inom Arbetsförmedlingen.

Ett år efter utförsäkringen hade 56,9 procent i ACT-gruppen, 60,8 procent i Team-gruppen och 48,5 procent i kontrollgruppen inte återvänt till sjukförsäkringen. Den positiva tendensen till mindre återgång i sjukförsäkringen uppnådde inte statistisk signifikans. Det var inte heller någon statistisk signifikant skillnad i antalet ersättningsdagar från Försäkringskassan efter år ett, även om det fanns en positiv

trend för Team-gruppen. Däremot förbättrades hälsan signifikant i båda interventionsgrupperna, med mindre ångest och depression. Deltagarna i ACT-gruppen förbättrade också sin upplevelse av smärta under uppföljningsåret.

Intervjuer som genomförts med personal som arbetat med arbetslivsinriktad rehabilitering i projektet visar att samverkan för arbetsåtergång, individuella faktorer och tillgång till arbetsplatser är faktorer som främjar återgång i arbete. Hindrande faktorer kan bestå av avsaknad av kommunikation och parallella processer samt svårigheter med fördelning av ansvar, otydlighet och revirbevakning.

Behandlingsmanual

Vitalis deltagare rekryterades via Försäkringskassan. Efter information och samtycke randomiserades de till någon av projektets två behandlingsgrupper eller en kontrollgrupp. Projektet hade två behandlingsgrupper, en som fick bedömning och behandling av ett multimodalt team (Team-gruppen) och en som fick psykologibedömning och behandling med terapiformen Acceptance and Commitment Therapy (ACT), en variant av kognitiv beteendeterapi. Utöver behandlings- och vårdinsatser omfattade projektet även samverkan med landstinget, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommunen och i förekommande fall, deltagarens arbetsgivare. Kontrollgruppen fick ingen behandling. Deltagarna inkluderades löpande allteftersom de utförsäkrades. Inklusionskriterierna var liberala: I huvudsak skulle deltagarna ha en problematik som omfattade psykisk ohälsa och eller kronisk smärta. Exklusionskriterier var allvarlig psykos ohälsa (psykos, allvarlig personlighetsstörning, bipolär sjukdom typ 1), uttalad suicidalitet eller pågående missbruk. Av dem som tillfrågades tackade närmare hälften ja till att delta.

Projektet övertog inte sjukskrivningsansvar eller behandlingsansvar från ordinarie sjukvårdskontakter utan var ett komplement till dessa. Alla deltagares medverkan i projekt syfte kommunicerade efter samtycke med deltagarens ordinarie sjukvårdskontakt, oftast husläkaren.

Totalt deltog 327 kvinnor i interventionen som pågick



under ett år. Medelåldern i gruppen var 48,5 år. Cirka 20 procent hade som högst grundskoleutbildning, 44 procent gymnasial utbildning och 36 procent hade högskoleutbildning eller motsvarande. Knappt två tredjedelar hade en arbetsgivare, och en tredjedel av deltagarna var arbetslösa. Mottagningen bedrevs vid Kompetenscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering på Akademiska sjukhuset. Deltagarna kallades med brev eller i vissa fall per telefon.

Team-gruppen. Deltagarna i teamgruppen träffade en läkare, en psykolog en arbetsterapeut och en socialsekreterare för ett inledande bedömningssamtal. Samtalet tog 60–120 minuter. Varje yrkeskategori hade till uppgift att undersöka och bedöma möjligheten och villigheten för en deltagare att utforska sina framtida arbetsmöjligheter. Varje profession gjorde även en analys utifrån sitt perspektiv om möjliga hinder för arbetsåtergång samt vilka rehabiliteringsinsatser som förväntades optimera deltagarens möjlighet till arbetsåtergång. Teamet träffades därefter utan patient och diskuterade rehabiliteringsbehovet utifrån vad som var möjlig att erbjuda. En av de fyra som mötte patienten utsågs till kontaktperson.

Målet med teammötet vara att fastslå en rehabiliteringsplan och att optimera möjligheterna för arbetsåtergång. För varje åtgärd bedömdes förändrande faktorer a) typ av åtgärd b) syftet med åtgärden c) förväntat resultat d) tidsplan och ansvarig samt e) uppföljning. Patienten kunde tacka ja till planen i sin helhet eller enbart till vissa åtgärder. Det inledande bedömningssamtalet, teammötet och återkopplingen av rehabiliteringsplanen skulle ske inom tio dagar. I praktiken tog det cirka 2–4 veckor för de flesta, ofta för att patienter ombokade sina tider.

För att kvalitetssäkra både utredning och bedömning arbetade medarbetarna efter ett protokoll för hur den multidisciplinära bedömningen skulle genomföras. Protokollet fastslår hur flödet av patienter hanterades samt även de verktyg som respektive specialist använt sig av.

Den genomsnittliga deltagaren hade kontakt med två till tre professioner under flera månader, medan några patienter hade kontakt över hela projektiden. Den vanligaste åtgärden som föreslogs, och som deltagarna tackade ja till,

**MINI-intervju**

► En kortfattad standardiserad diagnostisk intervju där man fastställer psykiatriska störningar i enighet med DSM-IV och ICD 10. Den kan också användas för att fastställa missbruk.

KÄLLA: SOCIAL-
STYRELSEN

var arbetsterapi (72 procent), följt av ACT (60 procent), fortsatt läkarkontakt (41 procent) och stöd av socialsekreterare (36 procent).

ACT-gruppen. Deltagarna fick psykoterapi enligt ACT-metoden. I genomsnitt erhöll deltagarna tio samtal under projektåret. Samtliga erbjöds också hembesök som en del i beteendeanalysen. Viktiga tidpunkter för deltagarens förändringsarbete var innan, under och efter mötet med Arbetsförmedlingen i samband med utförsäkringen.

Samverkan. Alla deltagare fick konkret stöd vid kontakt med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, ordinarie vård, kommunen och i förekommande fall arbetsgivare. Antalet samverkansmöten varierade utifrån deltagarens behov. Kontaktpersonen från teamet eller psykolog i ACT-gruppen deltog i stort sett alltid på det första kartläggningssamtalet på Arbetsförmedlingen då deltagaren skrevs in i arbetslivsintroduktionen. Då hade deltagare och kontaktperson redan förberett mötet för att ge deltagaren ökad kontroll över sin rehabiliteringsprocess. Kontaktpersonen medverkade också rutinmässigt på ett uppföljande möte med Arbetsförmedlingen i samband med att arbetslivsintroduktionen skulle avslutas. Men samverkan skedde även med andra aktörer och i vissa fall hölls större nätverksmöten.

Syftet med samverkan var att deltagaren skulle uppleva ökad kontroll över sin egen arbetsrehabiliteringsprocess, men också att samordna rehabiliterings- och vårdinsatserna.

Kvalitetssäkring. Protokoll togs fram för att kvalitetssäkra rutiner vid utredning och bedömning, samt för hur teammöten skulle gå till och dokumenteras. Rutiner togs även fram för hantering av suicidnära patienter. Teamet träffades regelbundet för behandlingskonferenser och uppföljning men även för att utveckla och kvalitetssäkra arbetssätt och rutiner. Utomstående expertis erbjöd introduktion av ACT, teamutbildning och utbildning i Motiverande samtal (MI). Alla psykologer handledes under hela projektet av en leg. psykolog, leg. psykoterapeut, specialiserad inom ACT. Separata informationsträffar genomfördes med Försäkringskassans handläggare och arbetsförmedlare.

Skattningsinstrument. Vid tre tillfällen fick deltagarna svara på enkäter där de skattade sin arbetsförmåga och olika aspekter på sin hälsa. För kliniskt bruk nyttjades MINI-intervjuer, MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) samt GAF (Global Assessment of Functioning). Ett år efter utförsäkringen samlade projektet in data från Försäkringskassan över om deltagarna återvänt till sjukförsäkringen.

Erfarenheter

Erfarenheter från behandlingsarbetet. Då deltagarna hade lång sjukfrånvaro och heterogen problematik, var det viktigt att möjligheten fanns att anpassa rehabiliteringsupplägget efter individens behov och önskemål. De tillhörde också den första gruppen som utförsäkrades mot sin vilja. Utförsäkringen uppfattades av många som hotfull vilket kunde innebära en extra psykosocial belastning.

Flera deltagare hade svårt att komma till inbokade tider för att träffa behandlare, vilket ledde till många ombokningar. De hade inrättat sina liv för att leva utanför arbetsmarknaden och hade en livssituation som försvårade regelbundna besökstider med behandlarna. Många hade djur att sköta, ansvar för barn, ett boende som försvårade kommunikation eller omfattande fysiska eller psykologiska problem. Kontakt med deltagare som uteblev skedde framför allt via telefon, men även via brev.

Erfarenheter från samverkan. Samverkan mellan organisationerna var inledningsvis en försvårande omständighet. I början av projektet fick mycket tid läggas på att få till en mer fungerande samverkan. Under projekttiden framträdde ett stort behov av att kontaktpersonen skulle finnas med på mötet vid arbetslivsintroduktionen. Medarbetare från olika aktörer var ovana vid att genomföra gemensamma möten, för att överbrygga detta behövde syftet med projektet synliggöras. Det ömsesidiga kunskapsutbytet och ökad förståelse för varandras arbetsuppgifter blev en tydlig vinst i samband med samverkan. Det innebar ökad öppenhet och en möjlighet att uppnå långsiktiga lösningar. ■



FORSKNINGS- LEDARE

Ingrid

Anderzén är med.dr vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap på Uppsala universitet och avdelningschef på ArbetsRehab – kompetenscentrum för arbetslivs-inriktad rehabilitering på Akademiska sjukhuset.

E-post: ingrid.anderzen@pubcare.uu.se



Goda resultat för problembaserad metod vid psykisk ohälsa

Projekt: Problembaserad metod (PBM) och dess effekter på hälsa och arbetsförmåga för personer sjukskrivna (eller i riskzonen för sjukskrivning) på grund av depression, ångest och stressyndrom. **Region:** Kalmar läns landsting och Region Jönköpings län. **Forskningsledare:** Kent-Inger Perseius, leg. sjuksköterska, docent och Inger Jansson, leg. arbetsterapeut, fil.dr. **Institution:** Hälsohögskolan i Jönköping.

VAD?

► Projektet visar att både PBM och KBT ger signifikant symptomlindring för personer med psykisk ohälsa av typen ångest, depression eller stressymtom. PBM var mest kostnads-effektiv.

projektet jämfördes *Problembaserad metod* (PBM) med kognitiv beteendeterapi (KBT). Båda interventionerna gav signifikant symptomlindring såväl direkt efter interventionen som sex månader senare.

Problembaserad metod har framgångsrikt använts för rehabilitering av personer med olika besvär såsom långvarig smärta och psykisk ohälsa. Metoden kommer från *Problembaserat lärande* (PBL), en pedagogisk metod där lärandet sker genom problemlösning i grupp. Att arbeta i grupp och tänka i pedagogiska banor har visat sig ha flera fördelar även inom rehabilitering. Deltagarna blir engagerade och aktivt styrande i sin egen rehabilitering snarare än passiva mottagare av insatser och information. Deltagarna arbetar, med stöd av handledare, mot egendefinierade förändringsmål som ska vara konkreta och välavgränsade. Handledaren fungerar som koordinator och har ingen terapeutisk roll.

I projektet jämfördes PBM med kognitiv beteendeterapi (KBT) i en randomiserad kontrollerad studie. Patienterna rekryterades vid vårdcentraler, företagshälsovård och psykiatriska öppenvårdsmottagningar inom Kalmar- och Jönköpings läns landsting. Deltagarna var sjukskrivna eller riskerade att bli sjukskrivna på grund av mild till måttlig ångest, depression eller stressyndrom.

Totalt randomiserades 89 personer till behandling i projektet, 44 till PBM och 45 till KBT. Av dem avslutade 50 personer behandlingen, 22 till PBM och 28 till KBT, och 36 personer genomförde sexmånadersuppföljningen. Deltagarna som randomiserades till PBM träffades i grupp en gång per vecka under tolv veckor. Grupperna leddes av en handledare med utbildning i PBM. Deltagarna i kontrollgruppen fick individuell behandling enligt riktlinjer för KBT-behandling inom primärvården.

Data samlades in dels via självskattningsskalor med fokus på olika aspekter av hälsa som ångest och depression (HAD), stress (SCI 93) samt hälsorelaterad livskvalitet. Till detta kommer uppgifter om sjukskrivning och en självskattningsskala med fokus på arbetsförmåga (DOA).

Resultatet visade att båda interventionerna var förknippade med signifikant symtomlindring såväl direkt efter interventionen som sex månader senare. Effekterna var tydligare för KBT än för PBM.

När man ställer hälsoeffekter i relation till kostnader faller dock PBM ut som det mer kostnadseffektiva alternativet beroende på betydligt lägre kostnader. Efter sex månader hade personerna i båda grupperna signifikant lägre sjukskrivningsfrekvens (31 procent för PBM och 26 procent för KBT) med en beräknad per capitavinst för socialförsäkringen motsvarande cirka 67 000 respektive 56 000 kronor.

För problembaserade egenvårdsgrupper innebär resultatet ett första steg mot en evidensbas både för att förebygga stressrelaterad sjuklighet och att kunna reducera symtom på ett kostnadseffektivt sätt.

Projektet genomfördes på Nyckeln kurs- och kompetenscenter, länssjukhuset i Kalmar och på vårdcentral i landstinget i Jönköping (nuvarande region Jönköpings län). ■



FORSKNINGS- LEDARE

Inger Jansson

är leg. arbetsterapeut och fil.dr och biträdande lektor på Avdelningen för rehabilitering på Hälsohögskolan i Jönköping.

E-post: inger.jansson@ju.se



Fokus på arbetsledare förebygger och lindrar smärta på jobbet

Projekt: Implementering av tidiga arbetsplatsbaserade preventiva insatser för personer med smärtrelaterad funktionsnedsättning. **Region:** Örebro läns landsting.

Forskningsledare: Steven J. Linton, professor och Katja Boersma, professor.

Institution: Örebro universitet.

VAD?

► Arbetsplatsbaserade preventiva insatser för personer med smärtrelaterad funktionsnedsättning kan spara både människor och samhällets resurser.

Psykosociala faktorer har stor betydelse för smärtproblematik. En kombination av screening, utbildning av arbetsledare och KBT kan spara både människor och samhällets resurser. Forskarna föreslår att projektets metod för preventiva insatser implementeras inom ramen för företagshälsovården.

Kronisk muskuloskeletal smärta är ett tillstånd som inte bara stör det vardagliga livet hos de drabbade, utan också innebär hög konsumtion av samhälleliga resurser och produktivitetstidsluster. Dessutom är ofta en effektiv rehabilitering av redan utvecklad kronisk smärta både tidskrävande och svår att få till. Därför bör tidig identifiering av personer

som löper risk för utveckling av långvariga smärtproblem i kombination med effektiva förebyggande interventioner riktade mot kända riskfaktorer, vara att föredra.

Detta övergripande preventionsprogram för muskuloskeletal smärta kan implementeras i det befintliga systemet för företagshälsovård. Det består av två delar: Ett screening-instrument avsett för att tidigt identifiera personer med hög risk för att utveckla kroniska smärtproblem, samt en kort preventiv intervention baserad huvudsakligen på KBT-tekniker.

Det nya med denna ansats är att behandlingen levereras på två olika nivåer samtidigt. Dels mot personer som lider av muskuloskeletal smärta, dels mot en bredare arbetsplatskontext. Här ligger fokus på arbetsledare som har en viktig roll i utformningen av arbetsmiljön.

Studiens övergripande syfte var att undersöka om den föreslagna interventionen kan förebygga långvarig smärtrelaterad funktionsnedsättning i jämförelse med sedvanlig vård.

Projektet genomförde en randomiserad kontrollerad studie med 140 deltagare, som slumpmässigt tilldelades antingen sedvanlig vård eller preventiv intervention. Som utfallsmått användes: Arbetssjukfrånvaro på grund av smärta, användning av hälso- och sjukvårdsresurser, smärtintensitet och självrapporterad hälsostatus.

Resultatet visar att båda grupperna har förbättrats på samtliga utfallsvariabler. Dock visade deltagarna från preventionsgruppen färre sjukskrivningsdagar på grund av smärta vid sexmånadersuppföljningen. De sökte också hjälp för sina smärtproblem mindre frekvent. Slutligen bedömde de sin hälsostatus som bättre än deltagarna från den grupp som erhållit sedvanlig vård.

Sammanfattningsvis har implementeringen av det föreslagna preventiva programmet för personer i riskzonen för att utveckla långvariga smärtproblem varit framgångsrik i en ram för den befintliga företagshälsovården. Vidare har programmet resulterat i bättre utfall jämfört med den sedvanliga behandlingen. Således bör detta program rekommenderas för implementering inom företagshälsovården. Framtida forskning behövs för att avgöra om programmet kan appliceras inom primärvården.

Behandlingsmanual

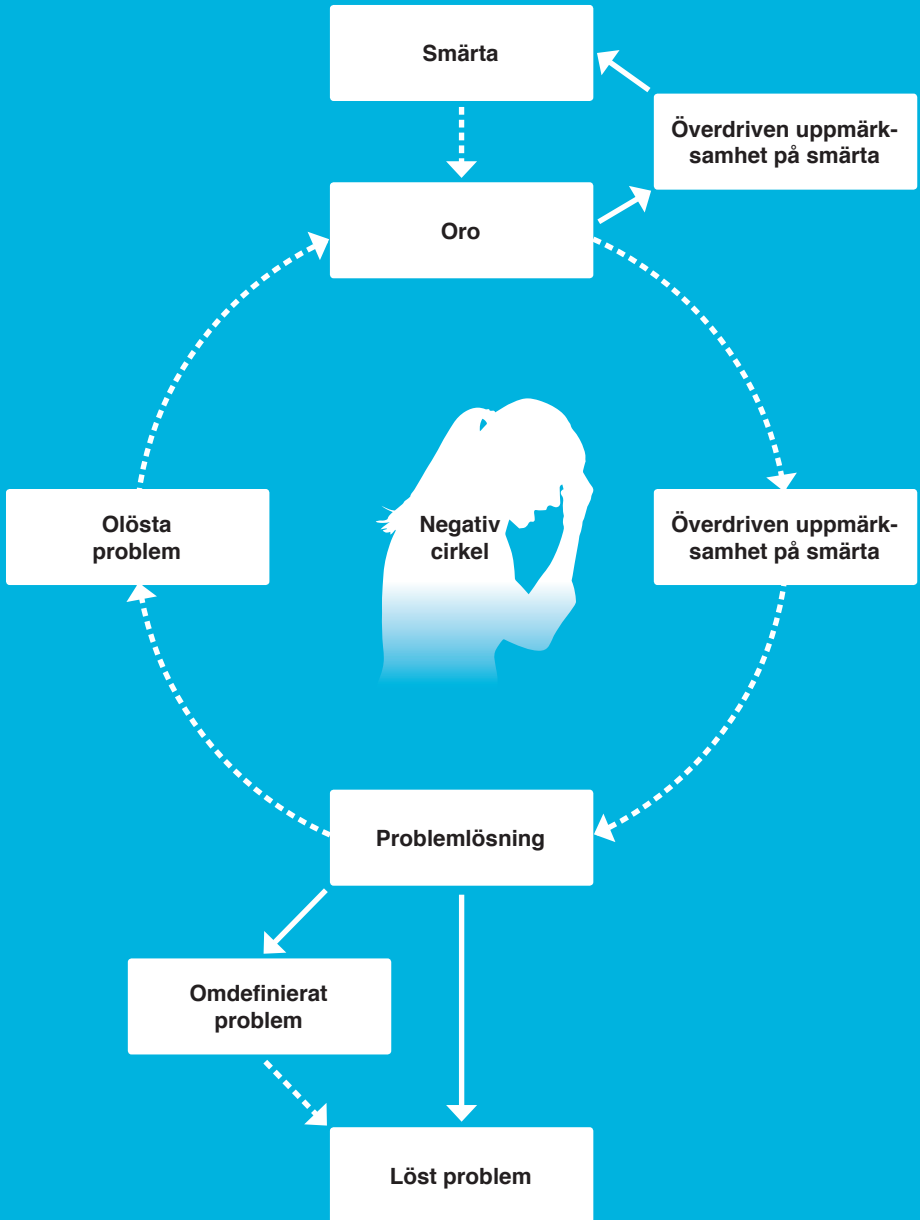
Under sin livstid kommer cirka 85 procent av befolkningen att söka vård på grund av smärta. För ett fåtal av dessa riskerar smärtan att bli långvarig och ge stora negativa konsekvenser för arbetsliv och privatliv. Det är av största vikt att identifiera individer som ligger i riskzonen tidigt, då både samhällets kostnader och individens lidande är väldigt stort.

Det finns effektiva metoder för att hjälpa människor som befinner sig i riskzonen. De flesta av dessa metoder baseras på kognitiv beteendeterapi (KBT). KBT behandlingen "PAIN-SMÄRT" innehåller komponenter som tidigare har visat sig vara effektiva men också innehåller en förhållandevis ny del – en utbildning för arbetsledare. Denna typ av intervention har testats tidigare med lovande resultat och det finns goda skäl att ha förhoppningar om att det i kombination med en individbehandling kan ge bättre resultat än varje intervention i sig.

”Både samhällets kostnader och individens lidande är väldigt stort.”

Målet med denna behandling är att minska risken för att smärtproblem ska bli långvariga samt att minska risken för sjukskrivning. Tanken är att detta ska göras på flera sätt, men gemensamt är att patienten uppmuntras att se sitt problem ur ett livskvalitetsperspektiv och att fokus ligger på förändringar och förhållningssätt till arbetssituationen.

Felriktade problemlösningssmodellen



Behandlingen utgår huvudsakligen från den så kallade felriktade problemlösningsmodellen. Den utgår ifrån tanken att smärta ger upphov till oro. Oron i sin tur sätter igång en problemlösningsprocess. När man försöker lösa problemet hamnar man lätt i en biomedicinsk eller arbetsplatsinriktad förklaring till vad som orsakar smärtan och vad som måste åtgärdas för att komma till rätta med den. De åtgärder som individen kan göra på dessa områden leder sällan till att smärtan förbättras, utan istället kan det till och med leda till en sämre prognos på sikt. Om problemet inte blir löst hamnar man lätt i en ond cirkel av misslyckade försök att lösa sina problem. Denna cirkel kan endast brytas genom att man formulerar om problemet så att problemlösningsförsöken har en chans att lyckas.

”Ett stort problem är att de inte upplever att de får förståelse på arbetsplatsen.”

För att bryta den onda cirkeln, eller undvika att hamna i den till att börja med, fokuseras behandlingens insatser på tre områden:

- ▶ **Målformulering.**
- ▶ **Problemlösningsfärdigheter.**
- ▶ **Kommunikationsfärdigheter.**

Behandlingen utgörs av tre sessioner, under vilka man på olika sätt arbetar med dessa områden. Också patientens arbetsledare erbjuds två träffar där man arbetar med problemlösning och kommunikation. Anledningen till detta är att forskning har visat att arbetsplatsfaktorer påverkar



utvecklingen av smärtproblematik. De faktorer som framför allt visat sig vara centrala för hur förloppet blir, är psykosociala faktorer som arbetsledaren har stort inflytande över. Exempelvis är ett stort problem för individer med smärtproblematik att de inte upplever att de får förståelse på arbetsplatsen. Genom arbete med kommunikation, även från arbetsledaren sida, kan man tänka sig att patienten upplever ökad förståelse och minskad negativ affektivitet och därigenom större tillgång till sina resurser i form av problemlösningsförmåga och även förmåga att fokusera på mer långsiktiga mål.

Patienten och arbetsledaren får delvis samma kunskaper. Därefter kan de ses och gemensamt prata om problemet och hur man kan gå till väga för att undvika att smärtproblematiken får en negativ händelseutveckling. ■



FORSKNINGS- LEDARE

Steven J.

Linton är professor i klinisk psykologi på Örebro universitet.

E-post:

steven.linton@oru.se



Ökad livskvalitet och minskad samhällskostnad för smärtpatienter

Projekt: ALAR – aktivitets- och livsrollsinriktad rehabilitering i primärvård vid långvarig muskuloskeletal smärta. **Region:** Landstinget Dalarna.

Forskningsledare: Catharina Gustavsson, leg. fysioterapeut, med.dr.

Institution: Centrum för klinisk forskning Dalarna.

VAD?

► Projektet ALAR undersökte om Aktivitets- och livsrollsinriktad arbetsrehabilitering (ALAR) ökar återgång i arbete, minskar sjukfrånvaro och förbättrar förmågan att klara vardagen.

En ny metod för arbetsrehabilitering ger smärtpatienter högre livskvalitet till en lägre samhällskostnad. Aktivitets- och livsrollsinriktad arbetsrehabilitering (ALAR) är utarbetad speciellt för primärvården och har fokus på psykosociala hinder för återgång i arbete. Målet är minskad aktivitetsbegränsning och ökad arbetsförmåga hos personer med långvarig muskuloskeletal smärta. Projektet med samma namn ville undersöka om ALAR också ökar återgång i arbete, minskar sjukfrånvaro och förbättrar förmågan att klara vardagen.

Smärtbehandling har ofta utgått från ett biomedicinsk perspektiv. Forskning visar dock att smärtrelaterad aktivitetsbegränsning och nedsatt arbetsförmåga till större del förklaras av psykologiska, sociala och arbetsrelaterade faktorer, än av smärtintensitet. Därför är det viktigt att utveckla rehabiliteringsmodeller som riktar sig mot psykosociala hinder för återgång i arbete. Sådana program saknas idag i svensk primärvård, där en stor andel av de som söker

vård för muskuloskeletal smärta behandlas. Likaså är det brist på behandlingsstrategier med visad effekt på återgång i arbete och minskad sjukskrivning.

ALAR är utvecklat särskilt för primärvården. I projektet provades effekten av programmet genom en jämförelse med primärvårdens multimodala smärtrehabilitering, vilket här betraktades som bästa tillgängliga evidensbaserade rehabiliteringsinsats i primärvården.

De specifika syftena var:

1) Att jämföra behandlingseffekt mellan a) rehabiliteringsprogrammet, ALAR, som tillägg till primärvårdens sedvanliga teambaserade multimodala smärtrehabilitering, och b) primärvårdens sedvanliga teambaserade multimodala smärtrehabilitering (MMR) utan andra tillägg, för personer med långvariga muskuloskeletal smärttillstånd, avseende de primära utfallsvariablerna återgång i arbete och sjukfrånvaro.

2) Att utvärdera hälsoekonomiska konsekvenser.

Projektet genomfördes vid sex vårdcentraler i Landstinget Dalarna under åren 2010–2013. Deltagarna tillfrågades om de ville medverka i ALAR i samband med att de sökte vård för långvarig muskuloskeletal smärta under mer än tre månader. Totalt deltog 65 personer mellan 18–35 år varav 33 lottades till ALAR. Resterande fick sedvanlig multimodal smärtrehabilitering på vårdcentralen. ALAR-behandlingen tillhandahölls av speciellt utbildad personal, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Kontrollbehandling genomfördes av deras kollegor.

Effekten av behandlingen mättes efter nio veckor samt vid ett år räknat från datum för påbörjad behandling med ett självskattningsformulär. Deltagarna telefonintervjuades om sjukskrivning och arbetsförmåga och uppgifter om antal besök medan innehåll i behandlingen och behandlingsperiod hämtades från patientjournalerna på vårdcentralerna. Analyserna indikerar att ALAR har en effekt på återgång i arbete mätt som en minskning i självrapporterad sjukfrånvaro vid ettårsuppföljningen jämfört med före behandlingen. Men skillnaden var inte statistiskt säkerställd. De hälsoekonomiska kostnadsnyttoanalyserna visar att ALAR vid ettårsuppföljningen hade lägre kostnad och högre QALY än kontrollbehandlingen MMR. Det vill säga lägre samhällskostnad och högre livskvalitet.

QALY

►Quality-Adjusted Life Years, kvalitetsjusterade levnadsår, är ett mått för att väga olika medicinska insatser mot varandra som inte enbart tar hänsyn till hur många extra år som olika medicinska insatser kan ge utan också till kvaliteten på dessa år.



Behandlingsmanual

ALAR-programmet skiljer sig från mer traditionella rehabiliteringsmetoder genom att ha fokus på återintegrering i livsroller, det vill säga genom att lyfta upp de aktiviteter som prioriteras av patienten i relation till dennes livsroller. Utgångspunkten för programmets utformning är individuella och av patienten valda aktivitetsrelaterade målsättningar för vardagslivet. I många rehabiliteringsmetoder misslyckas patienter med att upprätthålla motivation och engagemang eftersom de upplever aktiviteterna som irrelevanta för deras livssituation. Aktivitet är terapeutisk endast om den upplevs som meningsfull för patienten.

Rehabiliteringsprogrammet har ett strukturerat upplägg. Varje träff har en specifik agenda, och aktivitetsengagemang är en kumulativ process som fortgår under hela behandlingsprogrammet. Innehållet i diskussionerna om aktivitetsplaneringen och målsättningarna är individualiserade för att vara unika för varje person. De generella målen är detsamma för alla. Initialt i behandlingen görs en screening av psykosociala riskfaktorer, vilken följs upp med en mätning halvvägs, och vid avslut, i programmet. Skattningen före behandlingen är en screening för att avgöra om en patient är lämplig för att följa ALAR. Den mäter förekomsten av psykosociala riskfaktorer för funktionsnedsättning, utgör underlag för att bedöma individuella behov och vägleder till individuell anpassning av innehållet i programmet. Skattningen halvvägs in i programmet diskuteras med patienten och används för att utvärdera att man är på väg i rätt riktning, mot patientens målsättningar, och vägleder fortsatt individuell anpassning av programmet. Den avslutande skattningen används som utvärdering av programmet.

ALAR genomförs som en tioveckors rehabilitering i primärvård, bestående av en träff i veckan, om en till en och en halv timme, på vårdcentralen. Speciellt utbildade coacher, arbetsterapeuter och sjukgymnaster, har tillhandahållit behandlingen. Under veckan mellan träffarna gör deltagaren hemuppgifter. De omfattar aktivitetsplanering och aktivitetsdagbok, övningar för att reflektera över och sätta mål, liksom olika typer av aktivitetsbeteenden som motion. Allt arbets-

material som patienten kan tänkas behöva under programmet, finns i en arbetsbok som patienten får vid start. Alla hemuppgifter följs upp och diskuteras vid den nästkommande träffen på vårdcentralen. Patienterna förväntas ta en aktiv del i sin rehabilitering och styra inriktningen baserat på sina egna målsättningar och egenvalda aktiviteter.

Struktur och innehåll. 1) Undervisning och lugnande försäkringar. Arbetsbokens texter och tips utbildar patienten i olika aspekter kopplade till muskuloskeletala sjukdomar och skador. ALAR-coachen förmedlar evidensbaserad egenvårdsråd: Att de flesta symtom vid muskuloskeletala smärtsyndrom är godartade och om vikten av att vara så aktiv som möjligt för att främja framsteg i rehabiliteringen.

2) Upprätthålla en aktivitetsdagbok.

3) Schemaläggning av aktiviteter. Aktiviteterna kan innefatta hushållssysslor, ärenden, sociala eller rekreationsaktiviteter.

4) Promenadrutin. Patienten börjar med en kort promenad varje dag, till exempel femton minuter. Promenadens längd ökas sedan successivt, vecka för vecka. Syftet med promenadrutinen är att återspegla de behov man har när man är i arbete, det vill säga att vakna i god tid, kliva upp och klä sig och ta sig utanför huset på vardagsmorgnar.

5) Öka aktivitetsdelaktighet. Aktivitetsdeltagande erbjuder tillfällen till upplevelser av framgång och prestation, vilket ökar tilltron till den egna förmågan och främjar en fortsatt positiv och engagerad inställning till rehabiliteringen. Patienten introduceras också i strategier för att möta hinder för aktivitetsdeltagande.

6) Övervinna psykologiska hinder för aktivitetsdeltagande. I programmets andra utvecklas färdigheter för att övervinna rädsla för förnyade symtom och skador, lära sig att monitorera och modifiera katastroftänkande i relation till symtom och lära sig utmana sina självupplevda begränsningar. Aktivitetsdeltagande är fortsatt det viktigaste verktyget då det minskar uppmärksamheten på negativa tankar, ger återkommande exponering för tidigare avbrutna aktiviteter eller aktiviteter som patienten har undvikit. Så småningom skapas en verklighet som inte är förenlig med föreställningar om att vara permanent funktionsnedsatt. ■



FORSKNINGS- LEDARE

**Catharina
Gustavsson,**

är leg. fysioterapeut och med.dr vid Akademisk vårdcentral Jakobs-
gårdarna i Borlänge och forskar vid Centrum för klinisk forskning Dalarna.

E-post:
catharina.gustavsson@
ltdalarna.se



Lättanvänd mjukvara avgörande vid internet- behandling

Projekt: MerIT – acceptansorienterad KBT via internet vid multimodal rehabilitering av långvarig smärta. **Region:** Östergötlands läns landsting. **Forskningsledare:** Björn Gedle, professor. **Institution:** Linköpings universitet.

VAD?

► Merit-projektet undersökte om ett befintligt multimodalt rehabiliteringsprogram skulle kunna förbättras med ytterligare resurser via internet.

Merit-projektet har bidragit med många värdefulla kunskaper till forskargruppen. Vikten av ett stabilt och lättanvänt datorsystem har blivit tydlig. Komplexiteten i teknikfrågor och samarbete med programmerare, samt behovet av ordentligt med tid för utveckling och testning av system underskattades sannolikt inledningsvis, vilket var en viktig lärdom.

I denna randomiserade kontrollerade studie undersöktes om effekten av ett befintligt multimodalt rehabiliteringsprogram (MMRP) skulle kunna förbättras med ytterligare resurser via Internet (MMRP-IT). Ett annat viktigt syfte

var att erhålla fördjupade kunskaper om fördelar och nackdelar, möjligheter och svårigheter vid tillskapandet och genomförandet av ett internetbaserat behandlingsprogram.

De positiva resultaten för patienterna ökade inte markant med internettillägget. Forskargruppen tar det ändå för sannolikt att patienter kan ha glädje av internetbaserad information under och efter rehabprogram. Det står dock klart att internetbehandling behöver ges i en mycket lätt-tillgänglig form om den faktiskt ska bli använd.

Internetbaserade interventioner kan vara en resurs för att förhindra återfall efter MMRP och mer kostnadseffektivt än fortsatt individuell behandling efter avslutad MMRP. För patienten kan det ge möjlighet att repetera material, kompensera för eventuellt frånvaro och fördjupad kunskap inom områden som patienter upplever som särskilt intressanta.

Antalet patienter med kronisk smärta som ingick i studien var $n=35$ i MMRP och $n=34$ i MMRP-IT. Alla försökspersoner besvarade väletablerade psykometriska instrument som används i det svenska kvalitetsregistret för smärtehabilitering (NRS). Viktiga resultat och erfarenheter från denna studie, utvärderad omedelbart efter det multimodala rehabiliteringsprogrammet är:

- ▶ Att lägga till en internetkomponent, www.mer-it.se, till ett befintligt och effektivt multimodalt rehabiliteringsprogram ökade inte markant de positiva resultaten.
- ▶ Det är mycket viktigt att det är lätt för deltagarna att logga in på internetplattformen, att användningen av behandlingsmodulerna underlättas och att alla typer av frustrerande krångel minimeras.
- ▶ Det är angeläget att minimera tiden för terapeutens administration genom att utforma internetplattformen så att tidsödande element elimineras i möjligaste mån.
- ▶ Vid utvecklandet av en internetplattform är det viktigt att projektiden tillåter noggranna tester ur både personal- och patientperspektiv. I denna studie hade en längre period av testning kunnat förebygga senare uppkomna problem.
- ▶ En noggrann plan för påminnelser om uppgifter och enkäter måste ingå i konceptet.



Behandlingsmanual

Mer-it.se. Mer-it.se var ett tillägg till det ordinarie multimodala rehabiliteringsprogrammet på kliniken. Innehållet på mer-it.se byggde alltså på och speglade innehållet i rehabprogrammet. Det var inte en fristående intervention.

Behandlingen utgjordes av flera olika delar: Behandlingstexter, dagbok, ljudklipp med mera. Behandlingstexterna utgjorde stommen i materialet och motsvarade oftast en halv A4 sida. Vissa behandlingstexter kompletterades med en tom ruta i slutet, där deltagarna fick skriva in egna reflektioner, eller svara på någon specifik fråga. På så sätt kunde behandlaren se om deltagaren förstätt innehållet i texten. Behandlaren kunde ge skriftlig feedback på svaren med uppmuntran till framsteg och förändringar, och påminnelser om saker deltagaren lärt sig. Gruppen fick en eller två behandlingstexter i veckan, som ofta kompletterades med en praktisk övning, till exempel en mindfulness-övning i ljudform. Det fanns också bilder och arbetsblad. Till exempel fanns bilder där en sjukgymnast illustrerade en träningsövning och arbetsblad från arbetsterapin i rehabprogrammet som deltagaren här kunde repetera på egen hand.

Programmet erbjöd en möjlighet att föra träningsdagbok, där framstegen kunde följas i en graf vecka för vecka. Likaså kunde patienten skatta sina framsteg på andra områden i livet: Arbete, hälsa, fritid och relationer. Skattningen var i form av en illustrerad piltavla, där deltagaren satte kryss i enlighet med hur nöjd denne var med sina handlingar under den senaste veckan.

Det varierade hur denna möjlighet utnyttjades. Relativt få deltagare loggade in och fyllde i träningsaktiviteter så pass många gånger att de kunde följa framstegen på det sätt som var tänkt med grafen. Det var också få som genomförde skattningar tillräckligt ofta för att de skulle få den avsedda funktionen.

Sex veckors program. Material delades ut en gång i veckan under de sex veckor som rehabprogrammet pågick. Därefter följde ett månadslångt uppehåll innan uppföljningsdelen/återfallspreventionsdelen tog vid. Uppföljningsdelen

bestod av material med psykologiskt, sjukgymnastiskt och arbetsterapeutiskt perspektiv. Under första veckan fick patienten välja vilka delar denne önskade: Arbetsterapi, sjukgymnastik, KBT och/eller sömn. Vad som erbjöds anpassades till vilka delar av rehabprogrammet man hade gått. Därefter tilldelades patienten kortare informativa texter, påminnelser, illustrativa bilder med mera veckovis, under tio veckor. De aktiva patienterna arbetade med Merit-materialet under olika lång tid, mellan en halv och en timme per vecka. Att som behandlare skriva ett svar till en patient tog cirka tio minuter.

”Erbjöd en möjlighet att föra träningsdagbok, där framstegen kunde följas.”

Medverkande professioner. I det multimodala rehabiliteringsprogrammet ingår arbetsterapeuter, psykologer, sjukgymnaster och läkare. Psykologer höll i administration, inklusion och behandling. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster utformade behandlingsinnehållet i mer-it.se, som speglade innehållet i rehabiliteringsprogrammet. Sjukgymnaster hjälpte också till att informera patienter om studien och fråga om de ville medverka. Det skedde i samband med att patienten besökte sjukgymnast på en informationsträff inför ett multimodalt rehabprogram. Patienten hade möjlighet att konsultera arbetsterapeut och sjukgymnast vid behov.

Två programmerare designade och byggde internetplattformen mer-it.se. De fanns också till hands för att lösa problem och ge support till användarna vid behov.

En forskningssjuksköterska ringde patienter för att påminna om mer-it.se, samt om formulär. Denne skötte också utbetalningar av ekonomisk ersättning till deltagarna.


Kvalitetssäkring. Psykologerna har haft möten och diskuterat aktuella frågor, till exempel delat med sig av svar att skriva till patienter.

Samverkan. Patienterna uppmanades att involvera anhöriga i behandlingen och dela med sig av behandlingstexter. Detta var dock frivilligt. I övrigt skedde samverkan med Försäkringskassan, Arbetsförmedling eller arbetsgivare, familj och behandlande läkare som del av det ordinarie rehabiliteringsprogrammet, och togs inte upp specifikt i Merit.

Rehabiliteringsplanering. Rehabiliteringsplaneringen genomfördes vid personliga möten med de arbetsterapeuter, sjukgymnaster och psykologer som behandlade patienten i rehabiliteringsprogrammet. Eftersom mer-it.se endast var ett tillägg till den ordinarie behandlingen, fick systemet en begränsad roll i rehabiliteringsplaneringen. Inslagen i uppföljningsdelen om rehabiliteringsplaneringen, handlade därför mer generellt om balans mellan arbete och fritid, påminnelser om hur man kan få en god sömn och goda levnadsvanor, uppmuntran till fortsatt fysisk träning och så vidare - alltså faktorer som påverkar arbetsförmåga i och med att det påverkar livskvalitet och hälsa generellt.

Tekniska problem. Testerna av systemet komprimerades till ett minimum för att vi skulle kunna hålla deadlines och komma igång med rekrytering av deltagare. I efterhand tror vi att det hade lönat sig att investera mer tid i att skapa ett stabilt och välfungerande system som uppfyller alla krav, utifrån patientperspektiv, behandlarperspektiv och forskarperspektiv. En noggrann kravspecifikation och ordentlig testning av systemet, till exempel genom att bjuda in patienter att delta i fokusgrupper kunde ha skapat bättre förutsättningar. Detta gjordes till viss del men inte tillräckligt noga för att alla problem kunde hittas och lösas.

Utmaningar var att få programmerarna att förstå beho-



ven och syftet med systemet, men också för forskarna att förstå den tekniska sidan, till exempel vad som faktiskt kan och inte kan göras.

Deltagarnas tolerans för tekniska problem var inte särskilt hög. Många har beskrivit negativa erfarenheter av att jobba vid dator generellt. I det avseendet antar vi att våra deltagare skiljer sig från deltagare i många andra studier av internetbaserad behandling. Om en person söker internetbaserad behandling frivilligt kan antas att denne har en positiv inställning till datorer, och därmed överseende med enstaka tekniska problem. Våra deltagare hade inte efterfrågat internetbaserad behandling utan fick det "på köpet" till rehabprogrammet.

Rekrytering. Antalet deltagare som kunde rekryteras var från början mycket begränsat eftersom studien enbart vände sig till de deltagare som gick minst två delar av ett multimodalt rehabprogram. Under de två år som deltagare rekryterades visade det sig inte bli fler än 133 personer, varav 113 tackade ja till att delta. 163 personer gick förvisso rehabprogram men en del av dessa fick bara enstaka modaliteter, vilket gjorde att de inte uppfyllde inklusionskriterierna.

Följsamhet i behandlingen. Långt från alla deltagare var aktiva på mer-it.se. Vad detta beror på är ännu oklart och kommer sannolikt att undersökas efter projektets slut. En möjlighet är att rehabiliteringsprogrammet i sig innehåller så mycket information, hemuppgifter, övningar och så vidare, att mer-it.se helt enkelt glömdes bort trots upprepade påminnelser. En annan möjlighet är att någon som tackade ja kanske egentligen inte var särskilt intresserad.

Forskargruppen påminde deltagarna om att logga in per e-post, telefonsamtal och sms. Sms fungerade relativt bra för att uppmuntra deltagare att fylla i formulär. Många uttryckte uppskattning över att få påminnelse-sms. För forskaren är sms ett enkelt och tidsbesparande kommunikationssätt. Sms skickades via Cellsynt mobile services, www.cellsynt.com/sv/. ■



**FORSKNINGS-
LEDARE**

Björn Gerdle, är professor och överläkare i smärt- och rehabiliteringsmedicin vid Institutionen för medicin och hälsa på Linköpings universitet.

E-post: bjorn.gerdle@liu.se



Fysisk träning eller ACT mot smärta? Det beror på...

Projekt: FACTA – unimodala rehabiliteringsprogram vid långvarig smärta, levererade av en behandlare – en randomiserad studie
Region: Östergötlands landsting. **Forskningsledare:** Björn Gerdle, professor.
Institution: Linköpings universitet.

VAD?

► Projektet FACTA jämförde tre multimodala rehabiliteringsprogram med avseende på långsiktiga effekter på smärta och dess konsekvenser.

FACTA jämför effekten mellan fysisk träning och psykosociala insatser hos personer med kronisk smärta. På kort sikt är det bara fysisk träning som har effekt på smärtan. Men tittar man på flera utfallsvariabler blir bilden mer komplex.

Jämförelser mellan effekten av fysisk träning respektive psykosociala insatser hos personer med kronisk smärta har gjorts endast i begränsad utsträckning. Kunskap om detta är nödvändigt för att skapa optimala multimodala rehabiliteringsprogram på olika vårdnivåer. Även om båda typerna av interventioner har positiva effekter, behöver dessa inte gälla samma utfallsvariabler. Därför är det viktigt att förstå i vilken utsträckning effekterna överlappar varandra eller är isolerade till en intervention.

Det övergripande strategiska syftet med studien var att ta fram effektiva multimodala rehabiliteringsprogram. I denna studie jämfördes tre insatser som vardera levererades av en profession.

1) Gruppbaserad rehabilitering baserad på konceptet *Acceptance and Commitment Training-Stress Management Intervention* (ACT-SMI)

2) Gruppbaserad rehabilitering baserad på fysisk träning.

3) Gruppbaserade diskussioner om smärta och dess konsekvenser, som utgjorde kontrollgruppen.

Interventionerna jämfördes med avseende på långsiktiga effekter på smärta och dess konsekvenser, bland annat upplevd hälsa och återgång till arbete/sjukskrivning. Studiens övergripande hypotes var att ACT-SMI innebär bättre resultat på lång sikt, eftersom det hjälper individen att behandla de psykologiska aspekterna på egen hand.

Den första uppföljningen, direkt efter interventionerna, visade att endast träning gav signifikanta förbättringar av smärtintensitet. För övriga utfallsområden fanns bara några få skillnader till förmån för träning. Inomgruppsanalyser visade fler förbättringar i träningsinterventionen (19 av 35 utfallsvariabler) än i ACT-SMI (7 av 35 utfallsvariabler) och kontrollgruppen (2 av 35 utfallsvariabler). De multivariata analyserna visade en mer komplex bild där flera variabler visade simultana förändringar till förmån för både ACT-SMI och träning i förhållande till kontrollgruppen. Därtill hade träningsinterventionen fördelar i flera avseenden jämfört med ACT-SMI.

Vår övergripande hypotes har inte kunnat bekräftas vid utvärderingen direkt efter interventionerna. Istället föreföll träning vara mer effektivt. Interventionerna kan dock uppvisa olika förlopp på lång sikt.

Vissa patienter erbjöds deltagande efter besök hos läkare på smärtkliniken men merparten av patienterna sökte själva till studien efter annonsering i lokalpress.

Patienterna fick besvara drygt 300 frågor före och direkt efter behandlingen via ett webbformulär. Mätningarna upprepades efter sex och tolv månader. Det var svårt att engagera patienter som arbetade hel- eller deltid när behandlingen var förlagd till kontorstid. Ska behandlingen ges i primärvården bör den ges kvällstid.

Behandlingsmanual

Samtalsgrupp. Behandlingen genomfördes i ett konferensrum med projektor, whiteboard och plats för minst tolv personer. I interventionen ingick leg. psykolog, psykologstudenter under senare delen av sin utbildning, underläkare och sjuksköterska. En läkare besökte första träffen för att informera om studien.

Samtalsgruppen träffades vid sju tillfällen och diskuterade olika teman utifrån egna erfarenheter. Vid tillfälle två, fyra och sex ombads alla att fylla i veckomätningar.

Förhållningssätt. Gruppledaren för samtalsgruppen ...

... bör: Låta deltagarna styra innehåll, föra minnesanteckningar över skeenden och diskurser som kan vara relevanta, se till så att formulär ifylls, se till så det finns fika.

... kan: Hjälpa till att få igång samtalet: "Någon som har liknande erfarenheter?", "Känner vi igen detta?", "Vad brukar ni då göra?", "Det du sa om ... lät intressant". Stötta om det uppstår konflikter i gruppen: "Det verkar vara en viktig fråga där vi har olika erfarenheter", "Ska vi försöka gå vidare, kanske välja ett nytt tema?". Vid behov förstärka deltagarnas deltagande i gruppen: "Intressant att höra", "Tack för att du delar med dig".

... bör inte: Styra samtalet, ge svar på frågor – framför allt kring olika förhållningssätt och hanteringsstrategier.

Samtalen pågick med en träff i veckan under sju veckor. Varje session var cirka två timmar. Fem olika samtalsledare höll i grupperna för att undvika behandlareffekter.

ACT-gruppen. I behandlingen ingick sju träffar om två timmar, där man diskuterade olika aspekter av att leva med smärta. Gruppen leddes av en psykolog med vidareutbildning i ACT. Diskussionerna fördes kring teman som skillnad mellan akut och långvarig smärta, vanliga flyktreaktioner, vad är stress, livsutrymme och balans, språktankar-känslor och regler som hinder.

Man genomförde också en livskompass (skattning) kring värderingsfrågor som: Vad är viktigast, målet eller vägen dit, vad konkret kan man göra i sina livsriktningar, kartlägga hinder och arbeta på strategier. Under träffarna

så fick deltagarna hemuppgifter att jobba med mellan träffarna.

Tre olika psykologer gav behandlingen för att undvika behandlareffekter. Behandlingen genomfördes i konferensrum med projektor, whiteboard och plats för minst tolv personer. En läkare besökte första träffen för att informera om kronisk smärta.

För utförligare beskrivning hänvisas till terapeutmanualen *ACT – Att hantera stress och främja hälsa* av Fredrik Livheim (2010).

Fysisk träning. I programmet ingick 16 träningstillfällen under åtta veckor. Varje tillfälle omfattade en timmes träning och tjugo minuters fika och uppföljning av hemuppgifter. En sjukgymnast inledde alla träningstillfällen med 30 minuter gruppgympa där alla deltog efter egen förmåga, följt av 25 minuters styrka och stabilitetsträning på tio olika stationer som främst riktades till nacke och rygg, med möjlig anpassning. Träningen avslutades med fem minuter stretch. Träningen innehöll moment med gradering. Graderingen innebär att intensiteten och belastningen i träningen ökas efter hand med målsättningen att försökspersonerna ska utöka sin fysiska kapacitet.

Därutöver ingick hemträning såsom promenader, cykling, simning eller dylikt. Det kan vara något som patienten redan gör eller vill komma igång med. Minst en till två gånger i veckan i trettio minuter per gång i form av lättare eller måttlig aerob träning. En gång i veckan går man igenom målsättningar med hemträningen och fikar. Vecka två, fyra och sex gjordes utvärderingar via processmått.

Träningen genomfördes i gymnastiksal, på rehabklinik eller i Friskis & Sveltis lokaler. Olika sjukgymnaster genomförde behandlingen för att undvika behandlareffekter. En läkare besökte första träffen för att ge information om behandlingen. ■



FORSKNINGSLEDARE

Björn Gerdle, är professor och överläkare i smärt- och rehabiliteringsmedicin vid Institutionen för medicin och hälsa på Linköpings universitet.
E-post: bjorn.gerdle@liu.se



Nytt instrument underlättar stöd till flyktingar med kronisk smärta

Projekt: Muskuloskeletal smärta hos irakiska kvinnor som flytt till Sverige, upplevda orsaker och förslag till åtgärd, behovsbedömning – framtagande av en intervjuguide.

Region: Landstinget Sörmland. **Forskningsledare:** Victoria Zander, leg. sjukgymnast. **Institution:** Mälardalens högskola.

VAD?

► Projektet har utformat ett instrument för att underlätta och förbättra bemötandet av flyktingkvinnor med kronisk muskuloskeletal smärta i primärvården.

Med intervjuer och frågeformulär ville projektet belysa orsaker och förslag till åtgärder mot kronisk muskuloskeletal smärta hos irakiska kvinnor. Resultatet har använts för att utveckla ett instrument som kan underlätta för personal inom primärvården att identifiera och möta patienternas behov.

Kvinnor som tvingas fly till Sverige är i många fall sårbara individer med erfarenheter av krig och trauma. Många utvecklar muskuloskeletal smärta, men det saknas kunskap om gruppens specifika behov och om hur hälso- och sjukvården kan möta dessa.

I två inledande studier har vi vänt oss till irakiska kvinnor samt till personal inom primärvården. Genom intervjuer och frågeformulär var syftet att belysa upplevda orsaker och förslag till åtgärder.

Resultaten visade på svårigheter att identifiera och möta behoven hos personer som lider av kronisk smärta och



konsekvenserna av detta. Studieresultaten belyste även ett behov av organisatoriska förändringar med ökat samarbete inom samhället, liksom ökad medvetenhet och nya rutiner inom sjukvården för att undvika att försätta patienten i underläge.

Rehabilitering som inte skraddarsyttts till individen, hennes erfarenheter och förväntningar, sätter patienten i ett ogynnsamt läge. Ett ökat stöd för personal vid identifiering av rehabiliteringsbehov och planering av åtgärder kan förhoppningsvis hjälpa dessa kvinnor till en mer effektiv rehabilitering.

Resultaten har tillsammans med en litteraturoversikt använts för att utveckla en intervjuguide. Den ska stödja personal inom primärvården i arbetet med att identifiera behov relaterat till smärta hos målgruppen. Intervjuguiden har testats kliniskt och ska användas och utvärderas ytterligare i en kommande interventionsstudie.



Behandlingsmanual

Denna intervjuguide är avsedd som ett stöd för vårdpersonal inom primärvården i identifikation av specifika rehabiliteringsbehov för kronisk muskuloskeletal smärta hos kvinnor från Mellanöstern. Intervjuguiden är personcentrerad och anpassad till att användas av alla professioner inom primärvården.

Patienten bjuds in i samtalet där hennes föreställningar, farhågor och förväntningar står i fokus. Hon får identifiera svårigheter i sina vardagliga aktiviteter och får möjlighet att själv sätta mål och bli delaktig i sin rehabilitering. Intervjuguiden identifierar även behov av samarbete mellan olika aktörer såväl inom vården som i samhället.

”Patientens föreställningar, farhågor och förväntningar står i fokus.”

Frågeformulär

- ▶ Behöver patienten tolk? Språk?
- ▶ Varför har hon sökt sjukvård? Vad behöver hon hjälp med? Lyssna tre minuter efter föreställningar, farhågor, förväntningar.
- ▶ Patientens historia? Ursprungsland, familj, tidigare sysselsättning, anledning till migration, upplevt trauma.
- ▶ Vilka utredningar uppger patienten att hon genomgått här eller i ett annat land? Patientens berättelse, jämför med patientens förväntningar och farhågor.
- ▶ Vilken diagnos eller diagnoser uppger patienten att hon fått?

- ▶ Vilka behandlingar uppger patienten att hon genomgått? Effekt?
- ▶ Livssituation i Sverige? Boende, sysselsättning, ekonomi, socialt nätverk, trivsel.
- ▶ Vad eller vilka i hennes omgivning påverkar hur hon mår?
- ▶ Har patienten:
 - Sömnsvårigheter?
 - Mardrömmar?
 - Återkommande huvudvärk?
 - Lätt att bli arg?
 - Återkommande tankar om smärtsamma tidigare händelser?
 - Känslor av rädsla?
 - Problem med minnet?
 - Svårt att koncentrera sig?
 - Övervägande jakande svar anger risk för traumatisering.
- ▶ Vilka planer har patienten för sitt liv?
- ▶ Vad behöver hon göra för att förverkliga planerna?
- ▶ Vilka svårigheter upplever patienten i vardagen? Vardagsaktiviteter, arbete, hemarbete, fritid.
- ▶ Vilka sätt/strategier har patienten för att hantera vardagen? Aktiva strategier, passiva strategier, spirituella, emotionella.
- ▶ Identifierade aktiviteter. Lista tre aktiviteter i vardagen som patienten har svårt att utföra och som hon prioriterar att förbättra.
- ▶ Genomförande. Skatta genomförande: 1) Kan inte utföra, 2) Kan utföra delvis, 3) Kan utföra.
- ▶ Tillfredsställelse. Skatta tillfredsställelse med genomförande: 1) Inte nöjd alls, 2) Ganska nöjd, 3) Nöjd.

Åtgärder

- ▶ Kommunen: ja/nej.
Behov av åtgärder:
- ▶ Primärvård: ja/nej.
Behov av åtgärder:
- ▶ Specialistvård: ja/nej.
Behov av åtgärder: ■



FORSKNINGS- LEDARE

Victoria

Zander är leg. sjukgymnast och forskarstuderande vid Karolinska institutet.

E-post: viktor-
ria.zander@
mdh.se

Multimodal behandling bäst vid pisksnärtsskada

Projekt: Vad tillför nackspecifik träning utöver multimodal rehabilitering för personer med långvariga besvär efter whiplashskada?
Region: Landstinget Sörmland. **Forskningsledare:** Anneli Peolsson, professor.
Institution: Linköpings universitet.


VAD?

►Projektet jämförde tre behandlingsmetoder för pisksnärtskadade patienter. Bäst resultat gav multimodal behandling.

Minskad smärta av pisksnärtsskada har stor betydelse för den drabbades arbetsförmåga. För dessa patienter har både nackspecifik träning och multimodal behandling positiva effekter. Det konstaterar forskningsledare Anneli Peolsson, som tillsammans med projektgruppen, jämfört metoderna med fysisk aktivitet på recept.

Närmare hälften av alla som får pisksnärtsskada (Whiplash Associated Disorders, WAD) har sänkt arbetsförmåga och upplever kvarvarande smärta och funktionsnedsättning. Fysisk aktivitet brukar rekommenderas, men egentligen saknas evidens för att sjukgymnastisk behandling har effekt. Syftet med studien var därför att utvärdera om nackspecifik träning, med eller utan en beteendemedicinsk metod-multimodal behandling utförd av en enskild sjukgymnast, minskar smärta och förbättrar funktion, hälsa och arbetsförmåga jämfört med förskrivning av *Fysisk aktivitet på recept* (FaR).

Behandlingsmetoden användes i en prospektiv randomi-



serad kontrollerad multicenterstudie med ettårsuppföljning. 216 personer i åldrarna 18 till 63 år, med kronisk WAD sedan minst sex månader och upp till tre år, grad två eller tre inkluderades.

Deltagarna lottades till antingen nackspecifik behandling, multimodal behandling eller FaR. I FaR inkluderades inte nackspecifika övningar i behandlingen. Träningsperioden pågick i tre månader med rekommendation om fortsatt träning därefter. Fysisk och psykisk funktion, smärtintensitet, arbetsförmåga samt hälsoekonomisk nytta undersöktes. En oberoende, för randomiseringen blindad, testledare utförde mätningar före samt tre, sex och tolv månader efter interventionen.

Vid behandlingsstart förklarades 50 procent av arbetsförmågan, av självskattad nackspecifik funktion. Detta indikerar att en förbättring är av stor betydelse för framtida arbetsförmåga. Vid ettårsuppföljningen hade både den nackspecifika gruppen och den multimodala gruppen mindre smärta, bättre funktion och var mer nöjda med sin rehabilitering än FaR gruppen.

Förväntningarna på behandlingen var i högre utsträckning uppfyllda i den multimodala gruppen jämfört med för FaR. I den nackspecifika gruppen skattades en högre förmåga att hålla sig besvärsfri tack vare träningen än vad som sågs för FaR gruppen. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan den nackspecifika gruppen och den multimodala gruppen.

Den hälsoekonomiska analysen visade att i termer av livskvalitet och arbetsförmåga var nackspecifik och multimodal metod förknippade med positiva effekter. FaR däremot gav inga positiva resultat.

För var och en av behandlingarna genomfördes före- och efteranalyser där resursförbrukningen under året relaterades till förändringar i livskvalitet och arbetsförmåga. FaR gav negativa effekter vilket gjorde en analys meningslös. För nackspecifik och multimodal metod visade analyserna på måttliga kostnader. Multimodal behandling var bättre men också dyrare än nackspecifik behandling. Analysen tyder på acceptabla kostnader för att genomföra multimodal behandling, vilken därmed betraktas som den behandling som bör föredras.



***”Chefer längre
ned i landstings-
organisationen följde
inte alltid högre chefs
beslut.”***

Behandlingsmanual

Projektet var en prospektiv randomiserad kontrollerad multicenterstudie med ettårsuppföljning. Totalt deltog 216 personer i åldrarna 18–63 år, med kronisk WAD sedan minst sex månader upp till 3 år, grad 2 eller 3 inkluderades.

Deltagarna lottades till en av följande tre behandlingar A) nackspezifisk träning B) multimodal behandling utförd av enskild sjukgymnast eller C) fysisk aktivitet på recept där nackspecifika övningar inte inkluderades i behandlingen. Träningsperioden pågick i tre månader med rekommendation om fortsatt träning därefter. Behandlingen genomfördes på vårdcentraler eller privata sjukgymnastmottagningar. Sjukgymnaster var behandlare.

I programmet ingick för grupp A och B träning två gånger i veckan, under tre månader, hos sjukgymnast. Grupp C fick ett eller två besök hos sjukgymnast följt av egen träning under tre månader. Varje session varade mellan en halvtimme och fyrtiofem minuter.

Sjukgymnasterna introducerades av projektgruppen muntligt, skriftligt och praktiskt. De fick också utbildning genom föreläsningar och praktiska övningar innan patienterna rekryterades. Under behandlingsperioden hade sjukgymnasten möjlighet att kontakta projektledningen vid behov, för vidare diskussion.

Projektet hade svårt med rekrytering av patienter. Möjligen hade det underlättats av ett vidare inklusionskriterie avseende besvärshuror. Det var en lång process att få ut datalistor, och ibland var det inte ens möjligt. Chefer längre ned i landstingsorganisationen följde inte alltid högre chefs beslut. Testerna var resurskrävande avseende både tid och pengar, med långa resor för testledare och patienter och svårigheter att få tag på behandlade sjukgymnaster. Tidsbrist och slimmad organisation gjorde att många som var knutna till projektet upplevde sig stressade. ■



FORSKNINGS- LEDARE

**Anneli
Peolsson**

är professor
i fysioterapi
på Linköpings
universitet.

E-post: anneli.
peolsson@
liu.se



Liten effekt av extra insatser för utmattade

Projekt: Bedömning och träning av kritiska funktioner av betydelse för tidig och hållbar arbetsåtergång för patienter med utmattningssyndrom.

Region: Västra Götalandsregionen. **Forskningsledare:** Ingibjörg Jobsdottir, professor. **Institution:** Göteborgs universitet.

VAD?

► Studien visade att individuella insatser utöver sedvanlig multimodal behandling varken leder till minskad sjukfrånvaro eller större påverkan på symtom hos personer med utmattningssyndrom.

Behandling fokuserad på individfaktorer, leder i det korta perspektivet varken till minskad sjukfrånvaro eller minskade symtom hos personer med utmattningssyndrom. Den individinriktade multimedala behandling som redan erbjuds patienter är tillräcklig, det visar studien. Bedömning och träning av kritiska funktioner av betydelse för tidig och hållbar arbetsåtergång för patienter med utmattningssyndrom.

Ökningen av långa sjukskrivningar på grund av psykiska problem kräver mer kunskap om både hur de kan förebyggas och behandlas. Vi hade i vårt tidigare arbete identifierat tre individfaktorer som möjliga hinder för återgång till arbete för patienter med stressrelaterad utmattning: Nivån av mental och fysisk energi, kognitiv förmåga och självkänsla. Denna studie var avsedd att systematiskt utvärdera en rehabiliteringsstrategi som fokuserar på dessa tre faktorer. Hypotesen var att interventionen skulle korta sjukskrivningsperioden, samt ha en större påverkan på symtomen än den sedvanliga behandlingen.

Patienterna som ingår i studien har bedömts vara i behov

av behandlingsinsatser riktade mot en eller flera av dessa faktorer. Alla uppfyllde de diagnostiska kriterierna för utmattningssyndrom. Totalt inkluderades 142 patienter i studien. Hälften av dessa randomiserades till sedvanlig multimodal behandling (MMT) som kompletterades med individuella insatser. Kontrollgruppen har fått enbart MMT behandling.

Studien visade inte på någon signifikant skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen, varken avseende sjukskrivningslängd eller symtom. Slutsatsen är att behandling utöver den sedvanliga behandling som patienterna erbjuds inte leder till varken minskad sjukfrånvaro eller större påverkan på symtom.

En viktig reflektion är att den sedvanliga behandlingen som erbjuds alla patienter anses vara effektiv, vilket kan bekräftas av denna studie. Patienterna går successivt tillbaka i arbete. Det återstår att se om en uppföljning efter mer än ett år, visar några skillnader mellan grupperna

Våra resultat väcker frågor om omfattningen av behandlingskomponenter som bör erbjudas patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa. Den individuellt inriktade behandling som används på kliniken är mycket viktig för att behandla symtom och förbättra hälsa men ytterligare behandling verkar inte vara nödvändig. För att påverka sjukfrånvaro och återgång i arbete verkar arbetsplatsorienterade interventioner behövas.

Behandlingsmanual

Sammanfattning av behandlingen. Samtliga deltagare i studien fick en individanpassad multimodal behandling som har utvecklats vid Institutet för stressmedicin (ISM), särskilt för patienter med utmattningssyndrom. Interventionsgruppen fick dessutom, efter behov, ta del av en eller flera riktade tilläggsbehandlingar som fysisk träning, sömnskola, psykologsamtal eller Rememo – arbetsminnesträning. Behandlingsmanualerna för dessa behandlingar följer nedan.

De patienter som bedömdes behöva mer än en tilläggsbehandling, hade ett planeringssamtal med projektets koordinator. Syftet med samtalet var att diskutera behand-

lingarnas innehåll och lägga upp en behandlingsplan. Koordinatoren var psykolog.

Kontakten med Försäkringskassan sköttes av behandlande läkare, framförallt via sjukintyg. Det var också, generellt sett, läkarna som deltog i patienternas avstämningsmöten med arbetsgivaren. I Institutet för stressmedicins (ISM) sedvanliga behandling erbjuds också anhöriga och arbetsgivare att komma på en föreläsning om utmattningssyndrom.

Behandlingsmanual, fysisk aktivitet. Behandling med doserad fysisk aktivitet är en väletablerad och evidensbaserad metod för att primärt förhindra uppkomst av psykisk ohälsa. I dagsläget finns även en begynnande evidensbas för positiva effekter av rätt doserad fysisk aktivitet vid etablerad psykisk ohälsa.

Projektet valde att utgå ifrån en manualbaserad metod, där patienter med mental och fysisk utmattning fick individuellt coachad träning under sammanlagt 24 veckor. Före träningsstart gjordes konditionstest på motionscykel.

Träningsform valdes av patienterna själva. Information om rekommenderad dos gavs individuellt av coach eller träningsledare. Varje patient fick fylla i en aktivitetsdagbok med frekvens, intensitet och duration på aktiviteten, samt stämningläget före respektive efter varje träningsstillfälle.

Sammanlagd träningsdos per vecka uppgraderades långsamt för att landa på minst tre och en halv timme i veckan med en intensitet motsvarande 13–15 på Borgs ansträngningsskala. Träningsdos och övrigt som patienten redovisat i aktivitetsdagboken följdes upp av coachen. Först en gång i veckan, för att under de sista tio veckorna av studien ha ebbat ut till en gång i månaden.

Efter tre månaders träning kallades patienten in på nytt för förnyat cykeltest i syfte att motivera och ge återkoppling till patienten. Efter sex månader, då behandlingen avslutades, gjordes ytterligare ett cykeltest. I anslutning till det fick patienten en tid för ett trettio minuters samtal med coachen för att gå igenom eventuella svårigheter, reflektioner och frågor kring den gångna träningsperioden.

Behandlingsmanual, sömnskola. Den sömnskola som använts i detta projekt bygger på Marie Söderströms bok



Sömn, sov bättre med kognitiv beteendeterapi, och hennes behandlingsupplägg för gruppbehandling. Metoden är idag väletablerad och innehåller evidensbaserade strategier för förbättrad sömn. Behandlingsgrupperna bestod av fyra till sju deltagare och genomfördes av två psykologer, i ISM:s lokaler.

Varje grupp träffades vid sju tillfällen á två timmar, under en tremånaders period. Mellan grupptillfällena fick deltagarna registrera sin sömn och dagliga vanor i sömndagböcker samt genomföra olika hemuppgifter. Metoden bygger på psykoedukation samt traditionella KBT-tekniker. Varje session består av teorigenomgång, gruppövningar och diskussioner samt genomgång av hemuppgifter.

Innehållet består av: Kartläggning av sömnproblemens uppkomst och vidmakthållandefaktorer, sömn teori, problemanalys och funktionell analys enligt KBT-metod, känslor och tankars påverkan på sömnen, träning av avspänningstekniker och mindfulness, hantering av sömnmedicin samt genomgång av olika beteendeförändringar som gynnar förbättrad sömn. Målsättningen är att deltagarna efter genomförd behandling ska ha identifierat sina egna sömnsvårigheter, gjort en egen målsättning för förändring och prövat olika strategier för att förbättra sin sömn.

Reflektioner om sömnskolan. Personer som lider av utmattningssyndrom har en del utmaningar som är specifika för patientgruppen. En del av tröttheten som patienterna upplever beror på att de har sömnproblem, en annan del av deras orkeslöshet beror på att de är utmattade. Det uppstår ofta en frustration hos patienter som börjar sova bättre, med högre kvalitet och längre sömnperioder, men fortfarande känner sig trötta.

I projektet arbetade vi sällan med sömnrestriktion, vilket annars är en intervention som har gott stöd i forskning, eftersom patienterna haft en relativt god sömneffektivitet. Dessutom har patienterna lättväckt ångest, vilket vi inte velat förvärra, då ångest kan vara en bieffekt av sömnrestriktion.

Patienterna har haft ett gott utbyte av gruppaktiviteten. Att känna igen sig i andra med samma typ av problematik har varit stödjande och har normaliserat de egna proble-

men. Under behandlingen följde vi upp deras utveckling genom sömndagböcker och dialog. Behandlingen kvalitets-säkrades också genom att psykologerna förde anteckningar och såg till att alla moment genomförts på liknande sätt.

Behandlingsmanual, datoriserad arbetsminnesträning – Rememo. Rememo är ett datoriserat arbetsminnesträningsprogram som tillhandahålls av Pearson Assessment. programmet finns att köpa via deras hemsida; www.pearson-assessment.se. På hemsidan kan man också läsa i detalj om hur behandlingen går till och få tillgång till referenser. Rememo är en behandlingsinsats som avser stärka patienternas arbetsminne. Patienterna introducerades till programmet under en genomgång på ISM, därefter skötte patienterna träningen hemifrån via sina hemdatorer. Möjligheten att komma till ISM och träna fanns men utnyttjades inte av någon av patienterna. Personal från ISM ringde upp patienterna en gång i veckan för coachsamtal. Personalen som genomförde coachningen var hälsopedagog eller psykolog som genomgått utbildning från Pearson Assessment. Träningen omfattar 25 träningstillfällen á 30–40 minuter. Enligt upplägget ska patienterna träna fem dagar i veckan i fem veckor.

Reflektioner Rememo. Patienter med utmattningssyndrom lider av stor trötthet och är stresskänsliga. Därför gjordes ett kliniskt övervägande i vilken grad coacherna skulle uppmana patienterna att följa träningsupplägget. I praktiken innebar det att patienterna uppmanades att känna efter, och skjuta på träningen, om de kände sig för trötta. Detta förde med sig att den totala behandlingstiden kunde variera.

Ett annat kliniskt övervägande var att hitta en lämplig tidpunkt för arbetsminnesträningen. Träningen är relativt krävande och kan påverka tillfrisknandet negativt om den inleds för tidigt. Bedömningen om tidpunkt för behandlingsstart gjordes därför från fall till fall, i samråd mellan patient, behandlande läkare och coach.

Kvalitetssäkring av den enskilda behandlingen genomfördes dels genom att coachen från ISM kunde följa patienternas framsteg i en träningswebb och dels genom frågor vid coachsamtalen.



Behandlingsmanual, korttidsterapi för ökad självkänsla.

KBT-manualen utarbetades särskilt för projektet av fyra kliniska psykologer med erfarenheter från området. Metoden bygger på en modell av Fenell (2009) men har modifierats för att passa patienter med utmattningssyndrom och kognitiv nedsättning. Det innebär att arbetsblad och hemuppgifter gjorts så enkla som möjligt. Vi har även lagt till inslag av Compassionfokuserad terapi, eftersom detta ansetts vara till hjälp för denna patientgrupp, som ofta lider av känslor av skam och behöver öka sin förmåga till egen omsorg

Behandlingen består av tio entimmes sessioner och har utförts av tre av de fyra psykologer som utarbetat modellen. För kvalitetssäkring har man haft regelbundna diskussioner utifrån patientfall, då man bland annat stämt av att man använt materialet på samma sätt. Varje moment i terapin är kopplat till ett specifikt arbetsblad vilket underlättat kontrollen över att alla moment genomförts.

Arbetsmaterialet delas ut i samband med varje session i förutbestämd ordning och samlas i en pärm som patienten har hand om. Patienten väljer själv specifika situationer där den låga självkänslan haft betydelse. Problemsituationerna arbetas sedan igenom med olika KBT-metoder.

Reflektioner terapi. Psykoterapin har varit omtyckt av patienterna och skattningar av självkänsla har visat tydliga förbättringar.

Behandlingen är relativt krävande och största problemet har varit timing. Patienterna ska ha återfått tillräcklig kognitiv förmåga för att kunna koncentrera sig på hemuppgifter och delta aktivt under sessionerna. Vid några tillfällen har vi fått avbryta behandlingen efter ett par sessioner och vänta in ett bättre tillfrisknande. ■



FORSKNINGS- LEDARE

Ingibjörg

Jobsdottir är professor och docent vid Institutet för stressmedicin på Göteborgs universitet.

E-post:

ingibjorg.
jobsdottir@
vgregion.se



Begränsad effekt när metoder kombineras vid smärtproblematik

Projekt: Skräddarsytt web-stöd som tillägg till multimodal smärtrehabilitering inom primärvården. **Region:** Norrbottens läns landsting.

Projektleddare: Karin Zingmark, professor. **Forskningsledare:** Gunvor Gard, professor. **Institution:** Luleå tekniska universitet.

VAD?

►Projektet REHSAM II och REHSAM III har undersökt effekten av tillägg till multimodal behandling vid smärtrehabilitering. Resultaten visar på modest effekt till hög kostnad.

Tillägg till multimodal behandling, så som fysioterapi eller web-baserade stöd ger liten effekt på arbetsåtergång. Det framgår av projekten *REHSAM II* och *REHSAM III*. REHSAM II kombinerade multimodal smärtrehabilitering med ett webbaserat beteendeförändringsprogram för ökad aktivitet (*web-BCPA*). I REHSAM III kombinerades web-BCPA med rådgivning baserad på kognitiva beteendepprinciper samt fysioterapi för smärtrehabilitering.

Resultatet av REHSAM II-projektet visade att web-BCPA-programmet inte tillförde någon effekt på de primära utvärderingsvariablerna: Arbetsförmåga, tilltro i relation till arbetsåtergång eller procent deltagare i arbete. Signifikanta effekter fick man på smärtrelaterad tilltro och katastroftänkande, men däremot inte på hälsorelaterad livskvalitet eller smärtintensitet.

De hälsoekonomiska analyserna visade på högre kostna-



der för MMR plus web-BCPA på grund av fler timmar sjukvårdsutnyttjande. Å andra sidan resulterade interventionen i besparingar av de totala sjukvårdskostnaderna som också inkluderar andra sjukvårdskostnader än MMR. Vunnen QALY per deltagare var modest och kostnaden för en vunnen QALY var hög både ur ett behandlingsperspektiv och ur ett samhällligt perspektiv.

REHSAM III visade inga effekter på arbetsförmåga (WAI) av web-BCPA i baslinjefasen och inga effekter av att addera fysioterapi och beteendeorienterad rådgivning till web-BCPA efter baslinjefasen.

Det fanns en interaktionseffekt för smärtintensitet och för vissa deltagare även för smärtrelaterad aktivitetsbegränsning. Det fanns också en positiv interventionseffekt av den sammansatta kombinationen web-BCPA med kognitiv beteenderådgivning och fysioterapeut avseende smärtrelaterad aktivitetsbegränsning.



Behandlingsmanual

Multimodal smärtrehabilitering i Norrbotten. Multimodal smärtrehabilitering (MMR) vid hälsocentraler i Norrbotten utgår från en biopsykosocial förklaringsmodell till långvarig smärta med patienten i fokus och syfte att förbättra individens hälsa.

Patienten och vårdpersonalen bildar ett team. Med utgångspunkt i patientens resurser och begränsningar tar de gemensamt fram en individuell rehabiliteringsplan med målsättningar och behandlingsinnehåll. Teamkonferenser används som mötesplats för planering, uppföljning och kommunikation inom teamet och med andra för patienten betydelsefulla personer i rehabiliteringen. Det kan vara anhöriga, arbetsgivare, handläggare vid Försäkringskassan och personal vid Arbetsförmedlingen. En rehabiliteringskoordinator stödjer teamet med samordning och i dialogen med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Patientens medverkan i planering och rehabilitering är central.

I REHSAM II omfattade MMR vårdinsatser från minst tre olika vårdgivare: Läkare och två ytterligare professioner. Rehabiliteringen omfattade två eller tre behandlingstillfällen under en tidsrymd av sex till åtta veckor. Behandlingen var anpassad till varje patients behov. Den kunde ske individuellt eller i grupp hos arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator, läkare, psykolog eller sjuksköterska och inkludera program för hemträning. Behandlingsinnehållet kunde vara patientutbildning, fysisk träning, basal kroppskänedom, aktivitetsplanering, medicinering, samtalsterapi eller KBT.

Beteendeförändringsprogrammet för ökad aktivitet (web-BCPA). Web-BCPA är ett självhjälpsprogram som syftar till att öka individens fysiska och psykosociala aktivitetsnivå. Det administrerades via Livandas websida där varje deltagare kunde arbeta på egen hand i olika kunskapsmoduler. Genom programmet lär sig deltagarna mer om vad smärta är, psykologiskt och fysiologiskt och om fungerande strategier för att hantera smärta. Det innehöll åtta moduler och deltagarna kunde själva välja vilka moduler de ville använda, och hur lång tid de var inne i respektive modul. Programmet var tillgängligt under en behandlingsperiod

på 16 veckor. Deltagarna loggade in med ett eget lösenord.

Varje modul innehöll 10–15 sidor med pedagogisk fakta-text och lika många sidor med uppgifter att lösa, frågor att reflektera kring, samt fysiska övningsmoment. Här fick patienterna skapa självtester och egna handlingsplaner genom att identifiera resurser och begränsningar, formulera och uppnå mål, planera aktiviteter och följa upp resultat. Instruktioner och exempel på hur man kunde arbeta med uppgifterna i programmet fanns också.

Uppgifter och övningar utvecklades så att de innebar en progression i ökad svårighetsgrad inom varje modul. Fysiska övningsmoment varade mellan fem och trettio minuter. Vissa distribuerades som film, exempelvis rörelseprogram, vilopositioner och kroppskännedomsövningar. Andra fysiska aktiviteter kunde också vara inplanerade. Deltagarna avgjorde själva hur mycket de använde web-BCPA-programmet, det var bara ett inledande välbefinnandetest som alla förväntades besvara för att få tillgång till resten av modulerna, två till åtta.

”Deltagarna kunde gå tillbaka och jämföra sina framsteg allteftersom.”

Data från välbefinnandetestet och övningarna sparades, och deltagarna kunde gå tillbaka och jämföra sina framsteg allteftersom de fortsatte i programmet. Alla texter och övningar kunde skrivas ut. Programmet inkluderade även en CD med avspänningsövningar som skickades hem till deltagarna.

Målgruppen för REHSAM II. Deltagare i REHSAM II var kvinnor och män i yrkesverksam ålder (18–63 år) med muskuloskeletal smärta i nacke, skuldra, rygg, och/eller generaliserad smärta sedan minst tre månader, samt med risk för långvarig smärta med funktionspåverkan enligt Linton score ≥ 90 . Interventionen vände sig till personer med minst 25 procent arbetsförmåga.

Tillgång till dator och internet, samt att förstå talad och skriven svenska var villkor för deltagande. Personer med nedsatt kognitiv funktion som demens eller hjärnskada, missbruk av alkohol eller narkotiska preparat, behov av annan sjukvårdande insats som avancerad medicinsk utredning, cancerbehandling, eller vård i livets slutskede, exkluderades från interventionen. Graviditet vid interventionens start var också ett exklusionskriterium, likaså varaktig sjukersättning 100 procent.

Eftersom deltagarna behandlades med MMR vid hälsocentraler förväntades behovet vara MMR 1 enligt *Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta* (Socialstyrelsen).

”Inriktade sig på att hjälpa varje deltagare att uppnå sina mål.”

REHSAM III. Studien och behandlingskonceptet genomfördes i primärvården på två privata fysioterapeutiska enheter. Interventionen bestod av tre delar: Web-programmet web-BCPA kompletterat med KBT-inriktad coaching samt individuell fysioterapeutisk behandling. KBT-coachen var sjukgymnast med vidareutbildning i KBT. Fysioterapeuterna var utvalda utifrån sin kompetens om beteendemedicin, utbildning i fysioterapi med inriktning på muskulo-

skeletala besvär på avancerad nivå och klinisk erfarenhet inom långvarig smärta.

Initialt träffade varje deltagare sin fysioterapeut och KBT-coach för att diskutera personliga mål och delmål och upprätta en individuell behandlingsplan. Alla deltagare hade tillgång till självhjälpsprogrammet web-BCPA under hela interventionsperioden om 16 veckor. KBT-coachingen utgick från web-BCPA kopplat till varje deltagares förut-sättningar. KBT-coachen kommunicerade med deltagarna regelbundet inom webprogrammet via mejl och hade också en personlig träff med varje deltagare efter ungefär halva interventionstiden. Fysioterapeuternas behandling inrik-tade sig på att hjälpa varje deltagare att uppnå sina mål, förbättra sin funktion och öka sin aktivitetsnivå. Exempel på behandlingsinsatser var utbildning i smärta, smärt-mekanismer, träning i motorisk kontroll, stabiliserings-träning och hållningsträning.

I slutet av interventionsperioden träffades deltagaren, KBT-coachen och fysioterapeuten igen och följde upp del-tagarens personliga mål och delmål.

Målgruppen för REHSAM III. Deltagare i REHSAM III var kvinnor och män i yrkesverksam ålder (18–63 år) med muskuloskeletal smärta i nacke, skuldra, rygg eller generaliserad smärta sedan minst tre månader, samt med risk för långvarig smärta med funktionspåverkan enligt Linton score ≥ 90 . Interventionen vände sig till personer med minst 25 procents arbetsförmåga.

Tillgång till dator och internet, samt att förstå talad och skriven svenska var villkor för deltagande. Personer med nedsatt kognitiv funktion som demens eller hjärnskada, missbruk av alkohol eller narkotika (inklusive läkemedel), behov av annan sjukvårdande insats som avancerad medi-cinsk utredning, cancerbehandling, eller vård i livets slut-skede, exkluderades från interventionen. Graviditet vid interventionens start var också ett exklusionskriterium, likaså varaktig sjukersättning 100 procent. Andra exklu-sionskriterier var ångest och/eller depression enligt HAD samt centralt störd smärtmodulering. ■



PROJEKT- LEDARE

Karin Zingmark är professor i omvårdnad vid Institu-tionen för hälsoveten-skap på Luleå tekniska universitet.
E-post: karin.zingmark@nl.se



FORSKNINGS- LEDARE

Gunvor Gard är leg. sjukgymnast, psykolog samt fil.dr i arbets-vetenskap, samt professor i sjukgymnastik vid Luleå tek-niska universi-tet och Lunds universitet.
E-post: gunvorgard@ltu.se



Internet-KBT förebygger återfall i depression

Projekt: Regional studie av internetbaserad återfallsprevention som tillägg till en delvis framgångsrik antidepressiv medicinering. **Region:** Örebro läns landsting.
Forskningsledare: Fredrik Holländare, leg. psykolog.

VAD?

► Studien undersökte om Internet-KBT kan ge ytterligare skyddande effekt, utöver pågående antidepressiv medicinering och om interventionen kan förhindra sjukfrånvaro och öka livskvaliteten hos patienter med depression.

Depression är en vanlig sjukskrivningsorsak och återfall i sjukdomen är mycket vanligt. Detta projekt syftar till att minska risken för återfall och framtida sjukskrivning med hjälp av internetbaserad KBT.

En tidigare studie har funnit att KBT ansikte-mot-ansikte kan förhindra sjukskrivning. Men det finns för få terapeuter för att täcka efterfrågan. Internetbaserad KBT kan förhindra återfall i depression enligt en tidigare studie. Målet med den föreliggande studien är att undersöka om internetbaserad återfallsprevention kan ge någon ytterligare skyddande effekt, utöver den effekt som pågående antidepressiv medicinering ger och om interventionen kan förhindra sjukfrånvaro och öka eller bibehålla livskvaliteten hos personer som behandlats för depression. Personer med en stabil dos antidepressiv medicin och lindriga depressiva restsymtom rekryterades och randomiserades till att antingen få en tio veckor lång internetbaserad KBT-intervention, speciellt anpassad till återfallsprevention, eller till en kontrollgrupp.

Rekrytering skedde genom primärvård och psykiatri

i Uppsala-Örebroregionen. För att få tillräckligt statistisk underlag för att kunna besvara de vetenskapliga frågeställningarna behövs 264 deltagare i studien. Diagnostiska intervjuer genomfördes före inklusion och sedan varje månad i två år för att upptäcka återfall. De viktigaste utfallen i studien är 1) antalet sjukskrivningsdagar, 2) långtidssjukskrivning, 3) återfall i depression, 4) depressiva symtom och 5) hälsorelaterad livskvalitet.

Den internetbaserade interventionen bygger på KBT och är uppdelad i moduler som tar upp behandlingsinslag som beteendeaktivering, kognitiv omstrukturering, medveten närvaro, fysisk aktivitet och ångesthantering. Varje deltagare har en personlig terapeut som guidar henne eller honom genom behandlingsmodulerna och krypterad e-post används för all kommunikation.

Om internetbaserad återfallsprevention visar sig effektiv i att förhindra återfall och framtida sjukskrivning och även höjer de hälsorelaterade livskvaliteten hos patienterna bör målet vara att göra interventionen tillgänglig för ett stort antal patienter.

I projektet deltog 111 patienter med depressiva restsymtom. Preliminära resultat kommer att presenteras på REH-SAM-konferensen 2016.

Behandlingsmanual

Behandlingsprogram bygger på kognitiv beteendeterapi, KBT, och består av ett antal moduler som man arbetar sig igenom, en i taget. Materialet innehåller både teoretiska delar och övningar eftersom det är lika viktigt att veta varför man gör något, som hur man gör det. Om man verkligen förstår en behandling så kan man också genomföra den på ett bättre sätt. Detta innebär också att kunskaperna efter behandlingen kan ge individen fortsatta möjligheter att påverka hur livet ser ut.

Modul om situation-beteende-konsekvens. Våra beteenden och tankar är inlärda. Man kan därför säga att hela livet består av en väldig massa inlärningstillfällen. Om man försöker se till alla dessa på en och samma gång skulle det

snabbt bli översködligt. Därför är det viktigt att "bryta ned" sin inlärningshistoria i små bitar om man vill upptäcka mer om hur man själv lärt in olika tankar och beteenden. Ju mindre bitar, desto mer förstår vi av en inlärningssituation. Så vad påverkar hur vi beter oss vid varje inlärningstillfälle, i stunden? Svaret kan lite förenklat sägas vara situationen före ett beteende och konsekvenserna efter beteendet. En viktig följd av att beteenden, tankar och känslor påverkar varandra är att om man kan ändra någon av dem så kommer det att påverka de andra två. Man kan se dessa tre som ett system där man kan påbörja en förändring var som helst i systemet.

En modell för stämningsläge. Den här modulen handlar om att få överblicka och förändra interaktioner för att på så sätt få en förändrad sinnesstämning. Ett viktigt steg är att upptäcka kopplingen mellan aktiviteter och sinnesstämning.

”Ett viktigt steg är att upptäcka kopplingen mellan aktiviteter och sinnesstämning.”

Minus och plus-aktiviteter. För att kunna planera in kommande trevliga aktiviteter är det viktigt att sätta sig ned och skriva en lista över plus-aktiviteter. Det är bra att minska på minus-aktiviteterna för att också på så sätt skapa balans mellan vågskålar. Kan man inte minska dem så kan man lära sig sätt att hantera dem bättre och på så sätt ändå göra minus-vågskålen "lättare".



Tankarnas betydelse. I den här modulen jobbar vi med hur tankar kan påverka känslor. Tankar påverkar vad vi känner i stor utsträckning. En vanlig uppfattning är att känslor utlöses direkt av den yttre situationen. En pinsam situation utlöser pinsamma känslor och en rolig situation utlöser glada känslor och så vidare. Detta stämmer oftast inte. I den här modulen får vi lära oss uppmärksamma automatiska tankar och koppla dessa till känslor.

Sömn och avslappning. Den fysiska hälsan betyder mycket för vårt allmänna välbefinnande. Både forskning och många människors egna erfarenheter säger oss att tillståndet i kroppen hänger ihop med hur vi mår psykiskt. Två saker som många människor upplever som problematiska inom det här området är sömn och svårigheter att varva ned eller att vara avslappnad. När man upplever sig vara nedstämd kan detta bli ett stort problem. I den här modulen jobbar vi med strategier för att sova bättre och avslappningstekniker.

Mindfulness. En förmåga som man kan öva sig på genom att avsiktligt och uppmärksamt observera saker och ting som de är i stunden, utan att värdera dem och utan att välja bort delar av dem. Mindfulness kallas också för medveten närvaro. Så man skulle kunna säga att detta handlar om att öva på att vara medvetet närvarande, just här och just nu.

Vad händer i kroppen vid ångest? En del människor som är nedstämda kan också ha problem med att hantera ångest. Den här modulen berättar om vad ångest är och ge tips om hur man kan lära sig att bättre hantera den..

Fysisk aktivitet. Denna modul kommer att ta upp varför det kan vara bra med fysisk aktivitet för dig som har haft en depression. Vi kommer bland annat att förklara vad som händer i kroppen vid fysisk aktivitet, hur mycket man behöver röra på sig, motivation och lite om hur man gör för att komma igång att träna själv. ■



**FORSKNINGS-
LEDARE**

**Fredrik
Holländare** är leg. psykolog och affilierad forskare inom fältet internetbaserad kognitiv beteendeterapi på Örebro universitet.
E-post: fredrik.hollandare@regionorebro-lan.se

NRS Light utvecklar den multimodala rehabiliteringen

Projekt: NRS Light. Utveckling av ett instrument för bedömning, urval till och utvärdering av multimodal rehabilitering i primärvård. **Region:** Östergötlands och Västerbotten läns landsting. **Forskningsledare:** Björn Gerdle¹, professor, och Brittmarie Ståhlhaccke², adj.professor. **Institution:** ¹Linköpings universitet och ²Umeå universitet.

VAD?

►NRS Light var en studie med syftet att utveckla ett instrument för bedömning och urval till multimodala rehabiliteringsprogram, MMRP.

NRS Light har tagit fram ett instrument för att skilja patienter med mindre, respektive mer komplex smärtproblematik. Det kan utgöra stöd för urval till multimodal rehabilitering på primärvårdsnivå (MMR1) respektive specialistnivå (MMR2).

För personer med långvariga smärttillstånd har multimodal rehabilitering visat sig ha positiva effekter. Multimodala rehabiliteringsprogram (MMRP) har implementerats inom primärvården med stöd från rehabiliteringsgarantin. Det saknas dock enhetliga strategier för att identifiera vilka patienter som har en mer komplex smärtproblematik och därför bör rehabiliteras inom specialistvård, och vilka patienter som har mindre komplexitet och som kan delta i multimodal rehabilitering inom primärvård. Det saknas också ett register för att systematiskt utvärdera effekterna av MMRP inom primärvården.



Syftet med projektet var därför att utveckla ett instrument för bedömning och urval till MMRP det vill säga med mindre komplex problematik, nivå 1, från patienter med mer uttalad komplexitet, nivå 2. Ett instrument för bedömning och urval till MMRP har utvecklats som kan bidra till att förbättra handläggningen av patienter med långvariga smärtor inom primärvården. För den individuella patienten kan detta innebära mindre lidande och mindre vårdkonsumtion. Primärvården kan fokusera på patienter med långvariga smärtor av något mindre komplex typ vilket kan öka möjligheterna till arbetsåtergång långsiktigt.

Ett andra mål var att utveckla ett register för utvärdering av MMRP i primärvården. Idag finns ett sådant register för MMRP i primärvården och de flesta landsting och regioner är anslutna. Registret innehåller ett antal variabler som ingår i Nationellt Register över Smärtrehabilitering (NRS) som är ett befintligt register för specialistvården för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta (MMR2). Dessutom ingår några tilläggsvariabler. Registret möjliggör strategiska utvärderingar av resultaten av MMRP i primärvården. Därmed är det också möjligt att utveckla och förbättra rehabiliteringen.

Analysen och resultatet av MMRP som genomfördes inom ramen för projektet, baserat på två landsting, visar på signifikanta effekter både omedelbart efter och vid långtidsuppföljningar. Även utfallen som gäller ökad potential för arbete förbättrades. Motsvarande analyser på specialistnivå gav likartade resultat. Patienterna har i allmänhet positiva erfarenheter av att delta i MMRP i primärvården. Det visar kvalitativa patientkartläggningar. Likaledes positiva erfarenheter rapporterades av en grupp kvinnor från Somalia.

I kvalitativa analyser av professionerna involverade i MMRP i primärvård identifierades olika svårigheter i implementeringen. På specialistnivå kunde man inte baserat på variabler från Nationellt register över smärtrehabilitering (NRS) – identifiera distinkta variabler som användes för urval till MMRP. På denna nivå var det möjligt att prediktera utfallet vid långtidsuppföljningar av MMRP men förklaringsgraderna var relativt låga. Genomgående fann man att en dålig situation före MMRP var förknippat med störst förbättringar.



Behandlingsmanual

Bedömning/urval till multimodal rehabilitering (MMR). Följande punkter bör ingå vid bedömning av patienter som söker hälso-/vårdcentral på grund av långvarig smärta. De kan utgöra stöd för urval till multimodal rehabilitering på primärvårdsnivå (MMR1) respektive specialistnivå (MMR2). Patienten fyller i ett elektroniskt selektionsformulär "selektionsappen" där nedanstående frågor ingår.

- ▶ Har patienten långvarig smärta, under minst tre månader, eller ofta återkommande smärta som påtagligt stör livet i vid bemärkelse till exempel sömn, arbetsförmåga, fritid, livskvalitet?
- ▶ Tar patienten någon smärtlindrande medicin? Har den effekt?
- ▶ Skattning av smärtintensitet.
- ▶ Har patienten fått unimodal behandling eller rehabilitering av till exempel fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, psykolog eller sjuksköterska? Har behandlingen varit värdefull?
- ▶ Patienten fyller i Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire, för screening av så kallade "gula flaggor" alltså psykologiska eller sociala riskfaktorer. Om låga värden samt låg smärtintensitet är patienten ej aktuell för MMR. Ta då ställning till unimodal rehabilitering (rehabilitering av en vårdgivare till exempel fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, psykolog).
- ▶ Om höga värden får patienten besvara: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) för skattning av depression och ångest, Pain Catastrophizing Scale (PCS) för skattning av katastrofkänslor, och Tampa scale of kinesiophobia (TAMPA) för skattning av rörelserädsla.
- ▶ Komplettera med justering av medicinering om patienten ej är optimalt medicinerad.
- ▶ Utred så kallade "röda flaggor" det vill säga allvarliga tillstånd/sjukdomar som ska ha annan handläggning (till exempel malignitet, fraktur).
- ▶ Om patienten är färdigutredd, unimodal rehabilitering har prövats och patienter är förändringsbenägen samt har inga eller små avvikelser på HADS, PCS och TAMPA kan patienten vara lämplig för MMR1 i primärvård.

Om omfattande avvikelser på HADS, PCS och TAMPAs har patienten en mer komplex smärtproblematik och kan vara lämplig för MMR2 i specialistvård.

Utvärdering av multimodal rehabilitering (MMR1) i primärvård eller närsjukvård. För att utvärdera patienter med långvarig smärta som deltar i MMR på primärvårdsnivå fyller de i följande frågor/instrument före, efter och ett år efter deltagande i MMR1. ■

Tidpunkt	Före	Avslut	Uppfölj
	Antal frågor	Antal frågor	Antal frågor
Demografi (ålder, kön, utbildning, med vem delar du bostad)	4		
Längd, vikt	2		
Arbete (arbetsform, försörjningsform, bekymrad över att få ihop ekonomin, självrapporterad arbetsförmåga)	8	8	7
Arbetsprognos (förväntan på framtida arbete)	1	1	1
Vårdsökande (vårdkonsumtion hos läkare, andra vårdgivare)	2		
Förväntan på MMR	1		
Symtominställning (Symptom Satisfaction Scale)	1	1	1
Smärta-intensitet, duration, frekvens, utbredning)	7	2	2
HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)	14	14	14
EQ-5D/VAS (European Quality of Life)	6	6	6
LISAT-11 (Life Satisfaction Scale)	2	2	2
CPAQ-8 (Chronic Pain Acceptance Questionnaire)	8	8	8
Motion (Godin-Shephard Leisure-Time Physical Activity Questionnaire)	4		
Funktionsindex FRI (Functional Rating Index)	10	10	10
PCS (Pain Catastrophizing Scale)	13	13	13
Besvärutveckling		1	2
Effekten av rehab (Patient Enablement Instrument)		6	6
Utvärdering		7	2
Summa	83	79	73



PROJEKT-LEDARE

Brittmarie Ståhlbacke är professor inom rehabiliteringsmedicin vid Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering på Umeå universitet.
E-post: brittmarie.stalnacke@umu.se



FORSKNINGS-LEDARE

Björn Gerdle, är professor och överläkare i smärt- och rehabiliteringsmedicin vid Institutionen för medicin och hälsa på Linköpings universitet.
E-post: bjorn.gerdle@liu.se



Arbetsplatsdialog för hållbar arbetsförmåga vid smärta

Projekt: Work up.

Region: Region Skåne, Region Kronoberg och Landstinget Blekinge.

Forskningsledare: Birgitta Grahn, docent.

Institution: Lunds universitet.

VAD?

► Besvär från rörelseorganen är den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro i västvärlden. Projektet Work up har studerat hur man kan främja vården av smärtpatienter.

Work ups program omfattade screening, behandling och arbetsplatsinterventioner i ordinarie primärvård. Projektet ville studera hur man kan främja en adekvat vård för patienter med akut eller subakut smärta i nacke och/eller rygg och ge vägledning vid fördelning av begränsade resurser.

Besvär från rörelseorganen är den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro i västvärlden. Viktigt är att identifiera riskfaktorer för sjukskrivning men också prediktorer för arbetsåtergång. Evidensbaserad vård omfattar strukturerade vårdprogram för upptäckt av svåra medicinska tillstånd men att fokusera psykosociala faktorer är också viktigt.

För att upprätthålla eller återfå arbetsförmåga krävs vidare att individens olika kapaciteter relateras till arbetskrav, arbetsmiljö och arbetsorganisation. Motivation är en mänsklig drivkraft som påverkar vårt agerande. Patienter

med ryggsmärta söker vård för att bli undersökta och få behandling och råd för en egenvård när deras motivation har nått en viss nivå. Att identifiera motivationsnivåer kan bidra till en förbättrad rehabiliteringsplanering som i förlängningen leder till mer hållbar hälsa, bättre funktion och arbetsförmåga.

Vår hypotes var att tidiga tidskoordinerade, skraddarsydd, evidensbaserade interventioner leder till ett snabbare tillfrisknande gällande hälsa, funktion men också en snabbare arbetsåtergång, jämfört med sedvanlig behandling. Det omfattar: 1) Identifiering av patientens riskfaktorer och motivationsfaktorer. 2) En skraddarsydd intervention bestående av evidensbaserad sjukgymnastik, samt en strukturerad dialogmodell, *ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång* (ADA). ADA är ett stöd för kommunikation och samarbete mellan hälso- och sjukvården, patienten och arbetsplatsen.

Studiens huvudsyfte var att pröva den strukturerade tidskoordinerade skraddarsydda interventionen som beskrivs ovan, med sedvanlig behandling, för patienter med akuta eller subakuta smärtor i nacke och/eller rygg inom primärvården. Sekundärt syfte var att två frågeformulär fokuserande på patientens aktuella fysiska eller påverkbara psykosociala prognostiska faktorer, respektive motivation för förändring, blir ytterligare kvalitetsprovade i svenska versioner.

Inkluderade patienter. Projektet inkluderar alla patienter i åldern 18–67 år som söker behandling för smärtproblematik i nacke och/eller rygg.

Patienten ska ...

- ... ha akuta/subakuta besvär (< 12 veckor).
- ... ha besvär i nacke och/eller rygg.
- ... ha haft besvärsfri period på minst tre månader innan nu aktuell besvärperiod.
- ... ha varit i arbete eller studier minst fyra veckor sammanhängande under det senaste året.
- ... vara ej sjukskriven, alternativt aktuellt sjukskriven < 60 dagar.
- ... kunna förstå och hantera det svenska språket.
- ... kan få ha samsjuklighet.

- ... psykisk ohälsa kan få förekomma.
- ... frågeformulär ÖMPSQ kortversion (Short form of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire) > 40 poäng.

”Med hjälp av screening erbjuds patienten skraddarsydd rehabilitering.”

Patienten får inte ...

- ... ha hel sjukersättning.
- ... ha pågående känt missbruk.
- ... ha pågående behandling för akut sjukdom.
- ... vara gravid.

Behandlingsmanual

Interventionsgrupp. Med hjälp av screening av röda flaggor (tecken på allvarlig sjukdom), gula flaggor (psykosociala riskfaktorer) och blå flaggor (arbetsplatsrelaterade faktorer) erbjuds patienten en skraddarsydd rehabilitering. Evidensbaserad sjukgymnastik tillämpas baserat på biopsykosociala faktorer och kognitiv beteendeterapi (KBT), och inkluderar noggrann undersökning och behandling, till exempel med råd att vara aktiv, instruktioner, OMI, OMT, MDT. Arbetsplatsanpassningar för att stödja arbetsåtergång, genomförs med ADA, en strukturerad dialog i tre steg mellan patienten, hälso- och sjukvården och arbetsplatsen.

Kontrollgrupp. I kontrollgruppen erbjuds patienterna screening av röda och gula flaggor och sedvanlig behandling i enlighet med vårdcentralens rutiner och rehabiliteringsgarantin. Insatserna för varje patient registreras i en personlig manual.

För både interventions- och kontrollgrupp gällde att patienten journalfördes enligt gällande rutiner på vårdcentralen. Därutöver dokumenterades vid varje behandlingstillfälle i särskilt dokument den specifika behandling patienterna fick ta del av. Datum för behandlingsstart och avslut registrerades. Behandlingstiden kunde utifrån behov variera från enstaka besök till upprepade besök under tio veckor. Sjukgymnasten bedömde när patienten var färdigbehandlad.

Utfallsmått. Primära utfallsmått: Arbetsförmåga, definierat som att arbeta eller vara tillgänglig på arbetsmarknaden under minst fyra veckor, sjukfrånvaro och RTW.

Sekundära utfallsmått: Hälsorelaterad livskvalitet, funktion, livsstil och patienttillfredsställelse, samt hälsoekonomi, försäkringsmedicin, ojämlikhet i hälsa och könsperspektiv, sjukvårdens och rehabiliteringspersonalens tillfredsställelse med habiliteringsmodellen.

Uppföljning. Räknat från behandlingsstart kallas patienten till sjukgymnast på vårdcentral för uppföljning efter tre, sex och tolv månader. Besöket genomförs enligt protokoll.

Resultat. Rekrytering av patienter pågick 2013-01-13 – 2014-12-31. Totalt inkluderades 364 patienter. Ettårsuppföljningen av patienterna avslutades 2015-12-31. Forskningsdatabasen valideras och bearbetas under januari 2016. De första preliminära resultaten där interventions- och kontrollgrupp jämförs kommer att presenteras på REHSAM-konferensen 2016. ■



FORSKNINGS- LEDARE

**Birgitta
Grahn** är leg.
sjukgymnast
och docent
vid Lunds
universitet.
E-post: bir-
gitta.grahn@
kronoberg.se



Terapi och arbetsplatsdialog för psykisk hälsa

Projekt: Safari – samordnad forskning kring arbetsrelaterade rehabiliteringsinsatser, Stockholmsdelen. **Region:** Stockholms läns landsting. **Projektchef:** Elisabet Erwall, Stockholms läns landsting. **Forskningsledare:** Anna Nager, leg. läkare. **Institution:** Centrum för psykiatriforskning.

VAD?

►Projektet Safari undersökte tre olika behandlingsalternativ för personer sjukskrivna till följd av psykisk ohälsa.

Psykisk ohälsa är en av de vanligaste sjukskrivningsorsakerna i Sverige i dag. Safari ville i en randomiserad kontrollerad studie (RCT) undersöka möjligheterna till fler behandlingsalternativ för att hjälpa människor att må bättre och komma tillbaka i arbete. Studien riktade sig till personer som var sjukskrivna till följd av lätt till medelsvår psykisk ohälsa såsom depression, ångest eller stressrelaterad ohälsa.

Tre interventioner ingick i studien, *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*, *ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång (ADA)*, samt en kombination av de båda, ACT+ADA. Safari inkluderade cirka 350 deltagare och sjukskrivning mätts vid 6, 12 och 24 månader.

Överlag kunde både ACT och ADA utföras enligt planering men några lärdomar har gjorts på vägen. ACT togs emot väl av både patienter och terapeuter. Det var hög följsamhet och de flesta fullföljde behandlingen. Såväl deltagare som terapeuter efterfrågade fler behandlings-



sessioner vilket kan vara en indikation på att behandlingen var för kort. Terapeuterna tyckte också att det var svårt att hinna med alla moment som ingick i varje session under en timme. Sammantaget kan man dra slutsatsen att det kan vara en fördel att dela upp innehållet i manualen på ytterligare några sessioner och lägga behandlingen över 8–10 veckor. Då kan man också låta sessionerna vara 45 minuter istället för 60 minuter och utnyttja tiden bättre både under sessionstid och mellan sessioner för egenarbete.

ADA-interventionen genererade ett större bortfall än ACT och ACT+ADA. Det fanns ett antal förklaringar till detta. En del förklarade det med att de inte upplevde att sjukskrivningen var relaterad till arbetet och att de därför inte ville involvera arbetsgivaren. Det kunde också finnas andra skäl till att man inte ville involvera sin arbetsgivare, till exempel konflikter. I några fall ville inte arbetsgivaren delta. Slutligen såg vissa deltagare inte värdet i ADA som intervention för den problematik de hade.

MINI-intervju

► En kortfattad standardiserad diagnostisk intervju där man fastställer psykiatriska störningar i enighet med DSM-IV och ICD 10. Den kan också användas för att fastställa missbruk.

KÄLLA: SOCIAL-
STYRELSEN

Behandlingsmanual


Bedömning. Innan behandling gjordes bedömningssamtal. De bestod av anamnesupptagning, strukturerad diagnostisk intervju (MINI-intervju) samt bedömning av självskattning för utmattningssyndrom. Det var legitimerade psykologer och psykologstudenter under handledning som utförde både bedömning och diagnostik. De randomiserades till en behandlingsgrupp och tilldelades behandlare. I samtliga fall utfördes bedömning och behandling av olika personer.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Acceptance and Commitment (ACT) är en form av beteendeterapi som tillhör den så kallade tredje vågens beteendeterapi. Tredje vågen kännetecknas av en större andel acceptans-fokuserade interventioner jämfört med sedvanlig kognitiv beteendeterapi (KBT) som fokuserar mer på utmanande och motbevisning av dysfunktionella föreställningar. ACT utgår istället ifrån ett grundläggande antagande om att lidande, till exempel i form av negativa tankar och känslor, är en normal och oundviklig del av människans erfarenheter som uppstår som konsekvens av normala psykologiska processer. Fokus ligger därmed inte på att förändra det kognitiva innehållet i tankar och känslor, utan snarare på att utveckla färdigheten att förhålla sig till den ständiga språkliga processen utan att fastna i, eller kämpa emot den.

Målet med behandlingen är att klienten ska våga närma sig och engagera sig i det som är viktigt i livet, även om det är smärtsamt. Vad som är viktigt i livet utforskas tillsammans med klienten utifrån en så kallad värderingskompass som innehåller olika livsområden, till exempel arbete, fritid, relationer och den egna hälsan. Syftet är att hitta beteenden och aktiviteter som är meningsfulla och viktiga för individen och öka frekvensen av dessa aktiviteter.

Behandlingen omfattar psykoedukation och övningar med fokus på viktiga färdigheter såsom medveten närvaro, acceptans av det som inte går att förändra, och ett flexibelt förhållningssätt till språkliga processer och självet. Man jobbar konkret med att utforska egna personliga värderingar och med att åta sig att göra saker som ligger i linje med dessa.

I den modell av ACT som använts i Safari har deltagarna



fått sex sessioner ACT à en timme enligt en manual som tagits fram särskilt för studien. Ett skriftligt material i form av fem moduler som kompletterar och repeterar innehållet i sessionerna användes som hemuppgift mellan sessionerna.

ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång (ADA). Den teoretiska utgångspunkten för ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång (ADA) är att det finns en bristande överensstämmelse mellan arbetstagarens behov, förmågor och förväntningar och det jobb som personen har, vilket försvårar eller omöjliggör arbetsåtergång. Modellen försöker reducera och överbrygga den bristande överensstämmelsen, vilket antas kunna öka arbetsåtergång.

Interventionen inleds med två separata intervjuer, en med den sjukskrivne, och en annan med den sjukskrivnes arbetsledare eller motsvarande person. Intervjuerna syftar till att utreda orsaker till sjukskrivningen, vilka insatser som har genomförts samt vad de olika parterna anser om ytterligare behov av anpassning eller andra insatser. De två olika perspektiven sammanställs enligt en mall som jämför grad av samstämmighet. Därefter följer konvergensdialogen, som anses vara kärninterventionen i programmet. Vid samtalet deltar både arbetstagare och arbetsledare samt ADA-behandlaren som fungerar som samtalsledare. Olika perspektiv från de tidigare två samtalen lyfts för diskussion. Fokus är på konstruktiva lösningar för arbetsåtergång, som kan fungera såväl kort- som långsiktigt. Samtalsledarens uppgift är att stimulera till en konstruktiv dialog mellan parterna, samt vid behov att bidra med kunskap och vägledning i processen till båda parterna. Interventionen avslutas genom att ADA-behandlaren gör en skriftlig sammanfattning av konvergenssamtalet med fokus på konkreta förslag och överenskommelser. Eftersom ingen ytterligare uppföljning, tillsammans med ADA-behandlaren, ingår i interventionen är det viktigt att samtalsledaren gör ett tydligt överlämnande av ansvaret att följa upp den sjukskrivnes arbetsförhållanden framöver. Detta kan med fördel ingå som en punkt i den gemensamma överenskommelsen.

Enligt överenskommelse med upphovsmakarna till ADA, Arbets- och Miljömedicin (AMM) i Lund, användes i Safari en förkortad version av den ursprungliga ADA



interventionen. Syftet var att lyfta ut det som beskrivs som kärninterventionen, det vill säga konvergenssamtalet och de två intervjuerna som ligger till grund för detta. I den ursprungliga versionen ingår även en multidisciplinär klinisk utredning och bedömning.

ACT och ADA i kombination. När ACT och ADA utfördes i kombination så skedde detta parallellt i tid och av två olika behandlare. I övrigt utfördes respektive intervention enligt det som beskrivits ovan.

”Arbetsgivaren informerades i förhand om vikten av en avskild plats för samtalen.”

Lokaler. Bedömning samt terapisesioner genomfördes i samtalsrum vid Centrum för psykiatriforskning (CPF). Det fanns samtalsrum som var utrustade med filmkamera för inspelning av ACT-sessioner. Eftersom det annars inte förekommer klinisk verksamhet i lokalerna utformades särskilda rutiner för administration kring patientbesök, journalföring och säkerhetsaspekter. Detta omfattande stöd från närliggande akutpsykiatrisk mottagning vid behov, samt tydliga riktlinjer för uppföljning och omhändertagande vid suicidrisk.

Gällande ADA genomfördes patientintervju i samtalsrum vid forskningsenheten. Intervju med arbetsledare och konvergenssamtal genomfördes på deltagarens arbetsplats. Arbetsgivaren informerades i förhand om vikten av en avskild plats för samtalen.

Personal och utbildning. ACT-behandlingen gavs av legitimerade psykologer med dokumenterad kunskap om, samt klinisk erfarenhet av, ACT. Alla terapeuter genomgick dessutom en tvådagars utbildning i manualen som användes i studien. Professor Joanne Dahl på Institutionen för psykologi vid Uppsala universitet, hade ett övergripande ansvar för att vetenskapligt kvalitetssäkra genomförandet av ACT, samt handledning. De psykologer som gav behandling med ACT deltog i handledning motsvarande två timmar i veckan under terminstid under tiden som behandling pågick.

ADA utfördes av legitimerade psykologer, en socionom samt en specialistsjuksköterska. Utbildning i ADA genomfördes initialt vid Arbets- och Miljömedicin (AMM), Region Skåne, och därefter internt av dem som tidigare deltagit i utbildningen. Regelbunden handledning i metoden anordnades via Skype-samtal med AMM i Lund motsvarande en timme varannan vecka. Efter halva studietiden kompletterades detta med ytterligare handledning på plats i Stockholm med en erfaren psykolog och organisationskonsult.

Samverkande insatser var begränsade till arbetsgivare enligt det upplägg som beskrivs i ADA. Upplägget för interventionerna inkluderade ingen direkt samverkan med Försäkringskassan, Arbetsförmedling eller övriga vårdkontakter.

Kvalitetssäkring. Förutom utbildning och fortlöpande handledning så har det vidtagits åtgärder för att undersöka följsamhet till manualerna. ACT-sessionerna spelades in på video och slumpvist utvalda sessioner har i efterhand bedömts för att göra skattningar av följsamhet till manualen och terapeuternas kompetens. I ADA fanns ingen praktisk möjlighet att videofilma eftersom besöken till största delen ägde rum på deltagarens arbetsplats. Istället har allt skriftligt material, såsom arbetsanteckningar och journalanteckningar, granskats i efterhand för att avgöra om de komponenter som beskrivs i manualen har genomförts. ■



PROJEKT-CHEF

Elisabet Erwall på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen vid Stockholms läns landsting.
E-post: elisabet.erwall@sl.se



FORSKNINGS-LEDARE

Anna Nager är leg. läkare, specialist i allmänmedicin och universitetslektor på Karolinska institutet.
E-post: anna@nager.se



Minnesträning för bättre kognition vid utmattningssyndrom

Projekt: RECO – Rehabilitation for Improved Cognition.

Region: Västerbottens läns landsting.

Forskningsledare: Lisbeth Slunga Järholm.

Institution: Umeå universitet.

VAD?

► Projektet RECO undersökte två tillägsbehandlingar för patienter med utmattningssyndrom som redan genomgått ett multimodalt rehabiliteringsprogram: Internetbaserad kognitiv träning och fysisk konditionsträning.

RECO undersökte om ett tillägg med kognitiv träning eller fysisk konditionsträning förbättrar den kognitiva funktionen hos patienter med utmattningssyndrom som genomgår ett multimodalt rehabiliteringsprogram. Det multimodala programmet består av kognitivt beteendearterad terapi i grupp med träffar varje vecka under totalt 24 veckor, fysisk aktivitet på recept och arbetslivsinriktade åtgärder. Efter tolv veckors rehabilitering randomiserades deltagarna i forskningsstudien till 1) fortsatt multimodal rehabilitering, 2) tillägg av kognitiv träning eller 3) tillägg av fysisk konditionsträning.

Den kognitiva träningen är internetbaserad och består av ett träningsprogram som utförs vid dator och som innehåller uppgifter som ställer krav på exekutiva funktioner och episodiskt minne. Patienterna som randomiserats till fysisk konditionsträning fick själva välja ett lämpligt träningscenter som erbjöd spinning i grupp. Deltagarna uppmanades träna fyrtio minuter, tre gånger per vecka under totalt tolv veckor.

Denna patientgrupp har utmattning eller trötthet som huvudsymtom vilket innebär att de har en begränsad kapacitet och behov av att göra anpassningar i livet. I projektet ingick fysiskt konditionstest för skattning av syreupptagningsförmåga och en neuropsykologisk undersökning med tester under totalt två timmar före och efter interventionerna. Deltagarna fick också fylla i enkäter med frågor om minne, hälsa och arbetsförmåga. Några deltagare samtyckte även till att ingå i en delstudie med funktionell magnetresonansavbildning av hjärnan och en delstudie med kvalitativa intervjuer.

Patienter som genomgick kognitiv träning förbättrade de tränade funktionerna, men även andra närliggande kognitiva funktioner. De skattade även en lägre grad av utmattning jämfört med kontrollgruppen. Patienter som genomgick fysisk konditionsträning förbättrade sin fysiska kapacitet och presterade bättre på två minnesuppgifter. Arbetsförmåga och hälsorelaterad livskvalitet förbättrades signifikant över tid i alla tre grupperna. Någon hälsoekonomisk vinst förenad med kognitiv eller fysisk träning kunde inte påvisas.

Projektets erfarenheter gör gällande att goda vardagsrutiner underlättade genomförandet. I den multimodala rehabiliteringen betonas mycket betydelsen av rutiner och struktur i livet för att få balans och nå fastställda mål. Många deltagare upplevde trots detta att det var svårt att genomföra träning tre gånger per vecka. De upplevde att det var svårt att orka och hinna med, då även övrig multimodal rehabilitering, arbete och familj upptog mycket av deras tid.

Behandlingsmanual

Beskrivning av genomförande av kognitiv träning. Det internetbaserade träningsprogrammet ställer krav på exekutiva funktioner och episodiskt minne. Det har utvecklats av professor Anna Stigsdotter Neely och består av fem olika uppgifter. Träningen är adaptiv till patientens prestationsnivå och har tre svårighetsnivåer.

Den kognitiva träningen introducerades för patienterna i projektet av kliniskt verksam psykolog på Stressrehabilite-



ring vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå. Den första genomgången utfördes i grupp på Stressrehabilitering. Grupperna bestod av cirka 2–8 personer. Varje enskild uppgift i träningen förklarades och visades för patienterna och de hade möjlighet att ställa frågor. När möjlighet fanns fick de själva också prova att göra uppgifterna. Deltagarna fick även en skriftlig instruktion för träningsprogrammet. Tidsåtgången för denna första genomgång var cirka en timme.

Deltagarna genomförde sedan minnesträningen hemma på egen dator i ett program på internet. De fick skriftliga inloggningsuppgifter och ett träningschema där de uppmanades att fylla i resultatet för varje träningsomgång. De uppmanades träna hemma tre gånger per vecka, gärna tre bestämda veckodagar. Träningen pågick under tolv veckor och varje pass tog cirka tjugo minuter. Under träningens gång hade psykolog kontakt med deltagarna via e-post. Meddelande skickades ungefär en gång per vecka i början av träningsperioden och med glesare intervall senare under träningen. Syftet med kommunikationen var att undersöka hur träningen fortskred samt att kunna hjälpa deltagarna vid svårigheter med motivation. Vid behov hade psykolog även telefonkontakt med deltagarna. Detta kunde exempelvis ske när deltagarna inte svarade på mejl eller när stora svårigheter framkom i mejl som deltagare skickade in.

Psykolog som ansvarade för minnesträningen deltog varje vecka på team-konferens vid Stressrehabilitering, vilket innebar att det fanns möjlighet till kommunikation med övriga yrkesgrupper som var involverade i patientens multimodala rehabilitering.

Beskrivning av genomförande av fysisk konditionsträning. Patienterna fick själva välja ett lämpligt träningscenter som erbjöd spinning i grupp för att det skulle vara så enkelt som möjligt att genomföra den planerade träningen. Projektet betalade avgiften under interventionen. Kliniskt verksam sjukgymnast vid Stressrehabilitering gav initialt alla deltagare muntlig och skriftlig information om hur den fysiska konditionsträningen med spinning var tänkt att genomföras. Under träningspassen användes pulsklocka och deltagarna fick före start information om hur den fungerade och lämplig intensitet på träningen. De fick också en

del praktisk hjälp och information om träning på det valda träningscentret.

Deltagarna uppmanades träna fyrtio minuter, tre gånger per vecka under totalt tolv veckor. Intensiteten skulle ligga på 70–85 procent av deltagarens maximala hjärtfrekvens, eller högre om de så önskade. Maximala hjärtfrekvensen för en individ uppskattades vara 220 minus aktuell ålder. Hjärtfrekvensen kontrollerades under varje träningspass med pulsklocka (Polar RS800). Alla data från pulsklockan sparades och analyserades med dataprogrammet Polar ProTrainer.

I samband med sin vanliga gruppträff under veckan träffade patienten även ansvarig sjukgymnast i projektet och data från pulsklockan fördes över till dator, analyserades och patienten fick sedan återkoppling på sin träning. De första en till två veckorna utfördes återkopplingen i grupp och därefter i form av en kort skriftlig individuell feedback med utskrivna pulsfiler från varje träningstillfälle, samt en kort uppmuntrande kommentar. Syftet med återkopplingen var att ge patienten motivation till att fortsätta sin träning. Samtliga patienter upplevde det bra eller mycket bra, att träna i grupp och använda pulsklocka i kombination med stödet från sjukgymnast för att reglera träningsintensiteten. Särskilt patienter som alltid varit vana vid att "pressa sig" i sina aktiviteter upplevde bra stöd av pulsklockan. Detta gav även insikt för individerna i sitt övriga liv om att de inte måste pressa sig maximalt för att nå resultat. Pulsklockan gav även stöd och hjälp till att lära sig lyssna till kroppens signaler.

De sjukgymnaster som ansvarade för den fysiska konditionsträningen deltog varje vecka på team-konferens vid Stressrehabilitering, vilket innebar att det fanns möjlighet till kommunikation med övriga yrkesgrupper som var involverade i patientens multimodala rehabilitering. Det fanns därmed ett bra stöd till patienten både från ansvariga sjukgymnaster, övriga gruppdeltagare och personalen på Stressrehabilitering. ■



FORSKNINGS- LEDARE

**Lisbeth
Slunga
Järholm** är
överläkare och
docent samt
adjungerad
universitets-
lektor vid Insti-
tutionen för
folkhälsa och
klinisk medicin
på Umeå
universitet.

E-post: lisbeth.
slunga@vll.se



Vetenskapliga artiklar som har publicerats inom ramen för REHSAM

PRIM-NET – har kognitiv terapi positiv effekt på funktion, arbetsförmåga och sjukskrivningseffekt vid mild till måttlig depression i primärvården?

Kivi M., Eriksson MC., Hange D., Petersson EL., Vernermark K., Johansson B., Björkelund C. (2014). *Internet-Based Therapy for Mild to Moderate Depression in Swedish Primary Care: Short Term Results from the PRIM-NET Randomized Controlled Trial*. Cognitive Behavior Therapy 43(4):289-98.

Hange D., Björkelund C., Svenningsson I., Kivi M., Eriksson MC., Petersson EL. (2015). *Experiences of staff members participating in primary care research activities: a qualitative study*. International Journal of General Medicine 8:143-8.

Kivi M., Eriksson MC., Hange D., Petersson EL., Björkelund C., Johansson B. (2015). *Experiences and attitudes of Primary Care Therapists' in the Implementation and Use of Internet-Based Treatment in Swedish Primary Care Settings*. Internet Interventions 2(3):248-56.

Kivi M. (2015) *Internet-based Treatment of Depression in Primary Care: Effectiveness and Feasibility*. Thesis. University of Gothenburg. ISBN: 978-91-628-9621-8.

REGASSA – psykisk ohälsa. Randomiserad klinisk prövning av internetbaserad kognitiv terapi, fysisk aktivitet och sedvanlig behandling (TAU) på sjukskrivning och arbetsförmåga

Hallgren M., Kraepelien M., Öjehagen A., Lindefors N., Zeebari Z., Kaldo V., Forsell Y. (2015). *Physical exercise and internet-based cognitive-behavioural therapy in the treatment of depression: randomised controlled trial*. Br J Psychiatry 207(3):227-34.

Åhlin J., Hallgren M., Öjehagen A., Källmén H., Forsell Y. (2015). *Adults with mild to moderate depression exhibit more alcohol related problems compared to the general adult population: a cross sectional study*. BMC Public Health. 9;15:542.

Hallgren M., Åhlin J., Forsell Y., Öjehagen A. (2014). *Increased screening of alcohol habits*

among patients with depression is needed. Scand J Public Health. 42(7):658-9.

Helgadóttir B., Forsell Y., Ekblom Ö. (2015). *Physical activity patterns of people affected by depressive and anxiety disorders as measured by accelerometers: a cross-sectional study*. PLoS One. 13;10(1).

Strid C., Lundh L-G., Andersson C., Öjehagen A. (2014) *Psychometric properties of the Swedish version of the Outcome Questionnaire-45 as administered by automated technique in a large sample of mental ill-health patients in Primary Health Care*. Eur. J. Psychiat. Vol. 28, N.º 4, (242-251).

Konferenser:

Kaldo V. (2015) *Tailored internet-based CBT for depression and reducing work absenteeism: a multicenter randomized controlled trial with 12-month follow-up*. SWEssri 2015 – Swedish Congress on Internet Interventions, Stockholm, Sverige.

Kraepelien, M. (2015) *Regassa – skräddarsydd internetbehandling med primärvårdspatienter*. Beteendeterapeutiska föreningens årskongress, Stockholm, Sverige

Kraepelien, M. (2015) *Individually tailored internet-based treatment for depression and comorbid conditions in primary care*. European Society for Research on Internet Interventions, Warszawa, Polen

Kraepelien, M., Forsell, Y., Öjehagen, A., Lindefors, N., Blom, K., & Kaldo, V. (2013) *A Large Multicenter RCT in a Primary Care Setting Comparing Individualized Internet-CBT to Treatment as Usual on Effects on Depression and Self-Rated Work Ability*. World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Lima Peru.

Effekter av guidad basal kroppskännedom för reducering av smärta i nacke och axlar hos personer med synnedsättning

Lundqvist L-O., Zetterlund C., Richter H. O. (2014). *Effects of Feldenkrais on chronic neck/scapular pain in people with visual impairment: a randomized controlled trial with one-year follow-up*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 95, 1656-1661.

Domkin D., Richter H. O., Zetterlund C.,

Lundqvist L-O. *Effect of reduced visual acuity on precision of two-dimensional tracing movements*. Journal of Optometry. In press.

Lundqvist L-O., Zetterlund C., Richter H. O. *Reliability and Validity of the Visual, Musculoskeletal and Balance Complaints Questionnaire (VMB)*. Optometry and Vision Science. In press.

MADR-S och patientcenterade besök i primärvården vid depression – kortare sjukskrivning och bättre funktion

Petersson A., Björkelund C., Petersson E-L. (2015). *To score or not to score: a qualitative study on GPs views on the use of instruments for depression*. Family Practice 31(2):215-221.

Wikberg C., Nejati S., Larsson M., Petersson E-L., Westman J., Ariai N., Kivi M., Eriksson M., Eggertsen R., Hange D., Baigi A., Björkelund C. (2015). *Comparison Between the Montgomery Asberg Depression Rating Scale-Self (MADRS-S) and the Beck Depression Inventory II (BDI-II) in Primary Care*. Prim Care Companion. CNS Disord 17(3).

VITALIS – tillbaks till livet och tillbaks till arbete

Andersén Å., Larsson K., Lytsy P., Kristiansson P., Anderzén I. (2015). *Predictors of self-efficacy in women on long-term sick leave*. Int J Rehabil Res. 38(4):320-6.

Lytsy P., Larsson K., Anderzén I. (2015). *Health in women on long-term sick leave because of pain or mental illness*. Int J Rehabil Res. 38(1):27-33.

Bozkurt Åhman H. *Långtidssjukskrivna kvinnors upplevelser av Arbetstlivsintroduktion – med eller utan förberedande insatser*. Master FH. DIVA Uppsala Universitet.

Andersén Å., *Vilken betydelse har multidisciplinär bedömning vid rehabilitering för Self-efficacy hos kvinnor som varit långtidssjukskrivna? Master FH. DIVA Uppsala Universitet.*

Olofsson, S. *Utvärdering av Acceptance and Commitment Therapy (ACT) för långtidssjukskrivna kvinnor som ska utförsäkras*. Psykologiprogrammet. DIVA Uppsala Universitet.

Kams P. *Arbetstlivsriktad rehabilitering av långtidssjukskrivna kvinnor i Uppsala län – Vilka gick det bra för? Psykologiprogrammet. DIVA Uppsala universitet.*

Problembaserad metod (PBM) och dess effekter på hälsa och arbetsförmåga för personer sjukskrivna (eller i riskzonen för

sjukskrivning) på grund av depression, ångest och stressyndrom

Jansson I., Perseus K-I., Gunnarsson AB., Björklund A. (2014). *Work and everyday activities: experiences from two interventions addressing people with common mental disorders*. Scand J Occup Ther 21(4):295-304.

Jansson I., Gunnarsson AB., Björklund A., Brudin L., Perseus K-I. (2015). *Problem-based self-care groups versus cognitive behavioural therapy for persons on sick leave due to common mental disorders: a randomised controlled study*. Journal Of Occupational Rehabilitation 25(1):127-40.

Jansson I., Björklund A., Perseus K-I., Gunnarsson AB. (2015). *The concept of 'work ability' from the view point of employers*. Work 52(1):153-67 15p.

Implementering av tidiga arbetsplatsbaserade preventiva insatser för personer med smärte relaterad funktionsnedsättning

Linton S., Boersma K., Traczyk M., Shaw W. (2015). *Early Workplace Communication and Problem Solving to Prevent Back Disability: Results of a Randomized Controlled Trial Among High-Risk Workers and Their Supervisors*. J. Occup Rehabil, Springer. pp. 1–10.

Muskuloskeletal smärta hos irakiska kvinnor som flytt till Sverige, upplevda orsaker och förslag till åtgärd, behovsbedömning. Framtagande av ett frågeformulär

Zander V., Müllersdorf M., Christensson K., & Eriksson, H. (2013). *Struggling for sense of control: Everyday life with chronic pain for women of the Iraqi diaspora in Sweden*. Scandinavian Journal of Public Health, 41:799-807.

Zander V., Eriksson H., Christensson K., & Müllersdorf M. (2014). *Rehabilitation of women from the Middle East living with chronic pain – perceptions from health care professionals*. Health Care for Women International, 16:1-4.

Zander V., Eriksson H., Christensson K., & Müllersdorf M. (2015). *Development of an interview guide identifying the rehabilitation needs of women from the Middle East living with chronic pain*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 12, 12043-12056.

Vad tillför nackspecifik träning utöver multimodal rehabilitering för personer med långvariga besvär efter whiplashskada

Peterson G., Nilsson D., Falla D., Dederig

Å., Trygg J., Wallman T., Peolsson A. *Changes in dorsal neck muscle function in individuals with chronic whiplash-associated disorders: a real-time ultrasound case-control study*. Revised Ultrasound in Medicine and Biology. In press.

Treleaven J., Peterson G., Landén-Ludvigsson M., Kammerlind A-S., Peolsson A. (2015) *Balance dizziness, and proprioception in patients with chronic Whiplash Associated Disorders complaining of dizziness: A prospective randomized study comparing three exercise programs*. Epub ahead of print, Dec 8, 2015.

Peolsson A., Landén Ludvigsson M., Overmeer T., Dederer Å., Bernfort L., Johansson G., Kammerlind A-S., Peterson G. (2013). *Study Protocol: Effects of neck-specific exercise with or without a behavioural approach in addition to prescribed physical activity for individuals with chronic whiplash-associated disorders: a prospective randomised study*. BMC Musculoskeletal Disord 14:311.

Ludvigsson ML., Peterson G., O'Leary S., Dederer Å., Peolsson A. (2015). *The effect of neck specific exercise with, or without a behavioural approach, on pain, disability and self-efficacy in chronic whiplash-associated disorders: A randomized clinical trial*. Clin J Pain 31(4):294-303.

Peterson G., Dederer Å., Andersson E., Nilsson D., Trygg J., Peolsson M., Wallman T., Peolsson, A. (2015). *Altered ventral neck muscle deformation for individuals with Whiplash Associated Disorder compared to Healthy Controls: a case-control Ultrasound study*. Man Ther 20(2):319-27.

Agnew, L., Johnston, V., Landén-Ludvigsson, M., Peterson, G., Peolsson, A. (2015). *Factors related to Work Ability in patients with chronic Whiplash Associated Disorders*. J Rehab Med 47(6):546-51.

Landén Ludvigsson M., Peterson G., Falla D., Dederer, Å., Peolsson. (2015). *Factors Associated with pain/disability reduction following different exercise interventions in chronic whiplash*. Eur J Pain.

Peterson G., Landén Ludvigsson M., O'Leary S., Jönsson M., Dederer Å., Peolsson A. (2015). *The effect of three different exercise regimes on neck load tolerance. A randomised control trial for chronic whiplash associated disorder*. J Manipulative Physiol

Landén Ludvigsson M., Peterson G., Peolsson A. (2015). *Mechanical properties of the trapezius muscle during shoulder elevation*

in people with chronic Whiplash Associated Disorders (WAD), measured by real time ultrasound. Man Ther,

Landén Ludvigsson M., Peterson G., Dederer Å., Peolsson, A. (2015) *Two year follow-up of a randomized clinical trial investigating three different exercise interventions for chronic Whiplash Associated Disorders*. Accepted J Rehabil Med.

Peterson G., Nilsson D., Trygg J., Falla D., Dederer Å., Wallman T., Peolsson A. *Novel insights into the interplay between ventral neck muscles in individuals with whiplash-associated disorders*. Scientific Reports. 2015;5:15289.

Arden C., Peterson G., Landén Ludvigsson M., Peolsson A. *Satisfaction with the outcome of physical therapist-prescribed exercise in chronic whiplash associated disorders. Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial*. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy (JOSPT). In press.

Skräddarsytt web-stöd som tillägg till multimodal smärtrehabilitering inom primärvård

Gard G. (2012) *Focus on Psychological Factors and Body Awareness in Multimodal Musculoskeletal Pain Rehabilitation*. Chapter published in Ed. Bettany-Saltikov and Paz-Louido Physical Therapy Perspectives in the 21st Century – Challenges and Possibilities. ISBN 978-953-51-0459-9

NRS Light – utveckling av ett instrument för bedömning, urval till och utvärdering av multimodal rehabilitering i primärvård

Alföldi P., Wiklund T., Gerdle B. (2014) *Comorbid insomnia in patients with chronic pain: a study based on the Swedish quality registry for pain rehabilitation (SQRP)*. Disabil Rehabil. 36(20):1661-9.

Bromley Milton M., Börsbo B., Rovner G., Lundgren-Nilsson A., Stibrant-Sunnerhagen K., Gerdle B. (2013). *Is Pain Intensity Really That Important to Assess in Chronic Pain Patients? A Study Based on the Swedish Quality Registry for Pain Rehabilitation (SQRP)*. PLoS One. 21; 8(6):e65483

Dragioti E., Wiklund T., Alföldi P., Gerdle, B. (2015) *The Swedish version of the Insomnia Severity Index: Factor structure analysis and psychometric properties in chronic pain patients*. Scand J Pain 9.22–27

Larsson B., Gard G., Karlsson L., Ann, L., Persson AL. *Patient expectations for a*



multimodal pain rehabilitation program: active participation and coping skills. A qualitative study. Disability and Rehabilitation. In press.

Stenberg G., Pietilä-Holmner E., Stålnacke BM., Enthoven P. *Healthcare professional experiences with patients who participate in multimodal pain rehabilitation in primary care – a qualitative study.* Disability and Rehabilitation. In press.

WorkUp

Konferenser:

Post Sennehed C., Axén I., Stigmar K., Holmberg S., Petersson I., F, Nyberg A., Grahn B. (2014) *WorkUp – Weekly text-messages follow-up of sick leave, work ability and productivity for back pain patients.* EUMASS Stockholm.

Grahn B., Stigmar K., Holmberg S., Brehmander A., Jöud A., Croft P R., Hill J., Gerdtham U., Karlsson B., Harms-Ringdahl K., Jensen I., Gard G., Rivano Fischer M., Thulesius H., Johansson A-C., Larsson M. EH., Petersson I. F. (2014) *WorkUp. Early structured care with or without workplace intervention to improve work ability in patients with neck, shoulder and/or low back pain – a prospective pare wise cluster randomized controlled trial in primary health care.* EUMASS, Stockholm, Sverige.

Forsbrand M., Grahn B., J. C. Hill J.C., Peterson I. I., Post Sennehed C., Stigmar K. (2015) *Validation of the Swedish version of STarT Back Tool against the short version of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire in patients with back and/or neck pain in primary health care.* EULAR15, Rom, Italien.

Grahn, B., Stigmar, K., Forsbrand, M., Post Sennehed, C., Gard G., Holmberg S., Petersson I. (2015) *WorkUp – Structured care in physiotherapy practice including workplace interventions to improve work ability in patients with neck and/or back pain.* WCPT, Singapore.

Safari – samordnad forskning kring arbetsrelaterade rehabiliteringsinsatser

Ekström J., Helleberg B. (2014). *Arbetsåtergång och symtomreduktion vid sjukskrivning på grund av lättare psykisk ohälsa-vilken intervention är mest hjälpsam; Acceptance and Commitment Therapy eller Arbetsplats Dialog för Arbetsåtergång?* Examensarbete i psykologi vid Institutionen för klinisk neurovetenskap. Karolinska Institutet.

Hedenström L., Färnestrand Runfors L. (2015). *Återgång i arbete vid lättare psykisk*

ohälsa. En kvalitativ uppföljning av rehabiliteringsinterventioner inom Safaristudien. Examensarbete beteendevetenskap, vid IMM, Institutet för Miljömedicin. Karolinska Institutet.

Martini P. (2015). *Effekten av Acceptance and Commitment Therapy (ACT) på arbetsåtergång. -Betydelsen av psykologisk flexibilitet och self-efficacy som prediktorer och deltagarnas upplevelser av behandlingen.* Examensarbete i psykologi vid Institutionen för klinisk neurovetenskap. Karolinska Institutet.

RECO – Rehabilitation for Improved Cognition

Malmberg Gavelin H., Boraxbekk C-J., Stenlund J., Slunga Järholm L., Stigsdotter Neely A. (2015).

Effects of a process-based cognitive training intervention for patients with stress-related exhaustion. STRESS The International Journal on the Biology of Stress. Nr. 13, pp.1–12.


Kan två etablerade behandlingsmetoder för deprimerade patienter ha olika effekt på återgång i arbete

Ekeblad A., Falkenström F., & Holmqvist R. (2015). *Reflective Functioning as Predictor of Working Alliance and Outcome in the Treatment of Depression.* Journal of Consulting and Clinical Psychology. November 23, 2015. pp. 67–78.

Ekeblad A., Falkenström F., Andersson G., Vestberg R., & Holmqvist R. *Randomized Trial of Interpersonal Psychotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Major Depressive Disorder in a Community-Based Psychiatric Outpatient Clinic.* Journal of Depression and Anxiety. In press.

Psykoterapeutiskt utfall och självvalseffekter för paniksyndrom – Projektet Pose

Sandell R., Svensson M., Nilsson T., Johansson H., Viborg G., & Perrin S. (2015). *The POSE study – panic control treatment versus panic-focused psychodynamic psychotherapy under randomized and self-selection conditions: study protocol for a randomized controlled trial.* Trials 16(130). ■

 din hand har du en receptbok med ett antal behandlingsalternativ för personer som riskerar att förlora sin arbetsförmåga till följd av psykisk ohälsa eller smärta i nacke och rygg. Behandlingarna riktar sig både till yrkesverksamma och sjukskrivna personer, som behöver rehabiliteringsstöd för att kunna behålla sin arbetsförmåga eller återgå i arbete. Boken innehåller tjugo olika behandlingsmetoder som har utvärderats vetenskapligt inom forskningsprogrammet REHSAM. Varje behandlingsmanual, eller recept som vi kallar dem, är en kort sammanfattning som förenar teori med praktik.



Sveriges
Kommuner
och Landsting



Försäkringskassan

FORTE:

Forskningsrådet för
hälsa, arbetsliv och välfärd

