

# Rehabiliteringsrådets slutbetänkande

*Slutbetänkande av Rehabiliteringsrådet*

*Stockholm 2011*



---

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

---

SOU 2011:15

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:  
Fritzes kundtjänst  
106 47 Stockholm  
Orderfax: 08-598 191 91  
Ordertel: 08-598 191 90  
E-post: [order.fritzes@nj.se](mailto:order.fritzes@nj.se)  
Internet: [www.fritzes.se](http://www.fritzes.se)

*Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)*  
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.  
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på  
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice.

Tryckt av Elanders Sverige AB  
Stockholm 2011

ISBN 978-91-38-23536-2  
ISSN 0375-250X

## Till statsrådet Ulf Kristersson

Vid sammanträde den 21 december 2009 beslutade regeringen om direktiv (dir. 2009:131) som gav en särskild utredare i uppdrag att följa och föreslå förbättringar inom rehabiliteringsområdet. Utredningen har antagit namnet Rehabiliteringsrådet.

Med stöd av regeringens bemyndigande förordnade statsrådet Cristina Husmark Pehrsson 11 januari 2010 professor Åke Nygren att vara särskild utredare. Som huvudsekreterare i utredningen har tjänstgjort Bodil Ljunghall.

Den 23 februari 2010 förordnades som sakkunniga att ingå i utredningen

Birgitta Bernspång, arbetsterapeut, professor, Umeå universitet

Roger Henriksson, verksamhetschef, överläkare, professor, (onkologi), Karolinska universitetssjukhuset

Irene Jensen, beteendevetare, professor, Karolinska Institutet

Ingemar Petersson, docent, överläkare (reumatologi och ortopedi), Skånes universitetssjukhus, Lund

Eva Vingård Professor och verksamhetschef, Arbets- och miljömedicinska kliniken, Uppsala Akademiska Sjukhus och inst för medicinska vetenskaper Uppsala Universitet

Marie Åsberg, överläkare, professor emeritus, (psykiatri) Karolinska institutet, Danderyds sjukhus

Birgitta Öberg, sjukgymnast, professor, Linköpings universitet.

Till rehabiliteringsrådets möten har följande personer varit adjungerade

Kristian Borg, överläkare, professor, rehabiliteringsmedicin och neurologi, Danderyds sjukhus och Karolinska Institutet och

Karin Rudling, överläkare (rehabiliteringsmedicin), Danderyds sjukhus (februari–juni 2010).

Rehabiliteringsrådet presenterade ett delbetänkande (SOU 2010:58) i augusti och överlämnar härmed sitt slutbetänkande SOU 2011:15.

Stockholm i februari 2011

Åke Nygren  
ordförande

Bodil Ljunghall

Birgitta Bernspång

Kristian Borg

Roger Henriksson

Irene Jensen

Ingemar Petersson

Eva Vingård

Marie Åsberg

Birgitta Öberg

# Innehåll

<b>Förkortningar</b> .....	<b>11</b>
<b>Uppdrag och arbetsformer</b> .....	<b>15</b>
<b>1 Bakgrund</b> .....	<b>17</b>
1.1 Arbetsplatsens betydelse i rehabiliteringsarbetet .....	20
1.1.1 Återgång till arbete efter längre tids sjukfrånvaro .....	20
1.1.2 Vem ska utföra rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen? .....	23
1.2 Prevention .....	24
1.3 Nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa .....	24
<b>2 Rehabiliteringsrådets förslag</b> .....	<b>29</b>
2.1 Nationellt kvalitetsregister .....	32
2.2 Kunskapscentrum för rehabiliteringsgarantin .....	36
2.3 Övriga insatser .....	37
2.4 Diagnosspecifika förslag .....	38
2.4.1 Lättare psykisk ohälsa .....	38
2.4.2 Smärta i rörelseorganen .....	41
2.4.3 Cancer .....	44
2.4.4 Neurologi .....	49
2.5 Övrigt .....	52

<b>3</b>	<b>Lättare psykisk ohälsa .....</b>	<b>53</b>
3.1	Sammanfattning.....	54
3.2	Arbetsgrupp och arbetsätt .....	55
3.2.1	Evidensvärdering.....	56
3.2.2	Litteratursökning.....	57
3.2.3	Annat bakgrundsmaterial .....	58
3.3	Vad är lättare psykisk ohälsa? .....	58
3.3.1	Diagnostik .....	59
3.3.2	Depression.....	60
3.3.3	Ångestsyndrom.....	60
3.3.4	Stressrelaterad psykisk ohälsa .....	61
3.3.5	Problem i diagnostiken.....	62
3.3.6	Begreppet utbrändhet och arbetsrelaterad psykisk ohälsa .....	64
3.4	Svårare psykisk ohälsa .....	65
3.5	Samsjuklighet.....	66
3.6	Behandling av lättare psykisk ohälsa .....	66
3.6.1	Depression.....	66
3.6.2	Ångestsyndrom.....	67
3.6.3	Stressrelaterad psykisk ohälsa .....	68
3.7	Nedsatt arbetsförmåga och sjukskrivning vid lättare psykisk ohälsa .....	69
3.7.1	Nedsatt arbetsförmåga.....	69
3.7.2	Sjukskrivning.....	70
3.7.3	Begreppet sjuknärvaro .....	70
3.8	Prediktorer för återgång i arbete efter sjukskrivning.....	70
3.8.1	Generella prediktorer.....	70
3.8.2	Motivation .....	71
3.8.3	Självttillit (Self-efficacy) .....	71
3.8.4	Prediktorer för arbetsåtergång vid psykisk ohälsa.....	72
3.9	Rehabiliteringsmetoder vid psykisk ohälsa.....	73
3.9.1	Rehabilitering till arbete (RTW, return to work) – kontrollerade studier av olika interventioner .....	73
3.9.2	Läkemedelsbehandling vid depression.....	75
3.9.3	Utbildning av primärvård eller företagshälsovård.....	75

3.9.4	Stressreduktion .....	75
3.9.5	Minimal kontakt (brev, telefon, internet).....	75
3.9.6	Samtalsbaserade psykoterapimetoder.....	76
3.9.7	Arbetsplatsinriktade interventioner .....	77
3.10	Andra rehabiliteringsmetoder – aktuellt evidensläge .....	79
3.10.1	Livsstilsförändring .....	79
3.10.2	Stressreduktion .....	81
3.10.3	Supported Employment .....	84
3.11	Effekter av rehabilitering vid olika typer av lättare psykisk ohälsa.....	86
3.11.1	Behandling av depression och återgång i arbete .....	86
3.11.2	Rehabilitering till arbetsåtergång vid ångestsyndrom.....	88
3.11.3	Stressrehabilitering – praktik och vetenskap .....	90
3.12	Primärvårdens rehabiliteringsutbud.....	91
3.13	Specialiserad rehabilitering .....	92
<b>4</b>	<b>Smärta i rörelseorganen .....</b>	<b>105</b>
4.1	Gruppens arbete.....	106
4.2	Sammanfattning i punktform.....	107
4.3	Inledning och bakgrund .....	109
	Det bio-psyko-sociala perspektivet på smärta avseende rehabilitering vid rörelseorganens sjukdomar.....	109
4.4	Beskrivning av kunskapsläget.....	110
4.5	Kliniska riktlinjer för smärta i rörelseorganen .....	111
4.5.1	Faktorer som inverkar på val av åtgärder och förväntat rehabiliteringsutfall .....	112
4.6	Prediktorer för återgång till arbete och arbetsförmåga .....	115
4.6.1	Rekommenderade interventioner i kliniska riktlinjer.....	116
4.7	En ny genomgång av enskilda vetenskapliga artiklar efter 2008.....	122
4.8	Övrig tillgänglig kunskap .....	123

4.9	Sammanfattande reflektioner om smärta och återgång i arbete.....	124
4.9.1	När och av vem ska rehabiliteringen genomföras? ...	125
4.9.2	Företagshälsovårdens roll i rehabilitering av patienter med långvarig smärta .....	127
4.10	Arbetsplatsens betydelse.....	127
4.10.1	Behov av insatser på arbetsplatsen .....	127
<b>5</b>	<b>Neurologi.....</b>	<b>139</b>
	Traumatisk Hjärnskada.....	139
	Stroke MS och Parkinson.....	139
5.1	Traumatisk hjärnskada .....	140
5.1.1	Sammanfattning .....	140
5.1.2	Bakgrund .....	143
5.1.3	Definitioner och skadeklassifikation .....	143
5.1.4	Incidens och riskfaktorer .....	144
5.1.5	Skadepatologi enligt modern bilddiagnostik .....	144
5.1.6	Akuta funktionsnedsättningar och prognos .....	145
5.1.7	Evidensbasen för multidisciplinär rehabilitering efter förvärvad hjärnskada .....	147
5.1.8	Kompletterande litteraturgenomgång avseende rehabiliteringsmedicinsk intervention efter TBI med fokus på faktorer som påverkar återgång i arbete.....	148
5.1.9	Kvalitetsregister, nuvarande vårdkedja och tillgänglighet till adekvata rehabiliteringsprogram....	151
5.2	Stroke, MS och Parkinson .....	160
5.2.1	Sammanfattning .....	160
5.2.2	Bakgrund .....	160
5.2.3	Rehabilitering .....	161
5.2.4	Stroke.....	161
5.2.5	Multipel Skleros – MS.....	164
5.2.6	Parkinson.....	164
5.2.7	Övriga neurologiska sjukdomsgrupper .....	165
5.2.8	Artikelsökningar .....	165



<b>6</b>	<b>Onkologi.....</b>	<b>169</b>
6.1	Sammanfattning .....	170
6.2	Förslag på åtgärder och behandlingar som främjar återgång i arbete och som bör omfattas av rehabiliteringsgarantin .....	171
6.3	Bakgrund .....	173
6.4	Återgång i arbete.....	179
6.4.1	Begreppet rehabilitering i kontexten cancersjukdom .....	179
6.5	Litteraturoversikt .....	181
6.5.1	Bröstcancer.....	184
6.5.2	Pågående svenska studier rörande återgång till arbetet vid cancersjukdom .....	190
6.6	Samsjuklighet .....	191
6.7	Den randomiserade studien och den psykosociala interventionen – en omöjlig kombination? .....	192
6.8	Screening och psykosociala interventioner .....	195
6.9	Regionala perspektivet och Regionala cancercentra (RCC).....	198
6.10	Internationella perspektiv.....	200
6.11	Rehabilitering i internatform .....	203
6.12	En optimal integrering av rehabiliteringskedjan i cancervården.....	204
6.13	Individuell rehabiliteringsplan.....	205
6.13.1	Tydliga mål och utfall.....	206
 <b>Bilagor</b>		
	Bilaga 1–2 Kommittédirektiv.....	223

# Förkortningar

ADA	ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång
ADL	Activities of daily living
AMED	Allied and Complimentary Medicine
AS	Ankyloserande spondylit
ASSIA (förkortn. nämns ej i SOU)	Applied Social Sciences Index and Abstracts
BK	Basal kroppskänedom
CEOS	Centrum för miljörelaterad ohälsa och stress
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health
CIRRIE	Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange
CNS	Central nervous system
Core-30	Quality of Life Questionnaire
CSA	Social Services Abstracts
CTWR	Coordinated and tailored work rehabilitation
DAI	Diffuse Axonal Injury
DMT	Disease modifying therapy
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DT	Datortomografi
EBM	Evidence-based medicine
ECT	Electroconvulsive therapy
Embase	Excerpta Medica Database

EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer
FGT	Fokuserad gruppterapi
FHV	Företagshälsovård
Flyt-Rest	Flotation Restricted Environmental Stimulation Technique
GAF-skalan	Global funktionsskattningsskala
GCS	Glasgow Coma Scale
GRADE	Evidensgraderingssystem
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HSL	Hälso- och sjukvårdslag
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IPS	Individual Placement and Support
ISM	Institutet för Stressmedicin i Göteborg
KBT	Kognitiv beteendeterapi
MBCT	Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MBSR	Mindfulness-Based Stress Reduction
Medline	The U.S. National Library of Medicine's bibliographic database
MeSH-termer	Medical Subjects Headings
MRI	Magnetic resonance imaging
MS	Multipel skleros
MTBI	Mild Traumatic Brain Injury
NCU	The Nordic Cancer Union
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
Ovid	Ovid Technologies, Ovid Database

PART-studien	Psykisk hälsa, Arbete, RelaTioner
PBM	Psykofysiologisk BeteendeMedicin
PMF	Psykomotorisk fysioterapi
Prime MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders screening questionnaire for depressive symptoms
PsA	Psoriasisartrit
PST	Problem-solving therapy
PsycINFO	American Psychological Association's (APA) renowned resource for abstracts of scholarly journal articles, book chapters, books, and dissertations
PTSD	Postramatiskt stressyndrom
PubMed	A free database accessing the MEDLINE database of citations, abstracts and some full text articles on life sciences and biomedical topics
PV	Primärvård
RA	Reumatoid artrit
RCC	Regionalt cancercentrum/centra
RCT	Randomized controlled trial
RLS	Reaction Level Scale
RMS	Rehabmedicin Simrishamn
RTW	Return to work
SAS	Social Adjustment Scale
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SLL	Stockholms läns landsting
SMI	Severe Mental Illness
SSCI (förkortn. nämns ej i SOU)	Social Sciences Citation Index
Supported employment	Arbetsrehabiliteringsmetod som utvecklats för personer med allvarlig psykisk sjukdom

TBI	Traumatic Brain Injury
TENS	Transkutan Elektrisk NervStimulering
The Cochrane Collaboration	Uppdaterade, systematiska sammanställningar av alla relevanta randomiserade kontrollerade undersökningar inom hälsovården
Webrehab	Neurorehabregistret
WHO	World Health Organization
ÖMPQ	Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire
ÖMPSQ	Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire

# Uppdrag och arbetsformer

Kommittén som antagit namnet Rehabiliteringsrådet har i uppdrag att stötta och bistå regeringen i frågor med koppling till rehabiliteringsområdet. Rådet ska vid behov lämna förslag på hur rehabiliteringen kan förstärkas under sjukskrivningsprocessen, t.ex. när det gäller medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering.

Rådet får också föreslå hur ett fortsatt stöd till regeringen i rehabiliteringsfrågor bör utformas och lämna förslag till utformningen av en kommande överenskommelse om rehabiliteringsgaranti efter 2010.

Rehabiliteringsrådet ska vid genomförandet av sitt uppdrag hämta information från organisationer och myndigheter som man bedömer har sådana kunskaper och erfarenheter som behövs för att rådet ska kunna fullfölja sitt uppdrag att vara uppdaterad beträffande utvecklingen inom området.

Rådet påbörjade sitt arbete i slutet av februari 2010 och har haft elva sammanträden och sekretariatet har därutöver haft ett antal möten med berörda myndigheter och organisationer. Erfarenheterna från dessa möten redovisades i delbetänkandet (SOU 2010:58).

Rådets arbete har i huvudsak bedrivits i form av fyra arbetsgrupper som inom respektive område gjort en sammanställning av aktuell forskning. Till varje arbetsgrupp har knutits ett antal specialister inom området. I betänkandet redovisas gruppernas arbete som separata kapitel.

Arbetsgrupperna har haft följande inriktning

- Besvär från rörelseorganen,
- Lättare psykisk ohälsa
- Onkologi.
- Neurologi trauma/stroke.

# 1 Bakgrund

Rehabiliteringsgarantins syfte är att förhindra och förkorta sjukskrivningar, dvs. öka återgång i arbete, genom att tidigt erbjuda effektiva vårdinsatser till den som drabbas av ohälsa. De behandlingar som hittills blivit ersatta från garantin är multimodal rehabilitering för icke specificerade smärta i axlar rygg och nacke och för kognitiv beteendeterapi (KBT) för lätt eller medelsvår ångest, depression eller stress. Dessa utgångspunkter för rehabiliteringsgarantins ersättning för rehabilitering kommer även att gälla för 2011. För utveckling och forskning är 40 miljoner avsatta för utbyggnad av ett kvalitetsregister och förberedelse för Internet-baserad KBT. Rehabiliteringsrådet har i delbetänkandet konstaterat att det finns evidens för ökad återgång i arbete efter multimodal behandling av smärtpatienter men för övrigt finns inga behandlingar som är vetenskapligt utvärderade för att påvisa ökad arbetsåtergång. Ett förslag från rehabiliteringsrådet är att komplettera behandlingen för den lättare psykiska ohälsan med multimodal behandling. Rehabiliteringsområdet är svårforskat och ett kvalitetsregister kommer att kunna påskynda utvecklingen att få fram validerade metoder. Mer om detta senare i rapporten.

## **Sjukfallens längd och diagnoser**

De allra flesta sjukfall omfattar bara några få dagar och kräver inte något läkarbesök eller läkarintyg. För den som har en anställning utgörs ersättningen av sjuklön och sjukfallen finns inte registrerade i Försäkringskassans system. Det är dock viktigt att notera att samhällets (framför allt arbetsgivarnas) kostnad för sjukfrånvaro främst härrör sig från denna korttidsfrånvaro. Uppskattningsvis rör det sig om mer än 2 miljoner sjukfall/kvartal.

Senaste tillgängliga uppgift från Försäkringskassan är från kvartal 3 år 2005 då man gjorde skattningen på drygt 2,9 miljoner sjukfall med sjuklön upp till 14 dagar. Uppgift om diagnos i dessa korta sjukfall saknas men det är väl rimligt att anta att det rör sig om förkylning, maginfluensa och liknande åkommor som sällan kräver något annat än några dagars egenvård och vila.

Det är endast cirka 11 procent av dem som har en anställning som under året har någon sjukfrånvaro som är så långvarig (minst 14 dagar) att man får sjukpenning. Utslaget på samtliga anställda är antalet dagar med sjukpenning sex dagar för män och tio för kvinnor<sup>1</sup>.

Nedan redovisas omfattningen av sjukskrivningar i olika diagnoser. Försäkringskassan har en omfattande statistik över diagnoser i pågående och avslutade sjukfall. Av Försäkringskassans statistik över sjukskrivningstid för avslutade sjukfall framgår att mediantiden för sjukskrivning utöver den intygsfria tiden (åtta dagar) är 45 dagar, längst är den för förstämningssyndrom (främst depression) (105 dagar).

**Tabell 1 Sjukskrivningstid för avslutade sjukfall 8 dagar eller längre, per kvartal och diagnosgrupp**

	Tumörer			Psykiska sjukdomar			varav förstämningssyndrom			Rörelseorganen			Saknas/okänd			Samtliga		
	antal	M1	M2 <sup>1</sup>	antal	M1	M2	antal	M1	M2	antal	M1	M2	antal	M1	M2	antal	M1	M2
2010 kv3	3 848	202	77	16 545	182	78	8 720	268	116	21 767	116	49	4 051	83	35	85 399	116	45
2010 kv2	4 541	190	67	20 088	175	77	6 891	266	115	24 824	118	51	4 999	86	54	99 593	116	48
2010 kv1	4 337	265	82	23 235	473	146	8 214	335	101	27 861	310	63	6 124	170	46	109 210	269	55
2009 kv4	4 922	235	70	20 160	289	74	10 553	512	182	26 080	190	47	4 840	118	36	107 807	171	42
2009 kv3	3 962	228	91	16 835	231	82	8 829	295	99	22 754	159	50	2 922	132	39	88 236	148	46
2009 kv2	4 865	216	72	21 121	238	89	7 200	205	105	26 936	185	60	4 532	106	34	106 368	160	51

M1 = medelvärde, M2 = median

Källa: Försäkringskassan

Medelvärdet för sjukskrivningstiden är dock betydligt längre, 116 dagar, och även här är det förstämningssyndrom som har den längsta sjukskrivningstiden, 268 dagar.

<sup>1</sup> Socialförsäkringsrapport 2010:17, Försäkringskassan.



Den stora andelen sjukfall med olika typer av psykiatrisk diagnos, inte minst i de långa sjukfallen, stärker behovet av att tidigt diagnostisera och sätta in insatser. Mycket finns att vinna främst för patienten men även för samhället. Ju längre bortovaro från arbetslivet desto svårare är det att komma tillbaka.

Inledningsvis i sjukfall som pågått max 28 dagar, är det diagnosen "okänd/ ej uppgiven" som dominerar och det är kanske rimligt att acceptera. Mer tveksamt är det dock att diagnosen "okänd/ej uppgiven" har en sjukskrivningstid (median) på 35 dagar och ett medelvärde på 85 dagar. Dessa sjukfall uppgick under andra kvartalet 2010 till drygt 4 000 vilket motsvarar 5 procent av samtliga sjukfall. Detta kan knappast vara acceptabelt eftersom en förutsättning för ersättning från Försäkringskassan är att personen har en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan. Utan en diagnos torde det vara svårt att uppfylla det villkoret.

Diagnoserna fördelar sig något olika beroende på sjukfallslängd. Inledningsvis utgör psykiska sjukdomar drygt 9 procent av sjukfallen men andelen ökar med sjukfallslängden för att i de allra längsta sjukfallen (längre än två år) utgöra drygt 40 procent. Den andra stora gruppen sjukskrivna, personer med sjukdomar i rörelseorganen, utgör ungefär 25 procent av samtliga sjukfall som pågått mer än 28 dagar.

**Tabell 2 Avslutade sjukfall per diagnos och sjukfallslängd**

Diagnos	1–28 dagar		29–59 dagar		60–89 dagar		90–364 dagar		1–2 år		2–år	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Tumörer	692	2,1%	991	4,2%	361	3,9%	1 144	5,8%	431	12,7%	234	8,5%
Psykiska sjukdomar	3 251	9,7%	3 820	16,2%	1 843	19,8%	5 333	26,9%	1 200	35,4%	1 141	41,3%
Varav:												
Förstämningssyndrom	935	2,8%	1 445	6,1%	863	9,3%	2 826	14,3%	596	17,6%	546	19,8%
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	2 130	6,4%	2 184	9,3%	847	9,1%	2 079	10,5%	427	12,6%	424	15,3%
Nervsystemet och sinnesorganen	1 277	3,8%	1 478	6,3%	328	3,5%	685	3,5%	173	5,1%	157	5,7%
Rörelseorganen	6 582	19,7%	5 558	23,6%	2 469	26,5%	5 796	29,3%	807	23,8%	639	23,1%
Saknas/okänd	8 042	24,1%	966	4,1%	375	4,0%	987	5,0%	73	2,2%	44	1,6%
Samtliga	33 434	100%	23 548	100%	9 324	100%	19 809	100%	3 393	100%	2 764	100%

\*Diagnosgrupper med färre än 10 observationer ingår i "Övriga diagnoskapitel", se detaljer i bladet 'Info'. En \* efter ett tal i tabellen visar att antalsuppgift endast kommer från antingen kvinnor eller män.

Källa: Försäkringskassan.

Rehabiliteringsrådet har i sitt arbete granskat kunskapsläget vad gäller insatser vid lättare psykisk ohälsa och smärta i rörelseorganen men även tittat på insatser som kan underlätta återgång i arbete vid neurologiska sjukdomar (stroke och trauma) samt cancer. De senare diagnoserna utgör inte någon stor andel av sjukfallen, men eftersom det är områden där forskningen under senare år intensifierats har vi valt att redovisa kunskapsläget även inom dessa diagnosgrupper.

Åtgärder vid stroke, trauma och olika former av cancer är i sig inte den typ av insatser som bör omfattas av rehabiliteringsgarantin som den är utformad i dag, men eftersom det är tillstånd som kan leda till mycket lång frånvaro från arbetslivet är det viktigt att uppmärksamma vad som kan göras för att hjälpa dessa patienter till att helt eller partiellt återgå i arbete.

## **1.1 Arbetsplatsens betydelse i rehabiliteringsarbetet**

Rehabiliteringsrådet ska enligt direktiven bistå regeringen i frågor med koppling till rehabiliteringsområdet. Syftet med rådet är att ett antal oberoende experter ska följa och lämna förslag till utveckling av den satsning på rehabilitering som regeringen gör. Rehabiliteringsrådet har i första hand koncentrerat sitt arbete på den rehabilitering som rehabiliteringsgarantin ersätter dvs. den medicinska rehabiliteringen. För en optimal rehabilitering behövs även en arbetslivsinriktad rehabilitering. Rehabiliteringsrådet vill därför i slutbetänkande lämna några bakgrundsfakta om arbetsplatsen och arbetslivsinriktad rehabilitering.

### **1.1.1 Återgång till arbete efter längre tids sjukfrånvaro**

En viktig faktor för att underlätta återgång i arbete är mottagandet på arbetsplatsen efter en tids sjukdom. Ju längre frånvaro från arbetsplatsen ju svårare är det att komma tillbaka. Arbetsuppgifter och arbetsorganisation kan exempelvis ha förändrats så att det "gamla" jobbet inte längre finns kvar. Även om sjukskrivningen upphört behöver det inte innebära att den anställda är i samma skick som före sjukfallet vilket också kan skapa oro inför åter-

gången. Osäkerheten inför vad som väntar kan vara en bidragande orsak till att den anställde önskar stanna kvar i sin sjukskrivning längre än vad som är medicinskt motiverat.

Tydliga rutiner för hur inslussningen i arbetslivet ska läggas upp för den som har varit borta en längre tid bidrar till att skapa trygghet när rutinerna är kända inte bara för arbetsledningen utan även för den anställde. Detta är en viktig fråga att uppmärksamma inte minst mot bakgrunden av den ovan redovisade statistiken över diagnoserna i de riktigt långa sjukfallen där ångest och depression och liknande tillstånd dominerar.

Tidpunkten för återgång i arbete efter en sjukskrivning beror på sjukdomssymtomens art, sjukdomens naturliga förlopp (om den tenderar att bli kronisk, och om den ger restsymtom eller ej), och på om individen har fått optimal behandling eller ej. Den beror också på i vilken utsträckning arbetsplatsen kan anpassas för att möjliggöra arbete trots eventuella restsymtom, och om hänsyn kan tas till den ökade sårbarhet som en sjukdomsperiod ofta ger upphov till. Slutligen är det finansiella ersättningssystemet av betydelse – motivationen att återgå i arbete trots kvarvarande symtom ökar rimligen om individen har få andra försörjningsmöjligheter än förvärvsarbete.

Långvarig sjukfrånvaro kan således beskrivas som en konsekvens av individens sjukdom, vårdens insatser, arbetsmiljön och det finansiella ersättningssystemet. Därför är det av yttersta vikt att rehabiliteringen inte bara fokuserar på patienten och dennes besvär utan också involverar de övriga komponenterna som är av betydelse för hur bristande arbetsförmåga uppstår och utvecklas. Med de regler som ingår i rehabiliteringskedjan med olika tidsintervaller för bedömning av arbetsförmågan för andra arbetsuppgifter på egna arbetsplatsen eller hos annan arbetsgivare accentueras ytterligare behovet av kunskaper om arbetsplatsens potential i rehabiliteringsarbetet.

Den forskning som rehabiliteringsgarantin baseras på när det gäller smärttillstånd i rörelseorganen visar att en kombination av multimodal rehabilitering och insatser på arbetsplatsen är effektiv för att återge en människa arbetsförmågan. Arbetslivsinriktad rehabilitering ingår dock inte i dagsläget i rehabiliteringsgarantin

## Åtgärder på arbetsplatsen

Insatser på arbetsplatsen kan bestå av en mängd olika saker och kan vara svåra att kategorisera. Både den fysiska och den psykosociala arbetsmiljön är betydelsefulla, och insatserna måste dessutom vara anpassade till såväl arbetets som den sjuka individens behov. Detta innebär att det är svårt att uttala sig generellt om evidensen för effektiviteten i denna typ av insatser när det gäller att hjälpa sjuka medarbetare tillbaka till arbetet.

Brister i ergonomin, det vill säga samspelet mellan människan och arbetsmiljön, kan innebära vissa risker. Tunga lyft, ensidigt upprepat arbete, höga krav och liten kontroll över sin arbets-situation är exempel på sådana risker. Tunga lyft och ensidigt upprepat arbete kan överbelasta kroppen och orsaka eller förvärra värk i muskler och leder. Den som en gång drabbats av belastnings-symtom är nästan alltid känsligare än andra efter tillfrisknandet och kan lätt få återfall i symtom om inte belastningen minskar. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster är de yrkeskategorier som är bäst lämpade att genomföra de insatser som behövs inom detta område. Arbetsterapeuterna anser sig inte optimalt använda i rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen i dag.

Vid såväl den lättare psykiska ohälsan som vid olika smärt-syndrom och även andra kroniska sjukdomar som till exempel cancer är den psykosociala arbetssituationen av stor betydelse. Vissa typer av arbetsrelaterad stress är extra ogynnsamma för dessa sjukdoms-grupper. Det finns en mycket omfattande forskning som har givit en god och välgrundad uppfattning om vilka faktorer som kan skapa arbetsrelaterad stress. Det hör till exempel en övermäktig arbets-belastning som personen saknar kontroll över, och en arbets-situation där ansträngningen inte står i rimlig proportion till belöningen. Det hör också en konfliktfylld arbetsmiljö med ett sviktande ledarskap, orättvisor på arbetsplatsen som till exempel mobb-ning, och värderingskonflikter mellan arbetsledning och personal som skapar social samvetsstress.

Det är också vanligt att kvarstående symtom efter ett sjukdomstillstånd försvårar en fullgod arbetsinsats under kortare eller längre tid efter arbetsåtergång. Psykisk ohälsa och smärt-tillstånd medför till exempel ofta en stark uttrötthet, som kan kräva kortare arbetspass och fler pauser. Koncentrationssvårig-heter, som är ett vanligt symtom, kan göra att arbetet går långsam-mare än normalt. Depression kan medföra en oförmåga att enga-

gera sig i arbetet och även i hög grad försvåra samspelet med arbetskamraterna.

Insatser som ska avhjälpa sådana problem måste givetvis vara anpassade efter den enskilda individens behov och arbetets krav. De personer som är avgörande för att effektuera de förändringar som kan behövas är arbetsledarna, och en självklar åtgärd är att bereda dem en adekvat arbetsledarutbildning. Det gäller i första hand mellanchefer.

Ett annat viktigt motiv för en arbetsledarutbildning är att ge den blivande handledaren kunskaper om olika sjukdomstillstånd. T.ex. är det arbetsledaren som har den största chansen att påverka situationen för en arbetstagare som är på väg in i ett utmattningstillstånd.

Ett annat exempel där arbetsledaren behöver sjukdomskunskap är cancerpatienten. Det kan vara svårt att komma tillbaka efter en tids sjukdom med ansträngande behandlingar och med existentiella frågor i sina tankar. Sjukdomen kan också ha gett en funktionsnedsättning som inte syns men som är viktigt att ta hänsyn till.

Vid omorganisationer sker förändringar som kan vara negativa för medarbetarnas hälsa. Kunskap om och beredskap för vad som händer på en arbetsplats vid förändringar kan minska riskerna för ohälsa. Arbetsledaren kan även här spela en viktig roll.

### 1.1.2 Vem ska utföra rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen?

Ansvar för insatser på arbetsplatsen i form av anpassning av arbetsuppgifter och arbetsplatsen är arbetsgivarens.

Primärvården och företagshälsovården svarar för merparten av vården för befolkningen i arbetsför ålder. Det behövs ett bättre samarbete mellan vården och arbetsplatserna för att underlätta återgången i arbetslivet. Vi anser att detta är en viktig fråga.

Företagshälsovården har under lång tid haft en central roll i rehabilitering av personer som har ett arbete. Genom strukturella förändringar och förändringar i uppdrag och ersättningssystem har förutsättningarna ändrats under senare år. Eftersom en utvärdering av företagshälsovårdens nya regelverk inletts på uppdrag av regeringen<sup>2</sup> så avstår vi från att lämna något förslag på förändring inom detta område. Nya modeller bör utarbetas och utvärderas

---

<sup>2</sup> Uppdrag att följa och utvärdera företagshälsovårdssatsningen, D nr: S 2010/4942/SF.

med vetenskaplig metodik för att förbättra tidiga rehabiliteringsinsatser samt samverka olika aktörer.

## 1.2 Prevention

Prevention med åtgärder riktade mot riskpersoner eller riskarbetsplatser är utan tvekan den mest kostnadseffektiva åtgärden för att minska ohälsa. Prevention kan således riktas såväl mot den enskilda individen som mot arbetsplatsen.

På individnivå är det livsstilförändringar som är avgörande. Olämplig kost, för litet sömn och för litet motion, rökning och missbruk är det som brukar räknas till de livsstilar som är ansvariga för stora delar av ohälsan. Att förbättra livsstilen är i första hand individens eget ansvar, men ett företag kan göra mycket för att underlätta för att bryta ett ohälsosamt livsmönster hos sina anställda.

Preventiva åtgärder på arbetsplatsen liknar de åtgärder som beskrivs i arbetsplatsens betydelse i rehabiliteringen. Arbetsledarutbildning och ergonomiska interventioner är exempel på preventiva åtgärder. Det förtjänar att påpekas att sådana åtgärder som görs i rehabiliterande syfte för en enskild arbetstagare kan vara till nytta för hela arbetsgruppen. Det finns i dag hälsoekonomiska beräkningar som visar att rätt insatt prevention ökar produktiviteten och effektiviteten och ökar därmed företagets vinst.

## 1.3 Nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa

I december 2008 undertecknade representanter från Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti gällande åren 2009 och 2010. Rehabiliteringsgarantin vänder sig till individer i yrkesverksam ålder (16–67 år) som är – eller riskerar att bli – sjukskrivna till följd av lindrig/medelsvår psykisk ohälsa eller icke-specifika smärttillstånd i rörelseorganen. Syftet med rehabiliteringsgarantin är att öka tillgängligheten på evidensbaserade behandlingsmetoder, vilket ska ge snabbare och mer effektiva rehabiliteringsinsatser, något som i sin tur ska leda till färre och kortare sjukskrivningar. I överenskommelsen mellan Socialdepartementet och SKL framgår

även att rehabiliteringsgarantin ska följas upp. I maj 2009 fick Karolinska Institutet (KI) i uppdrag att utvärdera rehabiliteringsgarantin (Regeringsbeslut S2009/4649/SF).

I uppdraget ingår följande:

- ”KI ska i sin utvärdering fokusera på vilken effekt som behandlingar som ges inom ramen för rehabiliteringsgarantin har på enskilda individers arbetsförmåga och i vilken omfattning de återgår i arbete”
- ”I utvärderingen ska beaktas i vilken omfattning rehabiliteringskedjans tidsgränser påverkat att individer återgår i arbete”
- ”KI kan därutöver utvärdera andra faktorer som bedöms viktiga för återgång i arbete”

### En första delrapport presenterades i juni 2010

Sammanfattningsvis visar resultaten att utvecklingen av sjukfrånvaro är likartad oberoende av om man erhåller rehabilitering eller inte inom rehabiliteringsgarantin. Resultaten visar också att det endast är ett mindre antal som avslutar sjuk- och aktivitetsersättning efter rehabilitering inom garantin. En något lägre andel än i referensgruppen påbörjar sjuk- och aktivitetsersättning året efter rehabilitering och även andelen utförsäkrade är lägre i rehabiliteringsgruppen. Resultaten visar att andelen som utförsäkras under uppföljningen är mer än dubbelt så hög i referensgruppen jämfört med behandlingsgruppen. Det är relativt stora variationer i resultatet mellan landstingen. Endast inom fem landsting var utvecklingen av sjukfrånvaro jämförbar med referensgruppens, de övriga landstingen uppvisar en sämre utveckling av sjukfrånvaron jämfört med respektive referensgrupp. En försiktighet vid tolkning av resultat uppdelat per landsting krävs då vissa landsting uppvisar relativt stora skillnader i sjukfrånvaro året innan insats mellan behandlingsgrupp och referensgrupp.

En statistisk säkerställd skillnad mellan privata och landstingsägda enheter visar att patienter behandlade vid privata specialistenheter har en bättre utveckling av sjukfrånvaron efter rehabilitering än landstingsenheter. Ingen skillnad fanns mellan privata respektive offentligt ägda primärvårdsenheter. I denna rapport har det inte varit möjligt att bryta ned resultaten och titta på enskilda

rehabiliteringsenheter. Det troliga är att resultaten varierar kraftigt även mellan rehabiliteringsenheter.

Även om en matchad kontrollerad design har ett gott vetenskapligt stöd, om ej en randomiserad kontrollerad studiedesign (slumpmässigt urval) kan användas, är det ändå viktigt att tolka resultaten försiktigt.

Bäst utveckling av sjukfrånvaro i behandlingsgruppen uppnås när rehabilitering sätts in före 60 dagars sjukskrivning och först efter det att individen har gått in i en sjukskrivning överstigande arbetsgivarperioden (14 dagar). I gruppen som saknar registrerad sjukfrånvaro kvartalet före rehabiliteringen ökar sjukfrånvaron året efter behandling. I slutet av uppföljningsperioden är det fortfarande åtta procent av de med psykisk ohälsa och 14 procent av de med smärtrelaterade besvär inom rehabiliteringsgarantin som fortfarande har sjukfrånvaro.

De första preliminära resultaten rörande utvecklingen av hälsa och arbetsförmåga visar att för smärtpatienter som erhållit multimodalrehabilitering inom rehabiliteringsgarantin är det endast de med kortare sjukfrånvaro (0-60 dagar) före rehabilitering som får en statistisk säkerställd förbättring av hälsotillstånd och arbetsförmåga, direkt efter avslutad rehabilitering. För patienter med psykisk ohälsa som erhållit psykologisk behandling inom rehabiliteringsgarantin förbättras både det allmänna hälsotillståndet och arbetsförmågan i hela gruppen. Patienter med psykisk ohälsa har även initialt en bättre hälsa och mindre sjukfrånvaro innan rehabilitering. I båda behandlingsgrupperna ökar andelen individer som tror att det är möjligt att återgå i arbete. Detta är ett viktigt resultat då det är väl känt från internationell forskning att patientens tilltro till möjligheten att återgå i arbete påverkar prognosen för att komma tillbaka till arbetet.

Resultaten i denna rapport bygger på uppgifter om patienter som har behandlats under de tre första kvartalen år 2009, vilket var den tid då rehabiliteringsgarantin byggdes upp inom landstingen. Att implementera nya metoder och rutiner tar tid och kräver förändringar. Det kräver också att den personal som skall effektuera nyheterna, i detta fall genomföra behandlingsprogrammen, är väl insatta och utbildade i de nya metoderna. Då tiden mellan överenskommelse och införandet av rehabiliteringsgarantin var mycket kort är det troligt att det fanns brister i implementeringen under utvecklingskedet. Som framgår av rapporter från Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen [1] uppgav en stor



del av landstingen att rehabiliteringsgarantin inte skulle vara fullt utvecklad förrän under år 2010.

Skillnaden i resultat mellan privata specialistenheter och övriga enheter kan vara en indikation på skillnaden i kunskap och erfarenhet inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Rehabilitering med fokus på återgång i arbete s.k. arbetslivsinriktad rehabilitering tar tid att implementera och ersätta på icke-specialiserade enheter.

Den i rehabiliteringsgarantin ingående psykologiska behandlingen som skall användas för lättare psykisk ohälsa har evidens för symtomlindring för tillstånden ångestsyndrom och depression men inte för arbetsåtergång eller minskning av sjukfrånvaro. Det finns heller ingen evidens för effekt på stressrelaterad psykisk ohälsa. Det kan vara faktorer som förklarar att rehabiliteringsgarantin inte har någon större effekt på sjukfrånvaron för den psykiska ohälsan.

Det finns idag god evidens både nationellt och internationellt att multimodal rehabilitering för ryggbesvär är effektivt för att minska sjukfrånvaro. Den bästa effekten uppnås när kliniska multimodala insatser kombineras med insatser på arbetsplatsen. Att införandet av evidensbaserade behandlingsmetoder inte har kunnat påvisa effekter på sjukfrånvaro under rehabiliteringsgarantins första år kan dels bero på svårigheter med själva implementeringen, dels på att anknytningen till arbetsplatsen varit svag då majoriteten fått insatser inom landstingsägd primärvård där åtgärder på arbetsplatsen av tradition inte är särskilt stark. Resultaten från utvärderingen rörande skillnaden mellan privata specialistenheter och övriga enheter indikerar detta.

I den tredje och sista rapporten som presenteras i augusti 2011, kommer implementeringsprocessen att kunna belysas och ställas i relation till resultatet. I slutrapporten kommer också en analys och jämförelse att presenteras av samtliga individer som har behandlats inom rehabiliteringsgarantin under år 2009 och 2010, rörande sjukfrånvaro, hälsa, arbetsförmåga och kostnadseffektiviteten i rehabiliteringssatsningen.

## Slutsatser från Delrapport II

Rehabiliteringsgarantin ger - det första året av implementeringen - ingen förstärkning av regeringens satsning på ”arbetslinjen” i form av minskad sjukfrånvaro.

För att förbättra effekterna av rehabiliteringsgarantin kan dock konstateras att:

- Rehabilitering för båda diagnosområdena (lättare psykisk ohälsa samt ryggbesvär) bör sättas in innan två månaders sjukfrånvaro men först när sjukfrånvaro uppstått.
- Rehabilitering inom rehabiliteringsgarantin bör inte sättas in för individer med en längre sjukfrånvaro (över två månader) utan dessa bör erbjudas andra typer av insatser för att öka möjligheten för återgång i arbete.
- Behandling inom rehabiliteringsgarantin bör i dagsläget endast genomföras av enheter med specialistkompetens inom området arbetslivsinriktad rehabilitering.
- Rehabiliteringsenheter ingående i rehabiliteringsgarantin bör kvalitetsgranskas och certifieras med utgångspunkt från intentionerna i rehabiliteringsgarantins formulering av typ av behandlingsinsats.
- För att möjliggöra optimalt genomförande av de i rehabiliteringsgarantin ingående rehabiliteringarna bör manualer och certifieringskrav specificeras och utarbetas.

## 2 Rehabiliteringsrådets förslag

Rehabiliteringsrådet föreslår *att*

- rehabiliteringsgarantin tills vidare ska omfatta personer med ospecifik smärta i rygg, axlar och nacke och/eller lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stressyndrom
- rehabiliteringsgarantin ska omfatta multimodal behandling för smärtpatienter och med tydligare fokus på arbetsplatsen och för den lättare psykiska ohälsan föreslås multimodal behandling i tillägg till kognitiv beteendeterapi, KBT
- ett rehabiliteringsregister för rehabiliteringsgarantin inrättas. Genom detta register ges möjlighet att följa och utvärdera insatser för fortsatt utveckling av rehabiliteringen
- ett kunskapscenter för rehabiliteringsgarantin bör inrättas
- att insatser för diagnoserna lättare psykisk ohälsa och ospecifik smärta i rygg axlar och nacke ska sättas in tidigt helst inom två månaders sjukfrånvaro, men först när sjukfrånvaro uppstått
- rehabilitering inom rehabiliteringsgarantin tills vidare bör övervägas noga för individer med sjukfrånvaro över två månader
- det krävs ytterligare forskning för att utveckla nya rehabiliteringsmodeller för denna patientgrupp
- behandling inom rehabiliteringsgarantin endast bör genomföras vid enheter specialiserade på rehabilitering med fokus på återgång i arbete
- arbetsplatsen bör involveras i rehabiliteringsarbetet med arbetsåtergång som syfte oavsett orsaken till sjukligheten

- forskning och utveckling krävs för att finna de mest effektiva åtgärderna för detta arbete
- rehabiliteringsenheter ingående i rehabiliteringsgarantin bör kvalitetsgranskas och certifieras med avseende på rehabiliteringskompetens. Hur detta ska ske bör utredas närmare förslagsvis av det föreslagna kunskapscentrat för rehabilitering
- manualer och certifieringskrav för rehabilitering med syfte återgång i arbetet bör specificeras och utarbetas
- missbruk av alkohol och droger bör identifieras vid bedömning av rehabiliteringsbehov för samtliga diagnoser
- problem med rehabiliteringsinsatser vid samsjuklighet bör uppmärksammas
- utbildning i evidensbaserad utredning enligt modellen röda och gula flaggor samt utbildning i multimodal rehabilitering bör tillskapas/erbjudas på ett antal orter i Sverige för att optimera implementering av arbetssättet.
- de förändrade förutsättningarna för primärvården efter vårdvalsreformen vad gäller samlade insatser inom rehabiliteringsområdet bör utredas
- för personer som på grund av sjukdom inte kan gå tillbaka till sin tidigare arbetsgivare bör möjligheter till lönebidrag och andra lönesubventioner samt studiefinansiering utökas
- rehabiliteringsmetoder med inriktning på återgång i arbete för patienter med neurologisk sjukdom och cancer behöver utvecklas även om dessa insatser inte omfattas eller i framtiden ska omfattas av rehabiliteringsgarantin.

Rehabiliteringsrådet har i sitt delbetänkande konstaterat att det är få rehabiliteringsinterventioner som på vetenskaplig grund kan rekommenderas med avseende på återgång i arbete.

Detta verifieras av den nationella utvärderingen av Rehabiliteringsgarantin som genomförts av Karolinska institutet (KI) och som presenterades den 15 februari 2011. Av KI:s rapport framgår att varken multimodal rehabilitering för smärtpatienter eller KBT för patienter med lättare psykisk ohälsa har ökat återgången i

arbete jämfört med en referensgrupp. Det finns olika förklaringar till detta. Det har varit en omställning för landstingen/primärvården att tydligare involveras i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Arbetslivsinriktad rehabilitering avser insatser på arbetsplatsen för att hjälpa anställda med nedsatt arbetsförmåga att återgå till arbete. Primärvården har i dag generellt sett inte resurser att analysera arbetsplatsen. Det kan antagas att arbetsplatsinterventioner inte har blivit verkställda på ett optimalt sätt. För det andra hade inte kompetensen hunnit byggas ut vid tidpunkten för utvärderingen. I dag har kraven skärpts. Bl.a. skall de som ger KBT ha minst formell basutbildning i psykoterapi (så kallad steg 1 utbildning).

Den framtida utformningen av rehabiliteringsgarantin måste därför omedelbart ses över, vidareutvecklas och fördjupas i samverkan med sjukvårdshuvudmän och andra aktörer.

## Forskningsbehov

De litteratursammanställningar som gjorts av Rehabiliteringsrådet visar som nämnts tidigare att förvånansvärt få studier på ett vetenskapligt korrekt sätt har undersökt effekten av interventioner och arbetsplatsfaktorer när det gäller återgång i arbete efter en kortare eller längre tids sjukskrivning. Området är svårstuderat och säkert finns åtgärder som har god effekt men som inte har kunnat vetenskapligt beläggas. Detta är beklagligt och fler välgjorda studier där möjligheten till generaliserbarhet finns är angelägna.

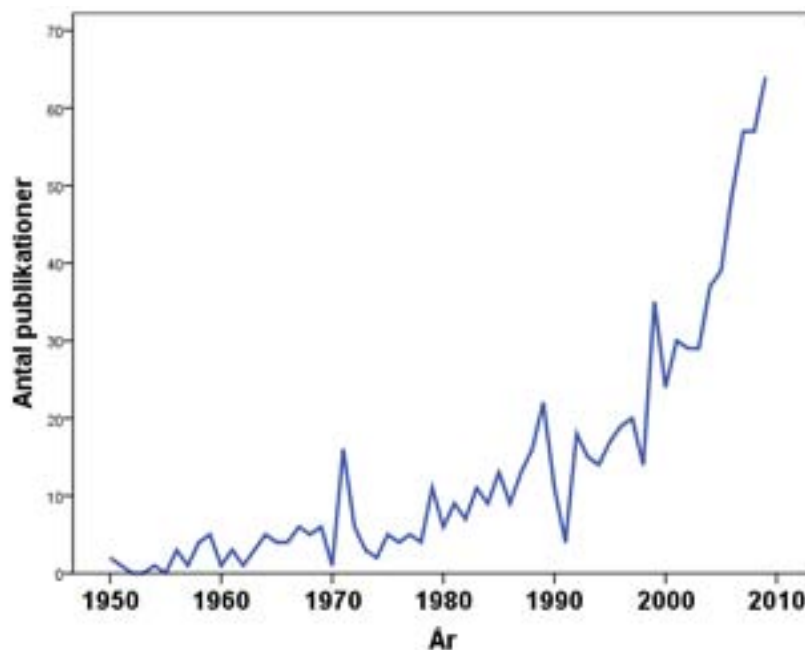
Det är således uppenbart att det behövs ytterligare utvärderingar, uppföljningar samt välgjorda vetenskapliga studier där återgång till arbete eller bibehållande av arbete utgör en effektvariabel.

Rehabiliteringsrådet anser att ett rehabiliteringsregister baserat på rehabiliteringsgarantin ska inrättas för att kontinuerligt följa effekterna av rehabiliteringsgarantin både gällande hälsa och arbetsåtergång (sjukskrivning).

Rehabiliteringsrådet anser också att en gruppering av forskare och kliniker liknande Rehabiliteringsrådet bör få ansvar att kontinuerligt följa forskningen på detta område och initiera och genomföra strategiska forskningsprojekt. Denna gruppering kan även ges ansvaret att planera och följa utvecklingen av det ovan nämnda rehabiliteringsregistret.

## 2.1 Nationellt kvalitetsregister

Figur 1 Publikationer med "Return to Work" i titeln enligt databasen Pub.Med.



Rehabiliteringsrådet föreslår att ett nytt nationellt kvalitetsregister baserat på rehabiliteringsgarantin upprättas. Ett sådant register bedöms underlätta och tidigarelägga utvärderingen av olika behandlingsmetoder.

Evidensbaserade rehabiliteringstekniker med arbetsåtergång som resultat saknas nästan helt i den vetenskapliga litteraturen. Forskningen på rehabilitering har dock ökat markant de senaste fem åren. Figuren ovan visar antalet publikationer i den internationella forskningslitteraturen som har använt arbetsåtergång som utfallsvariabel. Antalet publikationer har successivt ökat sedan 1990 och har fördubblats under de senaste fem åren. Trots detta är det fortfarande endast ett fåtal studier som fyller de hårda evidenskrav som tillämpas av de olika instituten för utvärdering av medicinska teknologier världen över. I Sverige pågår både inom SBU och Socialstyrelsen litteraturgenomgångar för att utvärdera den vetenskapliga styrkan i de olika arbetena.

Samtidigt med den positiva utvecklingen med ett ökande antal studier måste påpekas att både rehabiliteringsforskning och utvärdering av denna forskning är problematiska, speciellt med arbetsåtergång som effektvariabel. En strikt evidensvärdering förutsätter att de patientgrupper som undersöks är homogena och väl beskrivna i alla relevanta avseenden, och att behandlingen är densamma både i forskningsstudien och i den verklighet där den avses användas. I den kliniska verkligheten har patienterna ofta flera olika samtidiga sjukdomstillstånd och de skiljer sig också åt vad gäller personliga förutsättningar och förutsättningar för återgång i arbete. En god behandling tar hänsyn till detta och anpassar åtgärderna efter patientens behov och förutsättningar.

Vad som i forskningssammanhang kallas exempelvis multimodal eller multidisciplinär behandling kan omfatta olika urval av åtgärder i olika forskningsstudier, vilket dels medför att man inte får veta något om de olika komponenternas enskilda effekter, dels får svårt att göra jämförelser mellan olika studier.

För smärtforskning gäller t.ex. att olika åldrar, tidigare sjukdomar och typ av besvär spelar en roll, typen av arbete är olika i olika studier, och bedömningen av den vetenskapliga kvalitén kan vara olika. Detta visar sig inte minst i de olika bedömningar av effekten av multimodal rehabilitering av långvarig smärta som SBU gör juni 2009<sup>1</sup> och den granskning som Socialstyrelsen gör i sina nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2010<sup>2</sup>.

Enligt SBU finns evidens för att multimodal behandling förbättrar återgång i arbete jämfört med inga eller mindre omfattande åtgärder. Multimodal (multidisciplinär) rehabilitering innebär enl. SBU en kombination av psykologiska insatser och fysisk aktivitet/träning, och manuella eller fysikaliska metoder. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt när det gäller att rekommendera vilka av insatserna i den multimodala rehabiliteringen som är bäst. SBU:s bedömning baseras på fem mycket välgjorda studier, och evidensstyrkan är 3 på en 4-gradig skala där 4 är bästa evidensstyrka.

Socialstyrelsen baserar sina rekommendationer på SBU:s evidensvärdering, men tar också hänsyn till andra faktorer, till exempel effektens storlek, dess kostnadseffektivitet och effekten på livslängd och livskvalitet. Socialstyrelsen ger i sina preliminära

---

<sup>1</sup> Statens beredning för utvärdering: Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. SBU; 2010:1–285.

<sup>2</sup> Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2010, Socialstyrelsen.

rekommendationer den multimodala rehabiliteringen vid långvarig smärta i nacke, skuldra och rygg en mycket låg prioritering, nämligen 8 på en skala 1–10, där 1 är högsta prioritet och 4 anger gräns för de åtgärder som hälso- och sjukvården bör utföra.

Både Socialstyrelsen och SBU påpekar att de vetenskapliga underlagen för åtgärder inom rehabilitering i en del fall är otillräckliga och att det är svårt att värdera nyttan av åtgärderna och jämföra dem med varandra. Det har medfört att flera åtgärder inom rehabilitering, bl.a. multimodal rehabilitering, har rangordnats lågt av Socialstyrelsen, trots att denna typ av rehabilitering i kliniken anses vara en viktig del i omhändertagandet av tillstånd i rörelseorganen och trots att det finns fem mycket välgjorda studier som styrker effekten på arbetsåtergång, vilket är bakgrunden till att behandlingen omfattas av rehabiliteringsgarantin. Samtidigt påpekar Socialstyrelsen att den låga rangordningen inte får tas till intäkt för att utesluta vissa rehabiliteringsåtgärder, utan i stället visar att åtgärderna ännu inte testats i tillräckligt bra studier. Socialstyrelsen bedömer därför att behovet av ytterligare forskning inom området är stort.

Den stora ökningen av antalet vetenskapliga publikationer inom området under de senaste fem åren antyder att vi har anledning att hoppas på att Socialstyrelsens önskan om bättre validerade rehabiliteringsåtgärder kan uppfyllas inom en överskådlig framtid. Det kommer dock att ta ytterligare ett antal år att få fram resultat och sedan ytterligare en tid innan nya terapier blir implementerade.

För att påskynda framtagandet av väldokumenterade rehabiliteringsåtgärder föreslår Rehabiliteringsrådet inrättandet av dels ett kvalitetsregister och dels ett kunskapscentrum för rehabiliteringsgarantin. Kunskapscentret ska följa den vetenskapliga utvecklingen inom rehabiliteringsområdet och även initiera svenska studier på strategiska områden. Kunskapscentret ska också främja implementeringen av nya forskningsresultat liksom av kvalitetsregistrets erfarenheter.

Kvalitetsregister har använts i Sverige sedan 1975. Det första var ett register över knäplastik och 1979 startade höftartroplastikregistret. Båda dessa register har betytt mycket för utvecklingen av respektive område, både för patienterna och för hälsoekonomin. Sedan det första registret startade har ett 70-tal nya register skapats.



Under förra året gjordes en översyn av kvalitetsregistren i Sverige<sup>3</sup>. Utredningen konstaterade att Sverige är det land i världen som kommit längst med att utveckla kvalitetsregister i hälso- och sjukvården. Det gör att Sverige har unika förutsättningar att följa upp och förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården vilket har bidragit till vår ledande ställning inom klinisk forskning. Det konstaterades bl.a. att inom de verksamhetsgrenar i Sverige som använder kvalitetsregister är det nästan undantagslöst bättre behandlingsresultat och färre komplikationer än i andra länder. Men man konstaterade också att resultaten inte har utnyttjats i tillräckligt stor utsträckning.

I översynen av de nationella kvalitetsregistren föreslogs en gemensam satsning mellan sjukvårdshuvudmännen, forskarvärlden och andra myndigheter för att under fem år stärka kvalitetsregistren och deras användning. Satsningen skulle medföra att hälso- och sjukvårdspersonalen kunde följa upp och utveckla sitt arbete, att forskningen kunde få fram bättre metoder och produkter och att sjukvårdshuvudmän och andra myndigheter skulle få bättre förutsättningar att följa upp vårdens resultat.

Det är mot denna bakgrund, och för att rehabiliteringen i Sverige står inför en utmaning att ta fram fungerande rehabiliteringsmetoder som leder till återgång i arbete, som Rehabiliteringsrådet förslår ett kvalitetsregister för de insatser som omfattas av rehabiliteringsgarantin.

Det finns några register som arbetar med liknande problematik t.ex. ett nationellt register över smärtrehabilitering och ett nationellt psykiatriskt register. Dessutom finns ett kvalitetsregister inom primärvården på försöksstadiet.

Det kvalitetsregister för rehabiliteringsgarantin som Rehabiliteringsrådet föreslår kommer att bygga på samarbete med de tre ovannämnda registren och andra relevanta register från exempelvis ortopedi och reumatologi. Inget av de befintliga registren har dock samma målsättning, omfattning eller struktur som det nu föreslagna registret. Registret över smärtrehabiliteringen omfattar specialistvård med långtidssjukskrivna patienter och psykiatriregistret omfattar den tunga psykiatrin (psykosvården).

---

<sup>3</sup> Översyn av de nationella kvalitetsregistren  
Guldgruvan i hälso och sjukvården  
Förslag till gemensam satsning 2011–2015, SKL

### Förslag till genomförande.

Registret ska bokföra rehabiliteringsinsatser som i första hand primärvården initierar. För att så snabbt som möjligt konstatera vilka interventioner som är mindre effektiva och således bör utvärderas, föreslås att rehabiliteringsgarantin kopplas till registret. Registrering ska vara en förutsättning för ersättning enligt rehabiliteringsgarantin. Detta tillvägagångssätt löser ett problem som många befintliga register har, nämligen den låga rapporteringsgraden. Antal sjukpenningdagar används som utfallskriterium. Registerdata ska granskas årligen, och urvalet av ersättningsbara interventioner modifieras på grundval av granskningen.

Målsättningen ska vara att underlätta för läkaren och inte förbruka viktig patienttid och ny teknik tas tillvara vid uppbygganden av registret.

## 2.2 Kunskapscentrum för rehabiliteringsgarantin

- Kunskapscentret är en förutsättning för att erfarenheterna från rehabiliteringsgarantin ska utnyttjas optimalt
- Kunskapscentret ska ansvara för utformning av det ovan beskrivna kvalitetsregistret och analys av de data som tas fram, men också följa den internationella utvecklingen och den vetenskapliga litteraturen inom rehabiliteringsrådet
- Kunskapscentret ska planera och stödja implementering av de nya resultaten.

För att kunna följa den vetenskapliga utvecklingen och även initiera svenska studier på strategiska områden, för att främja implementeringen av nya forskningsresultat och även av kvalitetsregistrets erfarenheter, och för att ge utbildning till olika kategorier av samverkande personal föreslås inrättande av ett Nationellt kunskapscenter för rehabilitering och prevention.

Kunskapscentret föreslås vara en fortsättning av Rehabiliteringsrådet och liksom i dag ha samarbete med specialister inom rehabilitering, onkologi, ergonomi, rörelseorganens sjukdomar, psykiatri, arbetsterapi, sjukgymnastik, psykologi och företagshälsovård. Kunskapscentret ska i första hand initiera utvärdering av

evidensbaserade rehabiliteringsinsatser inom diagnoser som kan betalas av rehabiliteringsgarantin. Det ska vara universitetsanknutet och samarbeta med intressenter och organisationer som ansvarar för olika delar av rehabilitering. Centret ska vara knutet till ett forskarnätverk och en referensgrupp bestående av personer från Socialstyrelsen, SKL, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och förslagsvis Svenska läkarsällskapet.

Det är i dag stort behov av systematisk forskning inom rehabiliteringsområdet med arbetsåtergång som resultat. Centret skulle kunna initiera delar av forskningen och hjälpa till med implementeringen. Rehabiliteringsregistret bedöms kunna identifiera vad som inte fungerar i rehabiliteringsarbetet. På basis av detta kan forskningsprojekt rekommenderas. Det finns också möjlighet till ett internationellt forskarutbyte.

Den slutliga utformningen bör diskuteras vidare. Eventuellt kan diagnosspecifika kunskapscentra inom neurorehabilitering, onkologi, smärtrehabilitering och stressinducerad ohälsa initieras och samarbeta med det nationella centret.

## 2.3 Övriga insatser

Det har många gånger tidigare påpekats att det bör finnas rimliga möjligheter att skaffa sig en ny utbildning då arbetsförmågan på grund av sjukdom försämrats så att en återgång i tidigare arbete inte längre är möjlig eller önskvärd. Det handlar om personer som redan har en utbildning men där problem med hälsan nu förhindrar fortsatt arbete. För den som kanske har tjugo år kvar i arbetslivet skulle en ny utbildning vara en klok, men för den enskilde omöjlig, investering. Vi anser att gällande regler för studiestöd behöver ses över utifrån denna aspekt. Detta är som sagt inte en ny fråga men den har inte fått någon lösning och vi väljer därför att aktualisera den på nytt då den framförts i många av de samtal vi haft.

Av både samhällsekonomiska och sociala skäl är det viktigt att Samhalls verksamhet har tillräckliga resurser. Samhall är bra på att tillvarata arbetshandikappades produktionsförmåga, samtidigt som arbetet där stärker individen genom rehabilitering och arbetsutbildning.

Även om arbetsbyte för många kan vara en bra lösning finns det också tillfällen, till exempel då den anställde endast har ett fåtal år kvar till ålderspensionering, då det är önskvärt att det går att finna

lösningar på den befintliga arbetsplatsen. Arbetsmarknaden är ytterst begränsad för den som har nedsatt arbetsförmåga, kanske låg utbildning och dessutom åldern emot sig. Alla ska ha rätt att få stöd att finna ett lämpligt nytt arbete men det bör också skapas möjlighet att med subvention till arbetsgivaren kunna arbeta kvar på den tidigare arbetsplatsen. Rehabiliteringsrådet anser att det krävs subventioner liknande lönebidrag för att lösa denna fråga men rådet anser sig inte ha tillräckliga kunskaper för att komma med ett konkret förslag på hur ett sådant bidrag ska utformas i detalj.

## 2.4 Diagnosspecifika förslag

### 2.4.1 Lättare psykisk ohälsa

#### Rehabiliteringsrådet föreslår att:

- patienter som söker primärvården för diffusa symtom bör screenas med avseende på psykisk ohälsa även om psykiatriska symtom inte är den uppgivna orsaken till besöket, framför allt i syfte att identifiera behandlingsbar depression

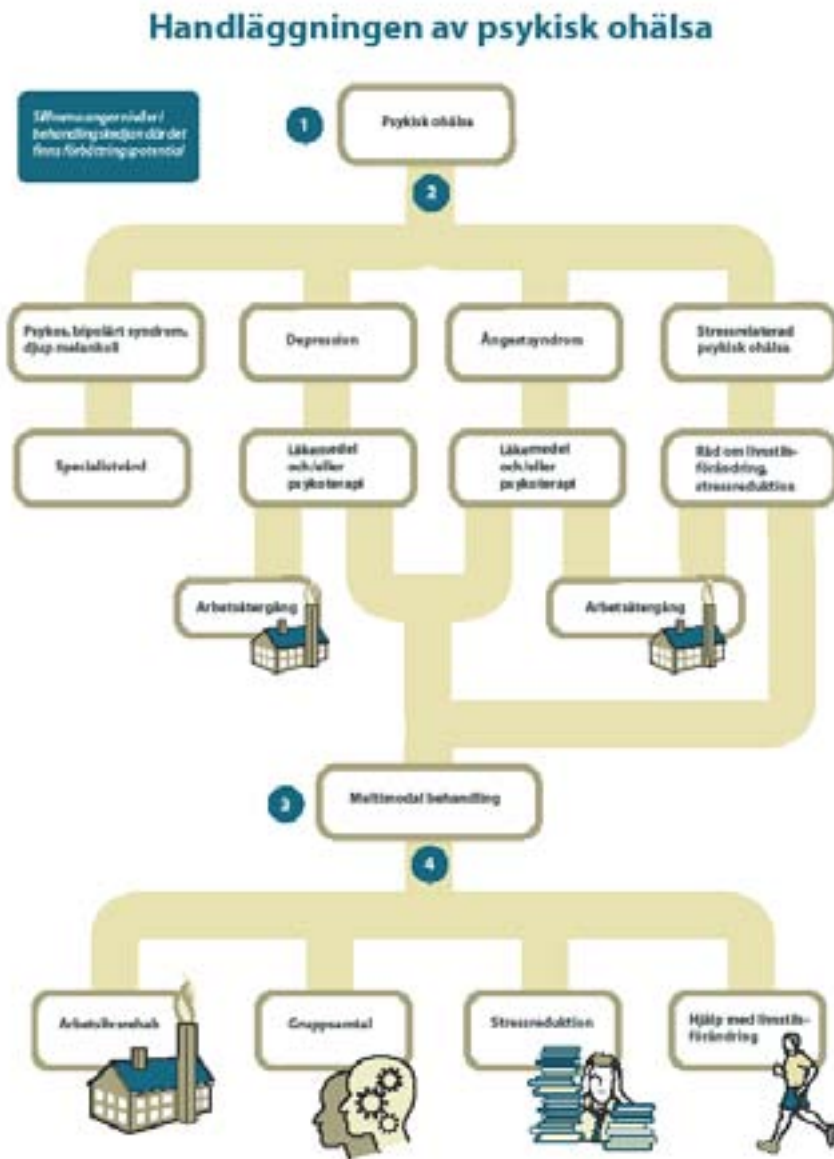
#### *vid manifest depression eller ångest*

- ska behandling med psykoterapi och eller läkemedel initieras snarast
- väntetiderna till psykoterapi måste förkortas jämfört med dagens situation
- vid fortsatt arbetsförmågenedsättning ska multimodal rehabilitering initieras.

#### *vid diagnostiserat utmattningssyndrom*

- ska patienten i första hand få råd om livsstilsförändring och stressreduktion med eller utan sjukskrivning
- vid kvarstående besvär efter två till tre veckor ges KBT och multimodal behandling.

Figur 2 Schematisk bild av behandling av patienter med lättare psykisk ohälsa



Figuren visar ett flödesschema med förslag till screening och behandling av den lättare psykiska ohälsan. Siffrorna visar lägen där det finns en förbättringspotential.

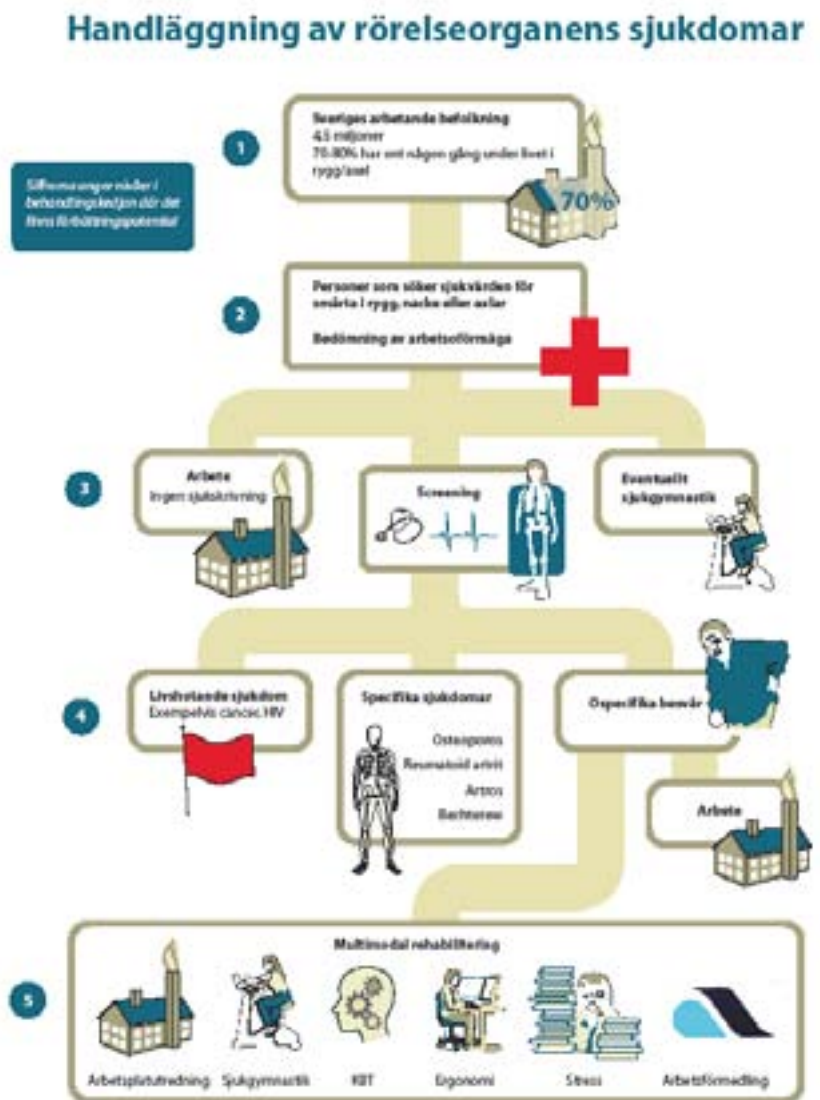
1. Prevention fungerar för att minska risken att insjukna i många sjukdomstillstånd. För stressrelaterad hälsa finns evidens för att insatser tidigt i sjukdomsförloppet minskar risken för framtida sjukskrivning. Identifiering av riskpatienter kan göras med enkätundersökningar och det finns kostnadseffektiva preventionsåtgärder som kan göras på arbetstid.
2. Vid screening av patienter som söker primärvården missas många gånger en pågående depression. För depressioner och ångest finns evidens för symtomlindring av läkemedelsbehandling och psykoterapi men behandlingen medför inte alltid arbetsåtergång. Det finns således en förbättringspotential i det akuta omhändertagandet av patienter som söker för psykiska besvär.
3. Rehabiliteringsrådet föreslår ett tillägg till KBT i form av multimodal behandling vid behandling av stressrelaterad psykisk ohälsa. Ett urval av terapier föreslås ingå i det terapiutbud som kan ersättas av rehabiliteringsgarantin.  
Dessutom föreslås en strukturerad screening av patienter som söker för psykiska besvär.
4. De terapier som föreslås i den multimodala behandlingen är identifierad i den internationella litteraturen. Flera av dem ingår i pågående forskningsprojekt i Sverige. Rehabiliteringsgarantin ersätter i sin nuvarande utformning tio KBT sessioner. Det finns god evidens för att KBT medför god symtomlindring såväl vid olika ångestsyndrom som vid lätt till måttlig depression. Symtomlindring vid ångest och depression medför emellertid inte automatiskt återställd arbetsförmåga, och det finns inga studier som visar att KBT ökar återgången i arbete. Det har inte heller visats att KBT skulle ge symtomlindring eller förbättrad arbetsåtergång vid stressrelaterad psykisk ohälsa, i synnerhet inte vid utmattningssyndrom. Vid stressrelaterad psykisk ohälsa erbjuds i Sverige i dag ett stort antal terapiformer, men ingen av den har ännu tillfredsställande vetenskaplig evidens vad avser återgång i arbete.

## 2.4.2 Smärta i rörelseorganen

### Rehabiliteringsrådet föreslår att:

- vid första läkarbesöket bör sjukgymnastik erbjudas och det bör vara remissbefrielse och direktaccess till sjukgymnast
- vid kvarstående problem efter två till tre veckor ska multimodal behandling enligt rehabiliteringsgarantin erbjudas
- analys ska göras av eventuellt behov av arbetsplatsåtgärder, ergonomiska såväl som organisatoriska
- möjlighet till deltidssjukskrivningar för vissa specifika smärttillstånd ex. reumatoid artrit bör utökas
- för att individer ska få adekvat stöd för återgång i arbete tidigt i sin rehabilitering bör företagshälsovårdens roll att stödja arbetsgivarna i deras arbetsmiljö- och rehabiliteringsansvar och att stödja individen i dennes strävan att återgå i arbete stärkas

Figur 3 Schematisk bild av handläggning av smärtpatienter





1. Smärta i rygg, nacke och axlar är vanliga och livstidsprevalensen anges olika i olika studier men det uppskattas att mellan 70–80 % av befolkningen har smärta i rygg nacke eller axlar någon gång under sin livstid och att 35–40 % av vuxen befolkning lider smärta med mer än tre månaders varaktighet. Ett effektivt sätt att undvika långtidssjukskrivning för smärttillstånd i rörelseorganen är genom tidig intervention samt prevention inom primärvård och företagshälsovård. Adekvata åtgärder minskar både incidensen av sjukskrivningar och ökar produktiviteten.

2–3. Personer med smärta som söker sjukvård handläggs vanligen av primärvården. Många får smärtstillande behandling och råd och återgår till sitt arbete. För en del föreslås sjukgymnastik. Vid fortsatta besvär görs screening för att identifiera orsaken till smärtan

4. Screening skall i första hand identifiera s.k. röda flaggor. Röda flaggor är exempelvis cancer, HIV, och svårt diskbräck med t.ex. vattenkastningsproblem. Dessa patienter utreds inom primärvården eller remitteras vidare till specialist. Även gula flaggor ska identifieras tidigt för lämplig åtgärd. Dit hör t.ex. depression, inställning till arbetet, sociala problem, stress och rädsla.

Till den inledande diagnostiken hör även identifieringen av specifika sjukdomar som exempelvis reumatoid artrit, reumatisk ryggsjukdom, osteoporos, artros samt annan allvarlig ryggsjukdom. Behandlingen av dessa tillstånd bör liksom de tillstånd som ingår i röda flaggorna prioriteras och behandlas och eventuellt remitteras till specialist.

5. Majoriteten av smärttillstånden i rörelseorganen är ospecifika. Behandlingen för en del av dessa patienter sker troligen med utgångspunkt från rehabiliteringsgarantin dvs. multimodal behandling. Multimodal behandling innehåller kombination av kognitiv beteendeterapi, träning sjukgymnastik och arbetsplatsintervention. Arbetsförmedlingens roll är viktig för den som inte kan gå tillbaka till tidigare arbetsgivare. Många kan troligen gå tillbaka till jobbet utan specifik behandling.

6. Med denna handläggning bedöms att återgång i arbete sker för de flesta. Men ett antal har svårt att återgå i arbete. Bedömningen av vilka dessa riskpatienter är bör ske så fort som möjligt. Det behövs mera kunskap om dessa patienter. Dels kan det vara en underliggande sjukdom av t.ex. neuropsykiatrisk genes som kan

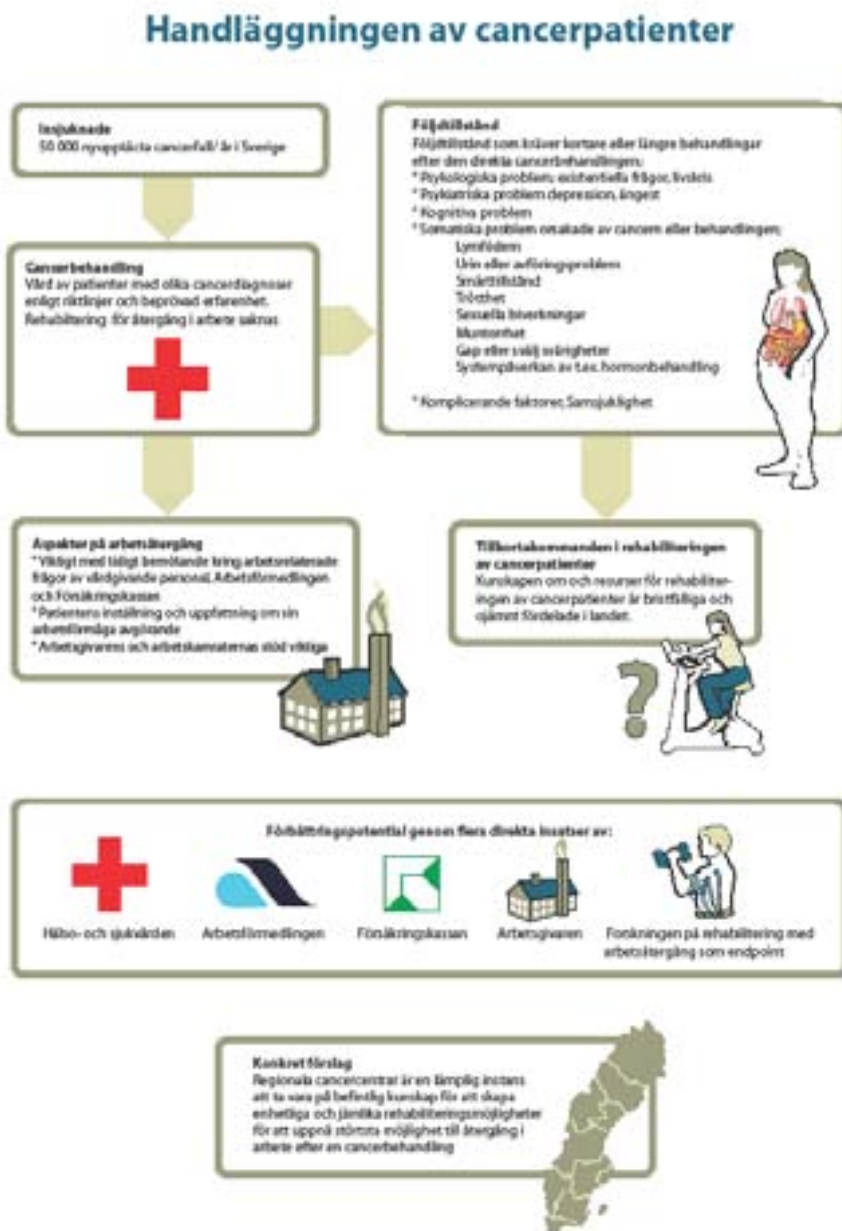
vara svår att upptäcka. Läs- och skrivsvårigheter kan förekomma. Det är viktigt att utreda oklara fall på ett tidigt stadium då det finns bot för många av dessa tillstånd och där vanlig rehabilitering inte fungerar.

### 2.4.3 Cancer

**Rehabiliteringsrådet föreslår att:**

- rehabiliteringsaspekter, även innefattande arbetslivsinriktad rehabilitering, ska ingå i vårdprogram och kliniska riktlinjer för samtliga cancerdiagnoser
- vården tillsammans med arbetsgivare och Försäkringskassa ska ta fram metoder för att kontinuerligt kartlägga patientens rehabiliteringsbehov, samordna befintliga rehabiliteringsresurser och svara för att fortsatt utveckla åtgärder och behandlingar
- patienter med rehabiliteringsbehov på grund av samsjuklighet ska uppmärksammas och samarbetet mellan vården och Försäkringskassan är i dessa fall extra angeläget
- det behövs en nationell satsning på att kartlägga, samordna och i vissa fall utöka resurser inom området cancerrehabilitering
- cancerrehabiliteringen är en integrerad del i hela vårdprocessen
- Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och arbetsgivaren bör få ökade kunskaper om cancersjukdomar och – behandlingar.
- forskningen, särskilt arbetslivsinriktad rehabilitering, bör intensifieras
- renodlade RCT studier av interventioner inom cancerrehabilitering bör kompletteras med kvasiexperimentella studier och kvalitativa studier.

Figur 4 Schematisk bild av behandling av cancerpatienter



## Insjuknade och cancerbehandling

Varje år registreras 50 000 nyupptäckta cancerfall i Sverige. Patienterna utreds antingen inom primärvården eller inom specialistvården. Vård av patienter med olika cancerdiagnoser sker enligt Socialstyrelsens riktlinjer och beprövad erfarenhet. Rehabilitering för återgång i arbete saknas. Vid utredning av cancerpatienter är det viktigt att identifiera samsjuklighet.

## Följdtillstånd

I samband med utredning och behandling av en cancerdiagnos förekommer en hel del följdillstånd som kan vara av fysisk, psykologisk, social och existentiell karaktär.

Både sjukdomen i sig och cancerbehandlingen kan leda till fysiska följdillstånd som kräver kortare eller längre behandlingsinsatser såväl i samband med som efter den direkta cancerbehandlingen. Exempel på detta är lymfödem, urin eller avföringsinkontinens, smärta, uttalad trötthet (fatigue), sexuella biverkningar, muntorrhet, gap- och sväljsvårigheter, nervskador som ger känselbortfall (neuropatier), eller sytempåverkan genom hormonbehandling.

I en del fall kan cancersjukdomen och/eller de behandlingar som patienten går igenom leda till psykologiska och ibland psykiatriska problem med exempelvis depression och ångest.

En cancersjukdom och påföljande behandling, som inte sällan är långvarig och krävande för patienten och de närstående, kan påverka patientens livssituation avsevärt och de sociala och ekonomiska konsekvenserna kan vara stora.

En cancerdiagnos åstadkommer ofta existentiella frågor. Trots att prognosen i många fall är god kan en cancerdiagnos åstadkomma en livskris och sjukdomen kan påverka även patientens familj.

Inom samtliga dessa områden krävs kontinuerlig behovsbedömning och åtgärder under hela vårdprocessen.

En komplicerande faktor är samsjuklighet, vilket kan handla om sjukdomstillstånd som fanns innan cancer diagnostiserades, eller som uppträtt under behandlingen.

## Aspekter på arbetsåtergång

Det är viktigt att vårdpersonal tidigt i sjukdomsförloppet diskuterar frågor relaterade till patientens arbetssituation, liksom att kontakter med Försäkringskassa, arbetsgivare och eventuellt Arbetsförmedling upprätthålls. Patientens inställning och uppfattning om sin arbetsförmåga är ofta avgörande och stödet från arbetsgivaren och arbetskamraterna viktiga.

### *Tillkortakommanden i handläggningen av rehabiliteringen av cancerpatienter*

- Kunskapen om och resurser för rehabiliteringen av cancerpatienter är bristfälliga och ojämnt fördelade i landet. Det behövs forskning på rehabilitering av cancerpatienter och utbildning av de enheter som är ansvariga för vården och det stöd som finns i att komma tillbaka till arbetet.

### Ytterligare förslag:

- I dag är femårsöverlevnaden i Sverige för många tumörsjukdomar över 50 % och för bröstcancer 90 %, prostatacancer 85 %, vilket gör att detta är en grupp patienter som i dag är i behov även av arbetslivsinriktad rehabilitering.
- Hälsa och sjukvården behöver förstå omfattningen av problemet och tillsammans med arbetsgivare och Försäkringskassa ta fram metoder för att systematiskt kartlägga patientens rehabiliteringsbehov, samt samordna befintliga resurser och utveckla åtgärder och behandlingar.
- Regionala cancercentra (RCC) är en lämplig instans för att ta vara på befintlig kunskap inom området cancerrehabilitering. Det behövs en nationell satsning på resurser inom cancerrehabilitering och en mer jämlik tillgång över landet. I varje kommande RCC bör därför ingå en specialiserad enhet som kan vara ett kompetenscentrum för regionen för att skapa enhetliga jämlika rehabiliteringsmöjligheter för att uppnå största möjlighet till återgång i arbete efter en cancerbehandling.
- Det saknas vårdprogram och genomtänkta kliniska riktlinjer för rehabilitering av i stort sett alla cancerformer. Ett nationellt

vårdprogram för psykosocialt stöd och cancerrehabilitering är under utarbetande.

- Cancerrehabilitering bör vara en integrerad del i hela vårdflödeskedjan. En rehabiliteringsplan ska upprättas redan vid tiden för ställningstagande till primärbehandling och dokumenteras i journalen.
- Behov av rehabilitering ska kontinuerligt bedömas, dokumenteras och följas upp vid alla brytpunkter i vårdprocessen, såsom start eller avslut av behandlingar.
- De patienter som har ett rehabiliteringsbehov på grund av samsjuklighet hamnar ofta mellan två stolar. Dessa patienter får ofta problem med Försäkringskassan eftersom de har diagnoser som var för sig inte motiverar sjukskrivning, men sammantaget nedsätter de i allra högsta grad arbetsförmågan. Följden blir ofta att de patienter som är i störst behov av rehabiliteringsinsatser är de som får minst hjälp. Här behövs en förbättring i samordningen. Samtidigt är sannolikheten mycket hög att det tar längre tid för patienten att uppnå full arbetsförmåga jämfört med en tidigare väsentligen frisk patient.
- Rehabilitering vid cancersjukdom behöver fortsätta att utvecklas som forskningsområde inom många områden vad gäller arbetslivets betydelse, men det behövs framför allt fler studier som tar sin utgångspunkt i den kliniska vardagens gestaltning och komplexitet – hos dem som söker hjälp och deras önskemål om hjälp.
- Renodlade RCT-studier saknar den flexibilitet som krävs och bör därför kompletteras med kvasiexperimentella studier och kvalitativa studier konkret fokuserade på förändring/utebliven förändring av levd vardag.

## 2.4.4 Neurologi

### *Trauma*

#### **Rehabiliteringsrådet föreslår att:**

- nationella riktlinjer och rehabiliteringsmedicinska program bör utvecklas för att möjliggöra likvärdigt omhändertagande för patienter med traumatisk hjärnskada och att dessa definieras:

a) rutiner som säkerställer adekvat information till patienter med lätta skador innan utskrivning från akut vårdtillfälle och

b) rutiner som säkerställer tidig, strukturerad, rehabiliteringsmedicinsk funktionsbedömning och rehabiliteringsplanering för patienter med medelsvåra och svåra skador innan utskrivning från akut vårdtillfälle

-roll- och ansvarsfördelning mellan olika sjukvårdsnivåer och mellan olika huvudmän i vårdkedjan för patienter med traumatisk hjärnskada med komplicerade funktionshinder tydliggörs och definieras:

a) en adekvat vårdkedja inom specialistsjukvården och säkerställa fortsatt individuell rehabilitering inom andra vårdområden,

b) kriterier för insatser av kommun, Försäkringskassa och företagshälsovård,

c) styrmedel för att förbättra kostnadseffektiviteten också med hänsyn till återgång i arbete

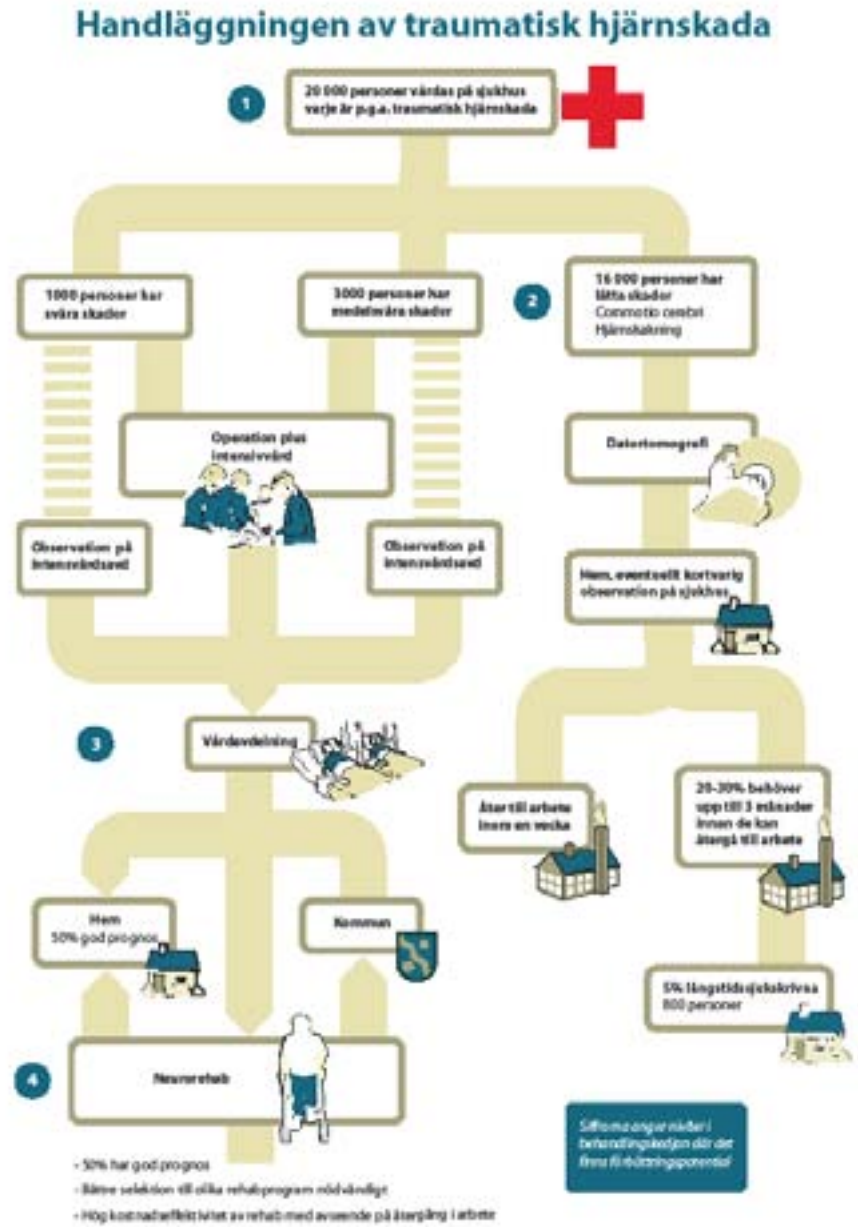
- att ett nationellt kompetenscentrum för rehabilitering efter traumatisk hjärnskada bör inrättas med uppdraget att kontinuerligt insamla och överföra ny kunskap till praktik och att understödja och driva kunskapsutveckling inom området med en referensgrupp med representation från SKL, SBU, Svensk Förening för rehabiliteringsmedicin och Svensk Förening för neurokirurgi formeras.

### *Stroke, MS och Parkinson*

#### **Rehabiliteringsrådet föreslår att:**

- för strokepatienter i yrkesverksam ålder och där arbetsåtergång bedöms relevant ska den arbetsinriktade rehabiliteringen sättas i tidigt i förloppet.
- för strokepatienter under återhämtningsfasen på arbetsplatsen bör fortsatt lämplig rehabilitering ges.

Figur 5 Schematisk beskrivning av behandling av patienter med traumatisk hjärnskada.





1. Ca 20 000 personer vårdas på sjukhus varje år p.g.a. trauma mot huvudet med påverkan av hjärnans funktioner. De är ofta unga människor, som är mitt i livet och karriären.

### 2. Lätta skallskador

Majoriteten av dessa patienter har drabbats av så kallade lätta skador, som orsakar hjärnskakning (commotio cerebri). Enligt senaste rönen kan många av dessa patienter skickas hem efter att en datortomografi uteslutit skador på hjärnan eller skallbenet.

Efter någon vecka kan flertalet återgå i arbete.

4 000 till 5 000 behöver upp till 3 månaders sjukskrivning innan de kan återgå till normal sysselsättning och ca 800 blir långtids-sjukskrivna.

### 3. Svåra och medelsvåra skallskador

1 000 patienter drabbas av svåra skador och 3 000 av medelsvåra skador. Dessa patienter opereras eller övervakas på en intensivvårdsavdelning. När tillståndet stabiliserats får de fortsatt vård på en vårdavdelning och remitteras om så behövs till en neurorehabiliteringsklinik. Ca 50 % av dessa har god långtidsprognos.

4. De svårast skadade får så småningom vård inom kommunens försorg på sjukhem eller stöd i eget boende med mer eller mindre hemsjukvård.

## Förbättringsmöjligheter

För alla patienter med traumatisk hjärnskada är den initiala handläggningen avgörande för långtidsutfallet.

Vid de lätta skadorna gäller adekvat information innan utskrivning, och för de medelsvåra och svåra skadorna gäller strukturerad rehabiliteringsmedicinsk funktionsbedömning och rehabiliteringsplanering.

I dag är inte vårdkedjan vid traumatisk hjärnskada optimal. Kriterier för samarbete, ansvars- och resursfördelning mellan akutsjukvården, rehabiliteringsmedicinen, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och primärvården måste tydliggöras.

## 2.5 Övrigt

Trots att lagstiftningen ger utrymme för personer med svåra progressiva sjukdomstillstånd att undantas från tidsgränserna i rehabiliteringskedjan tycks det fortfarande som om enskilda personer bedöms och hanteras på ett sådant sätt att det upplevs som otillfredsställande. I den mån detta beror på kompetensbrister hos Försäkringskassan eller andra aktörer bör dessa åtgärdas.

Det behövs förbättrade möjligheter till utbildning för den som efter sjukskrivningstiden måste skaffa sig en ny inriktning i arbetslivet. Dagens studiestödsystem behöver ses över för att möta behoven för denna grupp.

Även om arbetsbyte för många kan vara en bra lösning finns det också tillfällen, till exempel då den anställde endast har ett fåtal år kvar till ålderspensionering, då det är önskvärt att det går att finna lösningar på den befintliga arbetsplatsen. Lönebidrag eller annan form av lönesubvention bör då kunna erbjudas.

### 3 Lättare psykisk ohälsa

Marie Åsberg, överläkare (psykiatri), professor em., Karolinska institutet vid Danderyds sjukhus

Åke Nygren, läkare, professor em., Karolinska institutet vid Danderyds sjukhus

Gerhard Andersson, psykolog, professor, Linköpings universitet och Karolinska institutet

Birgitta Bernspång, arbetsterapeut, professor, Umeå universitet

Mona Eklund, arbetsterapeut, professor, Lunds universitet

Tom Grape, distriktsläkare, Tiohundra AB, Norrtälje

Björn Mårtensson, överläkare (psykiatri), universitetslektor, Karolinska institutet

Margareta Rodhe, överläkare (rehabiliteringsmedicin), Danderyds sjukhus AB

Maria Wiklander, psykolog, Karolinska institutet vid Danderyds sjukhus

### 3.1 Sammanfattning

En genomgång av den vetenskapliga evidensen för effekten av interventioner som syftar till arbetsåtergång vid lättare psykisk ohälsa visar att det finns stora kunskapsluckor i evidensbasen jämfört med den konsensus som har utvecklats i klinisk verksamhet om hur rehabiliteringen bör utformas. Arbetsåtergång har tidigare inte varit av större intresse i den psykiatriska behandlingsforskningen, men under det senaste decenniet har intresset vuxit snabbt, och det finns goda skäl att noga bevaka såväl den nationella som den internationella utvecklingen under de närmaste åren.

För de tillstånd inom gruppen lättare psykisk ohälsa där effektiv behandling finns (depressioner och ångesttillstånd) medför symptomreduktion inte alltid arbetsåtergång. Det kan alltså finnas anledning att satsa på särskilda rehabiliteringsprogram trots tillgången till effektiv akutbehandling.

För de tillstånd där ingen specifik behandling finns, framför allt den långvariga stressrelaterade ohälsan, särskilt utmattningssyndromen, är rehabilitering angelägen, men evidensläget är sådant att några bestämda rekommendationer ännu inte kan ges. Bland de interventioner som hittills prövats med avseende på arbetsåtergång finns viss begränsad evidens för specifikt arbetsinriktade åtgärder. Evidensläget avseende psykoterapi, inkluderande kognitiv beteendeterapi, är svagt. I den internationella litteraturen rekommenderas multimodala interventioner som en nödvändighet.

Baserat på en sammanvägning av den begränsade vetenskapliga evidensen och en jämförelsevis väl utformad konsensus, vill vi lägga följande förslag.

#### Vi föreslår att:

ett multimodalt rehabiliteringsprogram tills vidare ges stöd av rehabiliteringsgarantin. Programmet kan ha olika detaljutformning beroende på lokal tillgång men bör innehålla följande komponenter:

- livsstilsförändring med avseende på balans mellan aktivitet och vila;
- stressreduktion enligt någon av de tekniker som idag används kliniskt;

- samtalsbehandling, som bör vara fokuserad på arbete och andra ev. stressorer, som kan vara KBT-inriktad eller ha en psyko-dynamisk teoribas, och som kan ges individuellt men hellre i grupp
- arbetsinriktad rehabilitering, gärna med rehabiliteringskoordinator, gärna med hjälp av manualiserad teknik som exempelvis ADA (ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång).

### 3.2 Arbetsgrupp och arbetssätt

I rehabiliteringsrådets arbetsgrupp för lättare psykisk ohälsa har ingått professor em. Marie Åsberg (ordförande), professor Gerhard Andersson, professor Birgitta Bernspång, professor Mona Eklund, distriktsläkare Tom Grape, professor em. Åke Nygren, universitetslektor Björn Mårtensson, överläkare Margareta Rodhe och leg psykolog Maria Wiklander.

Expertgruppen har haft 6 arbetssammanträden samt ett flertal kontakter per telefon och e-post. Ett heldagsseminarium med gruppen och ytterligare 9 experter från hela landet genomfördes den 26 oktober 2010. De ytterligare deltagarna var överläkare Kristina Glise, med dr Dan Hasson, professor Torsten Norlander, docent Aleksander Perski, med dr Ulla Peterson, professor Christer Sandahl, med dr Camilla Sköld, med dr Therese Stenlund och professor Peter Währborg.

Litteratursökning har genomförts av Maria Wiklander. Relevanta arbeten har granskats av minst 2 gruppdeltagare. Syftet med litteraturgenomgången är att beskriva och värdera sådana interventioner som syftar till att människor med ”lättare” psykisk ohälsa ska kunna återgå i arbete efter kortare eller längre sjukskrivning. Det finns god evidens för att olika behandlingar kan ge symtomlindring och ökad livskvalitet vid lättare psykisk ohälsa, men symtomlindring är inte synonymt med arbetsåtergång. Den vetenskapliga evidensbasen med arbetsåtergång som utfallsmått är däremot liten och av växlande kvalitet. Den är dessutom ofta svårtolkad, eftersom såväl sjukdomsbeskrivningar som sjukförsäkringssystem skiljer sig åt mellan olika länder.

### 3.2.1 Evidensvärdering

Enligt den gängse definitionen som bl.a. används av SBU innebär evidens ”bästa tillgängliga bevis”, det sammanvägda resultatet av systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade forskningsresultat, som ska uppfylla bestämda krav på tillförlitlighet. Ofta använder man något graderingssystem för att beskriva evidensens styrka. Randomiserade studier, där patienter slumpas till den behandling som ska utvärderas eller en kontrollbehandling (som kan vara en aktiv behandling eller placebo), har av tradition kommit att få en avgörande betydelse för uppfattningen om evidensstyrka.

När sjukdomstillstånden är komplexa och multifaktoriellt betingade, rekommenderas i den kliniska verkligheten ofta ett urval av flera olika behandlingar, snarare än en enda behandlingsmodell, för en given patient. Behandlingsresultatet är vanligen inte en enkel summa av effekten av de olika ingående behandlingarna, utan de interagerar med varandra på mer eller mindre komplicerade sätt. Olika behandlingar kan också behöva ges i olika skeden av ett sjukdomsförlopp. Man inser lätt att sådana multimodala behandlingsmodeller är avsevärt mycket svårare att pröva i randomiserade kontrollerade försök än t.ex. läkemedel.

Detta kan vara begränsande i utvärderingen av ett behandlingsprogram. SBU påpekar att det i en del situationer kan vara omöjligt att göra randomiserade studier. I andra fall kan sådana studier helt saknas av andra skäl. Det är därför viktigt att ha möjlighet att vidga bedömningen till att omfatta också andra typer av studier, till exempel observationsstudier, och ta reda på ifall underlaget är tillräckligt bra för att dra någon slutsats. Det evidensgraderingssystem som SBU nu använder, GRADE (1), tar hänsyn till sådana aspekter.

Psykisk ohälsa är multifaktoriellt betingad, och vad gäller återgång till arbete efter längre sjukskrivning för lättare psykisk ohälsa råder internationell konsensus om att ett multidisciplinärt eller multimodalt arbetssätt är en nödvändighet (2). I vår granskning av kunskapsunderlaget har vi därför inkluderat också observationella studier även om fokus lagts på randomiserade kontrollerade studier.

### 3.2.2 Litteratursökning

Litteratursökningen har i första hand inriktats på sökning efter kontrollerade interventionsstudier vid sjukskrivning för lättare psykisk ohälsa, där man haft sjukskrivningsdagar eller tid till återgång i arbete som utfallsmått. Denna sökning har kompletterats med viss genomgång av studier med annan design samt studier inom närliggande forskningsområden som har relevans för vår sammanställning.

Vid den systematiska litteratursökningen efter kontrollerade interventionsstudier vid sjukskrivning för lättare psykisk ohälsa har vi sökt med hjälp av söktermer (s.k. MeSH-termer, ”Medical Subjects Headings”) och fritexttermer. Sökningen har huvudsakligen gjorts i databaserna MEDLINE (R) (som omfattar icke-indexerat material och material under bearbetning förutom Medline) och PsycINFO. Som sökterm för lättare psykisk ohälsa har samtliga underrubriker till MeSH-terminen ”mental disorders”, utom ”schizophrenia and disorders with psychotic features”, använts. Dessa underrubriker är ”adjustment disorders/ or anxiety disorders/ or delirium, dementia, amnesic, cognitive disorders/ or dissociative disorders/ or eating disorders/ or factitious disorders/ or impulse control disorders/ or mental disorders diagnosed in childhood/ or mood disorders/ or neurotic disorders/ or personality disorders/ or sexual and gender disorders/ or sleep disorders/ or somatoform disorders/ or substance-related disorders”. Sökning har skett så att alla eventuella underrubriker till dessa termer inkluderas (funktionen ”explode”). Dessa termer har sedan kombinerats med kombinationer av sökorden ”work”, ”employment”, ”sickness absence”, ”sick leave”, ”sickness benefits”, ”rehabilitation”, ”return to work” ”absenteeism”, ”outcome” och ”RCT”. Sökning har också skett i databaserna Cochrane Library, AMED, CINAHL och CIRRIE. Reviewartiklar har granskats för att hitta fler relevanta originalartiklar. Manuell sökning har också gjorts utifrån referenslistor och relevanta författare. Vi har genom denna sökning identifierat 41 kontrollerade studier som använder sjukskrivningsdagar eller tid till återgång i arbete som utfallsmått.

Exempel på studier av annan design och studier inom närliggande forskningsområden som vi granskat är interventionsstudier vid sjukskrivning för lättare psykisk ohälsa med före/efter mätningar av arbetsförmåga som utfallsmått, preventionsstudier, prediktiva studier (t.ex. prediktorer för framgångsrik rehabilitering),

studier som utvärderar behandlingsmetoder för olika psykiatriska tillstånd (t.ex. KBT-behandling vid ångest, där utfallsmåtten kan vara minskade symtom eller minskad stress) eller tekniker (t.ex. mindfulnessmeditation) som ingår i multimodal behandling av stressrelaterad ohälsa, studier som omfattar andra grupper än sjukskrivna (t.ex. arbetande personer med stressrelaterad ohälsa) samt studier med andra patientgrupper (t.ex. smärtpatienter) där potentiellt användbara rehabiliteringsmetoder används (t.ex. multimodal behandling, arbetsplatskontakt).

### 3.2.3 Annat bakgrundsmaterial

För att skaffa ett bredare erfarenhetsunderlag för våra rekommendationer har vi utöver den systematiska litteratursökningen också sökt efter ännu opublicerat material och intervjuat forskare och praktiker inom rehabiliteringsområdet. Vi har också sökt hemsidor för ett antal svenska rehabiliteringsinstitutioner.

## 3.3 Vad är lättare psykisk ohälsa?

Psykisk ohälsa är idag den vanligaste orsaken till långtids-sjukskrivning, att döma av diagnosstatistik från Försäkringskassan. Bland pågående sjukfall i september 2009 var enligt Försäkringskassan 29,3 procent sjukskrivna för psykisk ohälsa, vilket kan jämföras med den näst vanligaste diagnosgruppen sjukdomar i rörelseorganen, med 24,4 procent. Ju längre sjukfallen är, desto större blir överrepresentationen av psykisk ohälsa (fig 1). Detta kan tolkas på flera sätt: den psykiska ohälsan kanske till sin natur är mer långvarig än sjukdomar i rörelseorganen, eller den kanske är mer svårbehandlad, eller den är kanske förenad med mer uttalad arbetsförmåga än annan ohälsa. Det kan också hända att långvariga smärttillstånd så småningom övergår i en depression.

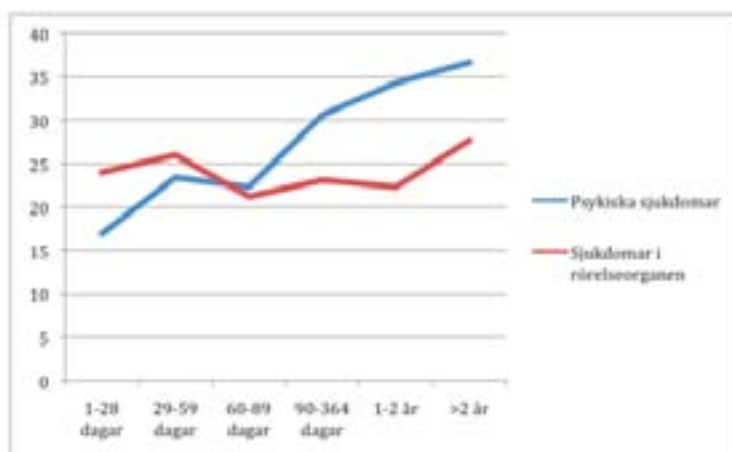
I PART-studien, som är en epidemiologisk studie i Stockholmsområdet avsedd att belysa behovet av psykiatrisk behandling i befolkningen, rapporterade hälften av dem som var sjukskrivna något psykiatriskt problem. En femtedel av de sjukskrivna uppgav att de fått en psykiatrisk diagnos av läkare. Av de resterande hade två femtedelar ospecificerad ångest och värk, en femtedel hade depressiva symtom och en femtedel hade alkoholproblem,



sannolikt i tillägg till den somatiska diagnos de varit sjukskrivna för.

Sjukskrivning för en psykiatrisk diagnos är en stark prediktor för framtida sjukpension, starkare än för andra diagnoser. Kivimäki m.fl. (3) beräknade på grundval av svenska data att risken för att vara sjukpensionär fem år efter en sjukskrivning för en psykiatrisk diagnos ökade 14,1 gånger, vilket kan jämföras med en riskökning på 5,7 för muskuloskeletala diagnoser.

**Figur 1** Andel (i procent) av alla sjukskrivna med depression resp. sjukdomar i rörelseorganen i relation till sjukskrivningens längd. Data från Försäkringskassan



### 3.3.1 Diagnostik

Det finns begränsad kunskap om vilka sjukdomstillstånd som döljer sig under rubriken Psykiiska sjukdomar i Försäkringskassans statistik, men de diagnosdata som finns tillgängliga (se fig. 2) talar för att merparten hänför sig till tre grupper, nämligen förstämningssyndrom, ångestsyndrom och stressrelaterad ohälsa. Psykosjukdomar är sällsynta som sjukskrivningsdiagnos, troligen beroende på att patienter med schizofreni ofta får sjukpension redan i unga år.

### 3.3.2 Depression

Bland förstämningssyndromen är depression den vanligaste kategorin. Depression innebär utöver de emotionella symtomen också funktionsnedsättning i form av mental och kroppslig förlångsamning, kognitiva störningar med nedsatt koncentrations- och beslutsförmåga och minnesstörning, samt ett av nedstämdheten präglad tankeinnehåll som innebär en dyster syn på den egna personen, och en hopplöshet inför framtiden.

Depression är vanligen en periodisk sjukdom, där sjukdomsperioderna avlöses av friska perioder. Vid en form av förstämningssyndrom, det bipolära syndromet, varvas nedstämdhetsperioder med perioder av manisk upprymdhet med ökad aktivitet och ofta uttalad omdömeslöshet.

Lätt och måttligt uttalad depression kan framgångsrikt behandlas med läkemedel och/eller psykoterapi. Bland psykoterapierna har kognitiv beteendeterapi (KBT) det största evidensunderlaget men det finns evidens för effekt också av andra psykoterapier. Djupa depressioner behandlas med läkemedel eller elbehandling (ECT). Bipolära syndrom kan behandlas och förebyggas med litium och vissa epilepsiläkemedel (4).

### 3.3.3 Ångestsyndrom

I den heterogena ICD-gruppen Neurotiska, stressrelaterade, eller somatoforma syndrom är de största kategorierna fobier, ångesttillstånd och tvångssyndrom, som vanligen sammanförs under rubriken ångestsyndrom, samt stressrelaterad psykisk ohälsa.

Vid ångestsyndrom är, som namnet anger, ångest det centrala symtomet, antingen den uppträder i form av episodiska panikattacker, som vid paniksyndrom, eller finns mer eller mindre kontinuerligt, i form av starkt ökad ångslighet, som vid generaliserat ångestsyndrom. Ångesten kan också utlösas i vissa situationer som då undviks, som vid agorafobi (en skräck för att hamna i en hjälplös situation) eller vid social fobi (en överdriven rädsla för kritisk granskning och hot från andra människor). Vid tvångssyndrom har den sjuke ett starkt behov av att om och om igen utföra vissa i och för sig ändamålsenliga handlingar (tvätta sig, städa, kontrollera saker), ett tvång som inte kan motstås utan att en mycket stark ångest väcks.

För samtliga ångestsyndrom finns behandlingsmetoder med dokumenterad effekt. Effekterna av såväl farmakologisk som psykoterapeutisk behandling är goda (5). Symtomen lindras även om full symtomfrihet inte alltid uppnås.

Ångestsyndromen behöver inte i sig vara förenade med arbetsförmåga under förutsättning att de inte kompliceras av en sekundär depression, något som är vanligt i perioder. Dock förekommer ångestrelaterad arbetsfrånvaro exempelvis vid social ångest och tvångssyndrom.

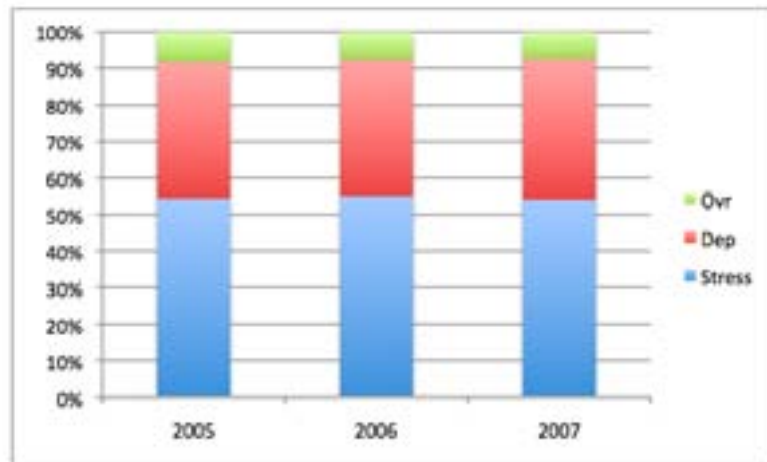
### 3.3.4 Stressrelaterad psykisk ohälsa

Beroende på stressens art, kan den stressrelaterade ohälsan ta sig olika former. Livskriser (brutna relationer, anhörigs dödsfall, arbetsförlust, olika skamsituationer) kan, om traumat drabbar en sårbar individ eller en speciellt känslig punkt, leda till en *anpassningsstörning* med osedvanligt djup eller osedvanligt långvarig emotionell reaktion. Anpassningsstörningen har god prognos och brukar inte leda till sjukskrivning.

En traumatisk, potentiellt livshotande händelse som man reagerar på med skräck och hjälplöshetskänslor (naturkatastrof, överfall, krig, tortyr) kan i efterförloppet leda till ett *posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)*. Kärnan i PTSD är påträngande, ångestväckande minnesbilder (flashbacks) som kan komma dag- eller nattetid och som leder till ångest- och spänningstillstånd med sömnstörning och eventuellt också nedsatt arbetsförmåga. Perioder av sekundär depression är vanliga vid PTSD.

Långvarig, icke livshotande stress utan tillräcklig återhämtning kan efter åratals exponering leda till ett *utmattningssyndrom* med kärnsymtomen stark trötthet, sömnstörning, nedsatta kognitiva funktioner och starkt ökad stresskänslighet. Utmattningssyndromet är ofta långdraget och kan medföra långvarig arbetsförmåga. Specifik behandling saknas. Även utmattningssyndromet kompliceras ofta av en sekundär depression.

**Figur 2** Fördelning mellan diagnoser inom gruppen psykiska sjukdomar bland svenska långtidssjukskrivna. Data från Försäkringskassan. Dep = förstämningstillstånd, Stress = neurotiska, stressrelaterade, eller somatoforma syndrom



### 3.3.5 Problem i diagnostiken

Försäkringskassan använder det internationella diagnossystemet ICD-10 och baserar sina uppgifter på sjukskrivande läkares diagnoser i sjukintygen. Diagnoserna registreras bara på övergripande nivå, dvs. man anger till vilket av 11 avsnitt inom avdelningen psykisk sjukdom som diagnosen hör.

Det betyder att t.ex. avsnittet Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F40–48) i fig. 2 innehåller ett antal vitt skilda tillstånd. Inom ICD-kategorin F 40, Fobiska syndrom, t.ex., finner vi tillstånd som Agorafobi, som kan vara helt invalidiserande, och Djurfobi, som i praktiken aldrig leder till sjukskrivning. Inom kategorin Stressrelaterad ohälsa (F 43) finner vi t.ex. kortvariga Anpassningsstörningar, som har god prognos, och Utmattningssyndrom, som tenderar att bli långvariga och medföra stora svårigheter att återvinna arbetsförmågan (se t.ex. Socialstyrelsens beslutsstöd för sjukskrivning).

Att diagnoskategorierna är så heterogena skapar problem, eftersom de sammanför tillstånd där förlopp och prognos, liksom

behandlingsrekommendationer och evidens för deras effekt, skiljer sig åt.

Ett annat problem är att det finns ytterligare ett diagnos- och klassifikationssystem utöver WHO:s ICD-klassifikation, nämligen det amerikanska DSM-systemet som för närvarande föreligger i sin fjärde version. I de vetenskapliga studier som ligger till grund för värdering av evidens används oftast DSM-systemet. Genom att DSM-systemet arbetar med kriterier för de olika diagnoserna är det mer reliabelt, och det föredras också av många psykiatrer. Just vad gäller stressrelaterad ohälsa är de båda systemen inte helt översättbara, vilket kan innebära svårigheter i tolkning av forskningsdata.

Ett ytterligare problem är svårigheten att ställa en psykiatrisk diagnos i primärvården. Det finns skäl att anta att diagnostiken är i högre grad beroende av den lokala traditionen, än av något officiellt klassifikationssystem. Studier både i Sverige och utomlands visar att depression förekommer i 12–16% av primärvårdspatienter som söker på vårdcentral samt att de oftast söker för kroppsliga besvär, t.ex. värk. Endast 40 % av de deprimerade patienterna identifieras och av dessa får högst hälften adekvat depressionsbehandling (6). Samma iakttagelser har gjorts i den tidigare omnämnda PART-studien.

En nyligen publicerad inventering av primärvårdspatienter i Västernorrland (7) visade att ungefär en femtedel av patienterna sökte för någon form av psykisk ohälsa, vanligen i kombination med kroppsliga symtom, t.ex. smärta eller högt blodtryck. Av det fåtal (1,5 procent) som sökte enbart för psykisk ohälsa hade en tredjedel vardera depression, ångest resp. utmattning. Utöver dem som själva identifierade sin psykiska ohälsa hade nästan lika många skattningspoäng på en nivå som hade klinisk relevans, så att sammanlagt en dryg tredjedel av alla patienter visade tecken till psykisk ohälsa.

Många försök har gjorts att använda diagnostiska instrument, t.ex. Prime MD och olika skattningsskalor, men man kan inte hävda att de används i någon större skala på ett systematiskt sätt i svensk primärvård idag. En del av dessa instrument tar för lång tid att administrera, något som får anses som en stor nackdel i primärvården.

Primärvårdsversionen av ICD 10 som finns inlagd i många journalsystem, t.ex. Take Care, begränsar också till viss del möjligheten till mer specificerad diagnosättning. Deprimerade personer

kan ges diagnos F32 och F33 utan möjlighet till subklassifikation. För ångestsyndrom är endast F410 F411 och F419P tillämpliga.

Begreppet "lättare psykisk ohälsa" återfinns inte i något av klassifikationssystemen utan får snarast ses som en bekvämlighetsterm. Vanligen uppfattas den som ett samlingsbegrepp för all icke-psykotisk psykisk ohälsa, där den sjuke har emotionella problem och/eller beteendeförändringar, men där perception och tolkning av verkligheten är normala, dvs. hallucinationer och vanföreställningar saknas. Sannolikt inrymmer kategorin också en del typer av personlighetsstörning.

Frånvaron av en enhetlig diagnostik försvårar i hög grad tolkningen av många interventionsstudier. Vår redogörelse kommer att koncentreras kring kategorierna depressions-sjukdomar, ångestsjukdomar och stressrelaterad psykisk ohälsa. Det finns dock en hel del mycket intressant utvecklingsarbete inom området rehabilitering för svårare psykisk ohälsa, som kan vara intressant att ta del av och som kan ge uppslag för den lättare psykiska ohälsan.

### 3.3.6 Begreppet utbrändhet och arbetsrelaterad psykisk ohälsa

Begreppet "utbrändhet" (burnout) som ofta används i samband med stressrelaterad ohälsa är ett arbetspsykologiskt, snarare än ett medicinskt-psykiatriskt begrepp. I den arbetspsykologiska litteraturen betecknar utbrändhet en triad av reaktioner på arbetet, nämligen emotionell utmattning, ett cyniskt, distanserat förhållande till arbetet och en sämre arbetsprestation (8, 9). "Utbrändhet" återfinns i ICD-10, men inte bland sjukdomsdiagnoserna utan i kapitlet Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården (Z00-Z99). Utbrändhet grupperas bland "Problem som har samband med svårigheter att kontrollera livssituationen" med koden Z73.0.

Det finns emellertid goda belägg för att svår utbrändhet ("severe burnout") kan medföra arbetsoförmåga och framför allt predicera framtida sjukskrivning (10, 11), även hos människor som inte haft någon tidigare psykisk ohälsa. Det tillstånd som kan uppträda efter mångårig stressbelastning kallas i Sverige sedan 2004 utmattningssyndrom. I Nederländerna kallas det "clinical burnout" och i många länder går det under beteckningen "work stress induced

depression”. I äldre psykiatrisk litteratur kallades tillståndet ibland “neurasteni”. Tennant (12) sammanfattade litteraturen kring arbetsrelaterad stress som orsak till depression, och konkluderade att såväl akuta påfrestningar som mer långvariga stressande förhållanden i ökande utsträckning tycktes bidra till uppkomsten av depression.

Det finns mycket robust evidens för att ogynnsamma arbetsförhållanden faktiskt kan orsaka psykisk ohälsa. Stansfeld och Candy (13) visar på bas av en systematisk litteraturgenomgång och meta-analys av 11 prospektiva, longitudinella studier att det finns starkt stöd för de två vanligaste modellerna för sambandet arbetsstress-ohälsa, nämligen krav-kontroll resp. ansträngning-belöningsmodellerna. Det finns också empiriskt stöd för ytterligare modeller. Sanderson och Andrews (14) kom till liknande resultat i en systematisk litteraturöversikt, och konkluderar att *sjuknärvaro* och därav följande sämre arbetsprestation förefaller vara ett ännu större problem vid depression och ångest än *sjukfrånvaro*.

I vissa fall tycks ogynnsamma förhållanden på arbetsplatsen kunna leda till att en person utvecklar fobiska symtom med starka fysiska och psykiska obehag vid kontakt med arbetsplatsen, vilket leder till ett fobiskt undvikande. Tillståndet har kallats arbetsplatsfobi (15, 16).

### 3.4 Svårare psykisk ohälsa

Svårare psykisk ohälsa kan förstås utifrån två olika utgångspunkter. Den ena är definitionen på Severe Mental Illness (SMI). Ruggeri och medarbetare (17) undersökte två olika uppsättningar kriterier för att bedöma SMI och jämförde utfallet i en empirisk studie som involverade patienter med olika diagnoser och funktionsnivå. Den ena uppsättningen kriterier var psykosdiagnos, duration av psykisk sjukdom av >2 år samt social funktionsnivå enligt GAF-skalan <50. I den andra uppsättningen exkluderades diagnoskriteriet. Båda kriterieuppsättningarna identifierade i stort sett samma individer. Således kom forskarna fram till att de två sistnämnda kriterierna var tillräckliga för att bedöma allvarlig psykisk sjukdom.

Den andra utgångspunkten är den svenska definitionen på psykiskt funktionshinder. Enligt Socialstyrelsen (18) definieras psykiskt funktionshinder som svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och att dessa begränsningar har funnits eller

kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av en psykisk störning. I en senare rapport (19) poängteras skillnaden mellan funktionsnedsättning och funktionshinder. Funktionsnedsättning definieras som en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga, medan funktionshinder betecknar den begränsning en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen.

### 3.5 Samsjuklighet

Psykiska sjukdomar är inga välavgränsade entiteter. Samma symtom kan förekomma i olika konstellationer – ångest, t.ex., är ett kärnsymtom vid ångestsyndrom, men också ett karakteristiskt symtom vid flera andra psykiska sjukdomar, t.ex. depression. I den kriteriebaserade diagnostiken måste man lösa detta på något sätt. Det finns två olika lösningsmodeller. Man kan rangordna diagnoserna hierarkiskt, så att den som fyller kriterier för en diagnos högre upp *och* en diagnos längre ned i hierarkin bara får den diagnos som står högst. Den andra möjligheten, som är den vanligaste i nutida psykiatri och som DSM-systemet i sin nuvarande form använder, är att laborera med begreppet samsjuklighet (komorbiditet). Det innebär att man använder *alla* de diagnoser vilkas kriterier är uppfyllda.

Även utanför de kriteriebaserade diagnossystemen är det väl känt för kliniska psykiatrer att gränserna mellan olika typer av psykisk sjukdom ofta är otydliga, liksom att de flesta psykiatriska sjukdomstillstånd kan kompliceras av en sekundär depression. Två vanliga samsjukligheter är samtidig förekomst av depression, ångest eller stresstillstånd å ena sidan, och personlighetsstörning och missbruk å andra sidan.

### 3.6 Behandling av lättare psykisk ohälsa

#### 3.6.1 Depression

Depression är ett tillstånd som kan behandlas framgångsrikt såväl med läkemedel som med psykoterapi. Aktuella rekommendationer sammanfattas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (20) som utgör ett nationellt



kunskapsstöd för beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Riktlinjerna bygger i stor utsträckning på den genomgång av evidens som SBU publicerat (4).

Riktlinjerna har i första hand ett primärvårdsperspektiv. Den främsta anledningen till det är att merparten av personerna med depressions- och ångesttillstånd söker och får sin behandling i primärvården. Människor som drabbas av depression som en del av en bipolär sjukdom behandlas dock i huvudsak inom den psykiatriska vården.

Socialstyrelsen tar upp behandling av depression, ångestsyndrom och bipolär sjukdom i den akuta fasen, samt återfallsförebyggande behandling när personen blivit återställd (uppnått remission). Man tar också upp specifika behandlingsförslag vid depression när flera tidigare behandlingsförsök inte givit tillräckligt resultat. Det handlar då om ECT, kombinationer av läkemedel, byte från läkemedel till psykoterapi och vice versa, eller kombination av läkemedel och psykologisk behandling. Däremot tar man inte upp något om vad som bör göras med de patienter som inte svarar på någon behandling eller dem som har kvarstående restsymtom efter att ha följt rekommendationerna. Riktlinjerna tar inte heller upp rehabilitering.

Det finns även internationella riktlinjer av övergripande typ. Depressionsriktlinjerna från National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) är mycket omfattande (705 sidor) och kom i sin senaste version i oktober 2009. Inte heller i dessa riktlinjer finns något rehabiliteringsperspektiv, utan enbart ett behandlingsperspektiv.

### 3.6.2 Ångestsyndrom

I likhet med det som står beskrivet under depressionsavsnittet gäller ett primärvårdsperspektiv i första hand. Socialstyrelsens riktlinjer vad gäller behandling av ångest bygger på en uppdatering av SBU-rapporten *Behandling av ångestsyndrom* (5). Flera internationella riktlinjer och systematiska översikter har beaktats, exempelvis NICE guidelines samt danska riktlinjer.

Riktlinjerna täcker de stora ångestgrupperna i den diagnostiska nomenklaturen. Således tas åtgärder för paniksyndrom, social fobi, generaliserat ångestsyndrom, posttraumatiskt stressyndrom och tvångssyndrom upp.

Sammanfattningsvis ger Socialstyrelsen tydliga signaler om att vårdplanerare bör erbjuda psykologisk behandling i form av KBT och att detta är en prioriterad insats vad gäller ångest. Läkemedel finns också rekommenderat vilket innebär att patientpreferenser och andra omständigheter också påverkar. Riktlinjerna tar inte upp rehabilitering eller nedsatt arbetsförmåga vid ångesttillstånd.

Att KBT har starkt stöd vid behandling av ångest är tydligt i den vetenskapliga litteraturen. Visst stöd finns också för att KBT är bättre än placebo (21). I Sverige finns väl utvecklade alternativa sätt att göra KBT mer tillgängligt, exempelvis Internetbaserad KBT (22), vägledad självhjälp och KBT i grupp. Ett problem är dock bristen på KBT-utbildade psykoterapeuter, och att kompetenskraven för att bedriva KBT är oklara för många vårdsamordnare.

### 3.6.3 Stressrelaterad psykisk ohälsa

Till skillnad från depression och ångest finns inga officiella riktlinjer för behandling av stressrelaterad psykisk ohälsa, med ett undantag. De svenska riktlinjerna för ångestbehandling innehåller också riktlinjer för behandling av posttraumatiska stresstillstånd, vilket avspeglar att PTSD ofta i enlighet med amerikansk tradition (DSM-systemet) uppfattas som ett ångesttillstånd, snarare än ett stresstillstånd.

Det finns en viss konsensus om att de två resterade stora grupperna av stressinducerade tillstånd, nämligen anpassningsstörning och utmattningssyndrom, bör behandlas på olika sätt. Anpassningsstörningar har i merparten av fallen mycket god prognos och behandlas vanligen med en kortare tids samtalsstöd.

För utmattningssyndrom gäller i det akuta skedet vanligen en tids kravlös vila. Någon utvärderad specifik medikamentell eller psykoterapeutisk behandling finns ännu ej. På grund av att utmattningssyndromen är så långvariga och ofta förenade med en längre tids nedsatt arbetsförmåga, har olika rehabiliteringsprogram blivit aktuella, som kommer att diskuteras mer i det följande.

### 3.7 Nedsatt arbetsförmåga och sjukskrivning vid lättare psykisk ohälsa

Att även den lättare psykiska ohälsan kan medföra långvarigt nedsatt arbetsförmåga är väl känt och framgår bl.a. ur Försäkringskassans statistik (fig. 2). Detta är ett internationellt fenomen, och det finns starka belegg från olika kulturer för att exempelvis depression medför en drastiskt nedsatt social funktion, inkluderande minskad arbetsförmåga (23).

I äldre psykiatrisk litteratur används emellertid arbetsförmåga/sjukskrivning mycket sällan som utfallskriterium i behandlingsstudier. Många behandlingsstudier inkluderar dock mått på arbete inrymt i det större begreppet social funktion. Det finns flera instrument för mätning av social funktion, t.ex. Social Adjustment Scale (SAS) (24). Instrumenten är gjorda för amerikanskt bruk vilket bl.a. innebär att obetalt hemarbete ibland jämföras med lönearbete, vilket kan ge tolkningsproblem.

I Sverige finns möjligheten att använda försäkringsdatabaser, till exempel de som hålls av Försäkringskassan eller något av avtalsförsäkringsbolagen AFA Sjukförsäkring eller Alecta, för att få mått på sjukskrivning. Försäkringsdata är i allmänhet bra, objektiva mått. Att en person inte längre får pengar från försäkringen är dock ingen garanti för att vederbörande återgått i arbete, vilket kan innebära tolkningsproblem.

#### 3.7.1 Nedsatt arbetsförmåga

Det finns endast ett fåtal studier där man explicit undersökt arbetsförmåga vid olika typer av lättare psykisk ohälsa. Mintz och medarbetare gjorde en separatgranskning av arbetsaspekten i 10 tidigare publicerade behandlingsstudier av depression 1992 (25). Merparten av studierna hade använt arbetsfrågor i SAS. Resultaten visar att påverkan på arbetsförmågan var vanlig, och att den förbättrades av framgångsrik behandling men i klart långsammare takt än depressionssymtomen. Fullständig remission av arbetsproblemen kunde ta 6–8 månader. Läkemedelsbehandling förkortade durationen av arbetsproblemen.

### 3.7.2 Sjukskrivning

I en svensk studie av Vaez och medarbetare (26) befanns personer som sjukskrivits för psykisk ohälsa år 1999 ha låga nivåer av sjukskrivning under de tre åren innan de sjuknade. Tre år efter insjuknandet var endast 30 procent varken sjukskrivna eller sjukpensionerade. 26 procent hade fått pension. Vaez och medarbetare studerade all psykisk ohälsa hos 4 891 anställda avtalsförsäkrade personer. Hög andel fortsatt sjukskrivning eller sjukpension rapporteras också av Engström och Janson (27) hos 911 personer sjukskrivna för någon form av stressrelaterad psykisk ohälsa.

Fynden antyder att prognosen för återgång i arbete efter sjukskrivning för en psykiatrisk diagnos generellt sett är dålig. Om detta är ett resultat av sjukdomens naturliga förlopp, av dålig arbetsmiljö, låg arbetsmotivation hos patienterna eller utebliven eller ineffektiv rehabilitering är inte klarlagt (se t.ex. diskussionen om olika orsaksfaktorer hos Björn Johnson (28)).

### 3.7.3 Begreppet sjuknärvaro

I en ledare i juninumret 2010 av tidskriften Occupational Medicine uttryckte två holländska forskare (29) oro över att åtstramade sjukskrivningsregler kan leda till ökande sjuknärvaro. Det finns vissa belägg för att så kan vara fallet, även om prospektiva studier saknas, och är angelägna. Även sjuknärvaro (sickness presenteeism, dvs. den anställde går till arbetet trots att han rätteligen borde vara hemma och kureras sig) har sina kostnader i termer av minskad produktivitet, större skaderisker, och större risker för individens framtida hälsa (30).

## 3.8 Prediktorer för återgång i arbete efter sjukskrivning

### 3.8.1 Generella prediktorer

I en studie av olika experters bedömning av rehabiliteringsbarhet hos patienter med ryggbesvär kunde Jensen och medarbetare visa att den enda som kunde förutsäga utfallet med någon grad av säkerhet var patienten själv (31). Vad som fällde avgörandet var patientens tro på att det fanns en effektiv behandling, och upp-

fattningen om sin egen möjlighet att lära sig att bemästra sina besvär ("self efficacy"). Med all sannolikhet gäller detta också människor som är arbetsförmögna p g a psykisk ohälsa.

Patientens motivation påverkar utfallet av rehabilitering och även dess kostnadseffektivitet på kort och på lång sikt (32–34).

### 3.8.2 Motivation

Motivation till arbetsåtergång under en rehabiliteringsprocess kan påverkas av många olika faktorer – individuella, arbetsrelaterade eller faktorer relaterade till rehabiliteringsprocessen. Individuella faktorer kan vara patientens intressen, attityder, förväntningar, behov och självförtroende. Arbetsrelaterade faktorer är exempelvis strukturella faktorer, mål, arbetsinnehåll, socialt stöd och förekomst av feedback och belöningar.

### 3.8.3 Självförtroende (Self-efficacy)

För att uppnå en hög motivation till arbetsåtergång är det viktigt att ha individuella mål, förväntningar inför framtiden och tilltro till sin egen förmåga. Denna tilltro till den egna förmågan brukar med ett svåröversatt ord kallas Self-efficacy (35). Om en individs grad av self-efficacy höjs ökar också sannolikheten för motivation för en beteendeförändring. Även socialt stöd ökar en persons self-efficacy.

I en holländsk studie (36) undersöktes arbetare som var sjukfrånvarande med avseende på inställning till arbetet, upplevelse av socialt stöd och self-efficacy. Alla faktorerna var av betydelse för tiden till arbetsåtergång. I en dansk studie (37) befanns self-efficacy inte ha någon prediktiv betydelse för återgång till arbete, medan de sjukskrivna hade generellt lägre värden än de icke-sjukskrivna. Författarna menar att detta kan beror på att självförtroendet sjunker i samband med sjukskrivning, och att rehabiliteringsprogrammen bör ta hänsyn till den försämrade självförtroendet som kan förorsakas av sjukdom och sjukskrivning.

### 3.8.4 Prediktorer för arbetsåtergång vid psykisk ohälsa

Sambandet mellan professionell utbrändhet och framtida sjuklighet har framför allt belysts i studier från Finland och Holland. I en stor finsk populationsstudie var professionell utbrändhet, mätt enligt Maslach's skala, en riskfaktor för såväl framtida sjukskrivning som för sjukpension, både av psykiatriska skäl (38) och för muskuloskeletala smärttillstånd (39, 40). Den ökade sjukligheten hos dem som definierades som allvarligt utbrända gällde oberoende av tidigare psykisk ohälsa.

I den ovannämnda holländska studien var de tre faktorerna arbetsinställning, socialt stöd och self-efficacy av betydelse för arbetsåtergång såväl vid psykisk ohälsa som vid muskuloskeletala problem och andra sjukdomstillstånd (41). Föga förvånande är alltså inställningen till arbetet och till den egna förmågan av betydelse för hur snabbt man kommer tillbaka till arbetet efter en sjukperiod. I linje med detta visade Nieuwenhuijsen och medarbetare att den egna uppfattningen om hur lång sjukskrivningstiden skulle bli var av betydelse för hur lång den faktiskt blev vid lättare psykisk ohälsa (42).

En annan typ av prediktor är naturligtvis graden av ohälsa, och om dess symtom påverkar arbetsförmågan. Sobocki och medarbetare (43) undersökte deprimerade patienter från 56 svenska vårdcentraler och fann att endast hälften av dem nådde full remission. Återgången till arbete var klart försenad hos dem som inte fått full symtomlindring.

Sammanfattningsvis påverkas alltså återgång i arbete efter sjukskrivning såväl av kvarstående sjukdomssymtom som av faktorer som har att göra med patientens personlighet och förhållande till sitt arbete. Samma slutsatser drog D'Amato och Zijlstra (44) på grundval av en longitudinell studie i fem europeiska länder. Förbättrad hälsa är en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning för återgång i arbete. Övriga viktiga faktorer är ett positivt arbetsklimat och individens självtillit (self-efficacy).

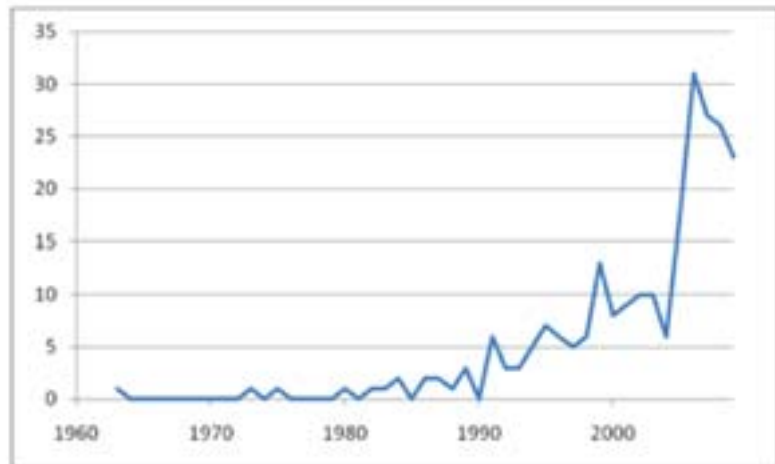
### **3.9 Rehabiliteringsmetoder vid psykisk ohälsa**

#### **3.9.1 Rehabilitering till arbete (RTW, return to work) – kontrollerade studier av olika interventioner**

Vid vår genomgång av den vetenskapliga litteraturen har vi identifierat ett fyrtiotal arbeten som explicit undersöker effekten av olika rehabiliteringsmodeller på arbetsåtergång vid olika typer av lättare psykisk ohälsa. Som nämnts tidigare har äldre psykiatrisk vetenskaplig litteratur intresserat sig mycket litet för arbetsförmåga vid lättare psykisk ohälsa, trots dess uppenbara betydelse för bl.a. sjukskrivning. Från och med 1990-talet har intresset ökat dramatiskt, som framgår av fig. 3.

De studier vi hittat är av växlande kvalitet och patientmaterialen är inte sällan heterogena, vilket försvårar tolkningen. I all mätning av medicinska behandlingseffekter spelar sjukdomarnas naturalförlopp stor roll. Om naturalförloppet skiljer sig mycket mellan de sjukdomsgrupper som inkluderats i en studie – t.ex. så att en patientgrupp har ett kort och gynnsamt förlopp medan en annan har ett kroniskt förlopp med liten eller ingen spontanförbättring – medför det stora svårigheter i tolkning och generalisering av studieresultaten.

**Figur 3** Antal träffar i litteratordatabasen Psycinfo där söktermen "return to work" återfinns i titeln. Totala antalet träffar på sökordet var 1247 (2010-10-24). Psycinfo förtecknar litteratur av psykiatrisk och psykologiskt intresse inkluderande bl.a. tidskriftsartiklar, böcker och avhandlingar. Att sökordet återfinns i titeln avspeglar att ordet relaterar till fokus för arbetet



De rehabiliteringsmodeller som undersökts i kontrollerade studier med arbetsåtergång som effektvariabel är huvudsakligen av sex olika typer:

1. Läkemedelsbehandling (endast patienter med depression) (45–48)
2. Utbildning av primärvård/företagshälsovård (49–55)
3. Stressreduktion (56, 57)
4. Metoder som innebär minimal personlig kontakt (brev, telefon, internetbaserade) (58–62)
5. Samtalsbehandling (motiverande eller problemlösningsorienterade samtal, KBT eller annan psykoterapi, individuellt eller i grupp) (46, 63–79)
6. Arbetslivsfokuserad rehabilitering (63, 79–81).



### 3.9.2 Läkemedelsbehandling vid depression

I fyra studier har man undersökt effekten av läkemedel på återgång i arbete vid behandling av deprimerade patienter. En av dessa studier var placebokontrollerad, de övriga jämförde olika antidepressiva läkemedel med varandra. Inte i någon av dessa studier skilde sig resultaten mellan de olika behandlingsbetingelserna.

### 3.9.3 Utbildning av primärvård eller företagshälsovård

I fem studier har man arbetat med speciella utbildningsprogram för personal i primärvård eller företagshälsovård, utan att kunna påvisa några skillnader i återgång i arbete i randomiserade kontrollerad studier. Däremot kunde van der Feltz Cornelis 2010 (82) åstadkomma en signifikant snabbare arbetsåtergång med psykiatrisk konsultation i företagshälsovård, även om skillnaderna hade försvunnit efter ett halvår.

### 3.9.4 Stressreduktion

Att en behandling som syftar till stressreduktion skulle kunna vara viktig vid rehabilitering av människor som lider av stressinducerad ohälsa förefaller väl närmast vara en truism. Vi har trots det bara hittat en randomiserad kontrollerad studie, nämligen av qi gong, som varken för sig eller tillsammans med KBT visade någon effekt vid utmattningssyndrom (56, 57).

Evidensläget för några andra ofta använda metoder diskuteras längre fram.

### 3.9.5 Minimal kontakt (brev, telefon, internet)

Flera studier har prövat åtgärder som inneburit ett minimalt mått av kontakt med patienterna. Så till exempel prövade Fleten och Johnsen (58) att skicka ett kort frågeformulär per brev till sjukskrivna norrmän och fann att de som sjukskrivits för psykisk ohälsa förkortade sin sjukskrivningstid efter att ha besvarat formuläret. Yngre män med smärttillstånd förlängde däremot sjukskrivningstiden efter att ha fått brevet.

Wang och medarbetare fann en viss effekt på sjukskrivning av en telefonintervju (59), och Bee och medarbetare (62) fann bättre självrapporterad arbetstid och funktion efter KBT per telefon med deprimerade anställda.

Gunilla Brattberg jämförde effekten av en serie om 19 internet-baserade videofilmer av verkliga gruppdiskussioner kring smärttillstånd och utbrändhet samt efterföljande nätdiskussioner med väntelistekontroller, och fann bättre självrapporterad arbetsfunktion i den behandlade gruppen (60, 61). Även KBT har sedermera adapterats för internetadministration (22) – mer om detta nedan.

### 3.9.6 Samtalsbaserade psykoterapimetoder

Olika former av psykoterapi har prövats, individuellt, i grupp, med psykodynamisk eller kognitiv inriktning. Också enklare former av samtal har prövats, t.ex. motiverande samtal, problemlösnings-samtal och stödsamtal.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett paraplybegrepp för olika former av psykologisk behandling där beteendeförändrande och/eller kognitiva insatser ingår. KBT är en integrativ behandlingsmetod som är baserad på kognitiv teori och inlärningsteori (83). Det är en bred psykoterapeutisk inriktning som är grundad i empirisk psykologisk forskning. KBT inkluderar allmänna och störningsspecifika behandlingsmetoder, är handlingsorienterad, fokuserar på för problemet utlösande och vidmakthållande faktorer samt strävar efter att ge patienten ”hjälp till självhjälp”.

Vad gäller arbetsåtergång bör man särskilja KBT som bedrivs på sedvanligt sätt (där frågor kring arbetet kan ingå men inte behöver göra det) från KBT som anpassas till att gälla arbetsåtergång, exempelvis genom att hälften av behandlingsträffarna inriktas mot arbetsträning och exponering. Det är i detta sammanhang inte meningsfullt att särskilja olika former av KBT men det bör noteras att de flesta studier vi tagit del av har haft en så kallad kognitiv inriktning vilket inte är helt representativt för svenska förhållanden där oftast beteendeförändrande inslag också ingår.

Flera studier inom KBT-området har genomförts, dock har ännu ingen studie publicerats vad gäller arbetsåtergång efter KBT vid ångest. På samma sätt finns det inget tydligt stöd för KBT vad gäller arbetsåtergång vid depression (84).

Psykodynamisk terapi är i likhet med KBT en heterogen inriktning men vi har funnit två studier där arbetsåtergång ingått som utfallsmått varav den ena var en kombinationsstudie med läkemedel (46) och den andra testade effekter av långtidsbehandling (72). Det finns oss veterligen inte någon kontrollerad studie kring psykodynamisk behandling som anpassats för att förbättra arbetsåtergång.

Stödsamtal har generellt en sämre effekt än KBT och psykodynamisk behandling vid behandling av ångest och depression (85). Det går inte att avgöra om stödsamtal har en effekt på arbetsåtergång vid psykisk ohälsa. Inte heller har motiverande eller problemlösningsfokuserade samtal haft någon påvisbar effekt. En ny modifikation av ”stress inoculation therapy” med inslag av problemlösning, administrerad av yrkesmedicinare, har dock visats ha effekt vid anpassningsstörningar (86).

Sammanfattningsvis saknas alltså studier där anpassad KBT prövats för långtidssjukskrivning och kortare sjukfrånvaro vid diagnosticerad psykisk ohälsa. Detta påpekas också av Noordik och medarbetare (87).

På senare tid har KBT utvecklats för Internetadministration med lovande resultat (22). Studier pågår vid enheten för Internetpsykiatri, Karolinska sjukhuset, där hälsoekonomiska data samlas in gällande arbete och arbetsåtergång. Dessa data är ännu inte publicerade. Internet-förmedlad KBT reducerar sannolikt kostnader med bibehållna effekter i jämförelse med terapeutledd individuell behandling. Det samma gäller KBT i grupp. Men ännu saknas således övertygande studier som visar att KBT och andra psykologiska behandlingar leder till arbetsåtergång vid psykisk ohälsa.

### 3.9.7 Arbetsplatsinriktade interventioner

Vad kan vara rimligare än att rehabilitering till arbetsåtergång förutsätter att rehabiliteringen inbegriper arbetsplatsen? Kuoppala och medarbetare (2) konkluderade på basen av en litteraturlöslösning av rehabilitering till arbetsåtergång vid hela spektrum av sjukskrivningsdiagnoser att multimodal medicinsk rehabilitering måste kompletteras med arbetslivsinriktad rehabilitering för att öka arbetsåtergången.

I en av de mest övertygande studierna i vår genomgång fann Blonk och medarbetare (63) att s.k. labour experts<sup>1\*</sup> som fått en kort utbildning i kognitiva principer nådde signifikant bättre resultat med avseende på arbetsåtergång än KBT-terapeuter, vilkas behandlingsresultat i sin tur inte skilde sig från kontrollerna.

Björn Karlson och medarbetare (80) har utvecklat en metod för dialog mellan patienten och arbetsledaren kallad ADA, ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång. Metoden innebär att kuratorn i ett rehabiliteringsteam först intervjuar patient resp. arbetsledare var och en för sig och därefter de båda tillsammans, i syfte att åstadkomma bästa möjliga arbetsmiljö inför arbetsåtergången. Metoden har visats åstadkomma en förbättring av arbetsåtergången hos patienter med utmattningssyndrom jämfört med kontroller. Undersökningen är inte randomiserad, utan kontrollerna är de långtidssjukskrivna som avböjde att delta i studien, vilket kan vara en felkälla för den händelse de som väljer att delta också är de mest motiverade till arbetsåtergång. Metoden måste dock ses som lovande.

Motivationens betydelse framgick också av en studie av van Oostrom och medarbetare (81), som visade att patienter med hög motivation att återgå i arbete verkligen återgick snabbare i arbete efter en arbetsplatsintervention än de som var omotiverade men fick samma intervention, som i sin tur inte skilde sig från kontroller.

Wahlberg och medarbetare visade i en ännu opublicerad studie (79) att tillägg av en specialiserad coach från ett utomstående rehabiliteringsföretag till problemfokuserad gruppterapi inte minskade sjukskrivningstiden, i en randomiserad kontrollerad studie av patienter med utmattningssyndrom.

Sammanfattningsvis finns viss evidens, om än inte entydig, för betydelsen av arbetslivsinriktad rehabilitering. Att ytterligare klarlägga hur en sådan ska läggas upp för att fungera optimalt bedömer vi som en av de viktigaste forskningsfrågorna inom området.

---

<sup>1</sup> I det nederländska sjukförsäkringssystemet gör dessa socionomutbildade experter bedömningar av sjukförsäkringsfall och fungerar bl.a. som mellanhand mellan patienter, arbetsgivare och försäkring, ungefär motsvarande de rehabkoordinatorer som finns på vissa håll i Sverige.

### **3.10 Andra rehabiliteringsmetoder – aktuellt evidensläge**

Det är bara ett begränsat urval av de metoder som idag används vid stressrehabilitering som över huvud taget har undersökts i kontrollerade studier. Detta sammanhänger bl.a. med de stora logistiska, etiska och ekonomiska problemen i prövning av komplexa metoder där det inte finns någon självklar finansiering. Kostnaderna för en dubbelblind randomiserad studie som brukar behöva pågå under många år är vanligen oöverkomliga för dem som praktiserar metoden. Forskningsanslag av den storleksordning som vanligen beviljas av de traditionella forskningsfinansiärerna är sällan tillräckliga, vilket är en delförklaring till de stora kunskapsluckorna inom området.

Det är därför på sin plats att ge en kort redovisning av den evidens som finns för dessa metoder, även om de inte prövats med arbetsåtergång som effektkriterium. Det är framför allt metoder som syftar till livsstilsförändring eller stressreduktion som är aktuella.

#### **3.10.1 Livsstilsförändring**

##### **Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet har sannolikt positiv effekt vid depression både för att förhindra depressionsepisoder och för att behandla sådana, såväl akut som på längre sikt. Den fysiska träningen sker med fördel parallellt med sedvanlig behandling med mediciner och samtal. Även om många studier har metodologiska brister och det fortfarande finns få långtidsstudier, har fysisk träning vid lätt och måttlig depression visst, om än inte entydigt vetenskapligt stöd när det gäller akut behandling och som ett medel att minska risken för återfall. En preventiv effekt har beskrivits vid epidemiologiska studier och vid långtidsstudier med uppföljning upp till tio år.

Den vetenskapliga dokumentationen av hur fysisk aktivitet påverkar ångest är begränsad. En tillfällig nedgång i situationsångest (state anxiety) efter fysisk aktivitet är väldokumenterad, medan dess inverkan på den mer långvariga och personlighetsrelaterade ångesten (trait anxiety) är mer osäker. Fysisk aktivitet som alternativ eller komplement till andra behandlingsmetoder är

bäst dokumenterad avseende panikångest och agorafobi, men kan troligen också ha effekt vid generaliserat ångestsyndrom. Olika former av fysisk aktivitet verkar ha samma effekt.

Fysisk aktivitet är en viktig komponent i många stress-rehabiliteringsprogram.

### Vardagsrevidering

Vardagsrevidering är ett delvis arbetslivsinriktat rehabiliteringsprogram utformat för personer med stressrelaterade problem som har sådana svårigheter att hantera sin vardag att de helt eller delvis hindras att arbeta. Programmet syftar till att ge klienten redskap att själv analysera och åtgärda problem i sin totala vardagsituation där arbetet är en del men hemsituationen och övriga aktiviteter är minst lika viktiga. Avsikten är att deltagare som genomgår programmet Vardagsrevidering ska påbörja en förändringsprocess som främjar en varaktig ökning av arbetsförmågan. Grundtanken i Vardagsrevidering är att omstrukturering av livsstil och aktivitetsmönster i vardagen kan leda till en mer hälsosam och hanterlig balans mellan vardagens olika sysslor. I fokus för detta balanstänkande är också de olika upplevelser aktiviteter ger upphov till. Ett balanserat mönster av vardagliga aktiviteter ska inte bara innebära måsten och plikter, utan även ge symboliska värden, såsom tillhörighet och identitetskänsla, och lustfyllda upplevelser.

Programmet Vardagsrevidering innebär gruppträffar två gånger i veckan under 16 veckor. Därutöver är ett centralt moment de hemuppgifter som regelbundet ges för att stärka deltagarnas kompetens i sin egen vardag. Programmet inkluderar även metoder såsom färdighetsträning/utförande av aktiviteter i grupp, temaseminarier samt ett seminarium för anhöriga. Förändringar i vardagen ska genomföras av klienterna själva, med stöd från övriga gruppdeltagare och -ledare (arbetsterapeuter). Med manualbaserade metoder får deltagarna hjälp att analysera struktur och upplevelser i det egna dagliga aktivitetsmönstret. De får hjälp att identifiera vad som behöver förändras och hur detta ska kunna göras. Programmet omfattar cirka tre månader men ska ses som en start på en förändringsprocess som kan förväntas ta betydligt längre tid.

Vardagsrevidering är ursprungligen utformat för kvinnor med en lång sjukskrivningshistorik. I ett forskningsprojekt som genomförts i samverkan med Försäkringskassan Halland och

Västra Götalands region och primärvården i Halland har 42 långtidssjukskrivna kvinnor med stressrelaterad ohälsa genomgått programmet. Utfallet i denna grupp jämförs med en matchad kontrollgrupp som får traditionell handläggning vid Försäkringskassan. Primära utfallsvariabler är arbetsåtergång och sjukskrivningsgrad efter genomgången Vardagsrevidering. Analyserna pågår och beräknas kunna presenteras inom kort.

Ett nytt projekt har påbörjats i Malmö tillsammans med samordningsförbundet Finsam där arbetsterapeuter genomför programmet Vardagsrevidering för kvinnor med psykisk ohälsa och/eller stressproblematik helt eller delvis sjukskrivna i maximalt 180 dagar. Därmed riktas interventionen till en grupp kvinnor med en kortare sjukskrivning än i Hallandsprojektet. Vardagsrevidering utgör i detta projekt ett alternativ i rehabiliteringskedjans tidiga faser där arbetsförmågan fortfarande prövas i förhållande till befintlig arbetsgivare. Effekten av projektet med avseende på arbetsåtergång utvärderas av Försäkringskassan.

### Behandling av sömnstörning

Störd sömn är ett vanligt symtom vid all psykisk ohälsa liksom vid många kroppsliga sjukdomar. Den störda sömnen är ett problem i sig som kan leda till onda cirklar med ökande symtom, framför allt trötthet, kognitiva problem och värk. SBU har sammanställt en evidensgenomgång av behandlingar för sömnbesvär (88). Professionell hjälp för sömnbesvär inleds oftast med individuell rådgivning om sömnhygien som kan kompletteras med så kallad sömnskola, vanligen med kognitiv inriktning. Det finns måttligt stark vetenskaplig evidens för att kognitiv eller annan beteendeterapi minskar graden av sömnbesvär.

### 3.10.2 Stressreduktion

#### Trädgård

På flera ställen i Sverige pågår flera försök med s.k. grön rehabilitering eller trädgårdsrehabilitering (Nature Assisted Rehabilitation) (89). Vistelse i naturen och arbete med trädgård har använts sedan mycket länge i läkande syfte, och det finns evidens för gynnsam effekt vid olika psykiatriska tillstånd, t.ex. schizofreni,

demens och missbruk. Vid Alnarp sammanställs flera data från långtidssjukskrivna patienter med utmattningssyndrom som genomgått trädgårdsrehabilitering. Avsikten är att kontrastera denna kohort med data från matchade kontroller hämtade ur Försäkringskassans databas. De preliminära resultaten i kohorten kan betecknas som lovande.

### **Flyt-Rest, Flotation Restricted Environmental Stimulation Technique**

Att flyta i mörker i kroppsvarmt vatten vars lyftkraft förstärkts med magnesiumsulfat minskar hjärtfrekvens och muskelspänning och medför en stark känsla av avslappning. Tekniken har prövats med avseende på olika stressmått, och en metaanalys har visat jämförelsevis starka stresslindrande effekter (90). Tekniken används för stresslindring i Sverige, såväl i forskning som kommersiellt. Norlander och medarbetare har studerat de stresslindrande effekterna, som bl.a. rapporterats i en avhandling från Karlstads universitet där man fann gynnsamma effekter vid fibromyalgi och utmattningssyndrom (91). Några kontrollerade studier, eller studier av arbetsåtergång, i grupper av sjukskrivna har vi inte lyckats hitta.

### **Meditation**

Den stressreducerande effekten av meditation är jämförelsevis väl belagd. Det finns ett flertal olika meditationsmetoder som utvecklats inom olika religiösa traditioner. Den mest kända i stressrehabilitering är mindfulnessmeditation, som har sitt ursprung i buddistisk meditation men som adapterats för stressreduktion av den amerikanske forskaren Jon Kabat-Zinn i form av Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) (92, 93). MBSR-metoden har adapterats för användning med bl.a. deprimerade patienter, genom att man inkluderat KBT-strategier (94). Modifikationen kallas MBCT och har visat sig bl.a. vara effektiv i behandling och sekundärprevention av depression. Det finns måttligt stark evidens för en stresslindrande effekt av MBSR och MBCT vid olika typer av psykisk och fysisk ohälsa (95, 96). Effekten på arbetsåtergång är veterligen inte prövad, men en jämförelse med



basal kroppskänedom (se nedan) pågår för närvarande vid Stressrehab Danderyds sjukhus i Stockholm.

Mindfulnessmeditation utövas på egen hand efter instruktion som vanligen sker under en åtta-veckorsperiod i grupp. Den mindfulnessinriktade pedagogiken i MBSR-programmet stöttar på ett genomtänkt sätt patientens personliga delaktighet i arbetet med att hantera sin livssituation och konsekvenserna av ohälsan. Ett huvudsyfte är att patienten i praktiken får möjlighet att under vägledning utforska sitt eget sätt att förhålla sig till ohälsan och dess konsekvenser för den personliga tillvaron.

En effekt av mindfulnesspraktiken är att patienten vanligen ökar sin förmåga att leva med svårigheter i form av symtom och funktionsinskränkningar. Genom att öka acceptansen av de faktiska svårigheterna reduceras vanligen den negativa upptagenheten av problemen och många gånger även själva symtomatologin. En annan effekt av mindfulnesspraktiken är ofta en generell stressreduktion.

Med stöd av erfarenheterna av behandling av återkommande depressioner med MBCT finns det goda skäl att pröva mindfulnessbaserad metodik även vid andra psykiska ohälsotillstånd där recidiv är ett vanligt problem.

Mindfulnessbaserad metodik placerar patienten i en aktiv huvudroll i arbetet med att förbättra sin egen hälsa och sin egen funktionsförmåga. Detta brukar betecknas med termen empowerment, vilket är ett centralt tema i ett hälsofrämjande arbetssätt. Sannolikt ökar därigenom även förutsättningarna för att patienten ska kunna inta en aktiv roll i andra inslag i de multimodala programmen.

## **Kroppsterapier**

Någon form av kroppsterapi ingår i de flesta multimodala programmen vid stressrelaterad ohälsa. Traditionellt anses programmen vara värdefulla, men randomiserade kontrollerade prövningar saknas så gott som helt. Mehling (97) gjorde 2005 en granskning av befintliga utvärderingar av kroppsterapierna och fann inte någon som prövats på psykiatrisk indikation eller för stressrelaterad psykisk ohälsa, trots att detta är ett vanligt användningsområde.

*Basal kroppskänedom (BK)*

Basal kroppskänedom är en sjukgymnastisk behandlingsmetod som anges ha goda effekter vid långvarig smärta, stressrelaterade besvär och olika psykiska symtom som ångest, oro och nedstämdhet. Metoden har behandlats i flera svenska doktorsavhandlingar, men någon randomiserad kontrollerad studie har vi inte lyckats hitta. Metoden, som inspirerats av fransmannen Jacques Dropsy, har utvecklats av svenska och norska sjukgymnaster och funnits i Sverige och Norge sedan 1980-talet.

*Psykomotorisk fysioterapi (PMF)*

Psykomotorisk fysioterapi är en ursprungligen norsk behandlingsmetod från mitten av 1940-talet. Den undervisas bl.a. vid Karolinska institutets sjukgymnastutbildning och används framför allt av sjukgymnaster vid stressrelaterad ohälsa och smärttillstånd. Någon vetenskaplig utvärdering har vi inte hittat i de medicinska databaserna.

I undersökningen tittar man på personens andning, hållning, funktion och muskelbalans. Man försöker identifiera resurser och belastningar och viktat de olika fynden mot varandra, med betoning på resurser. Andningen är central och den viktigaste av de fyra parametrarna.

**3.10.3 Supported Employment**

Supported employment är en arbetslivsinriktad rehabiliteringsmetod som utvecklats för personer med allvarlig psykisk sjukdom, och den har veterligen ännu inte prövats vid lättare psykisk ohälsa. Metoden har emellertid ett såpass gott vetenskapligt stöd (98) att det vore intressant att pröva den också i andra grupper än vid kroniska psykoser.

Principen för supported employment är "place, then train". Personen får ett reguljärt arbete med lön direkt, och därefter tar rehabiliteringen vid. Varje brukare har en coach, som ger erforderligt stöd. En utveckling av arbete med bistånd utgörs av "Individual placement and support" (IPS), en modell som egentligen är en standardisering och manualisering av supported employment för att underlätta spridning och kvalitetskontroll av de

arbetsrehabiliterande insatserna (99). IPS bygger på följande principer:

- Målsättningen är konkurrensutsatt arbete i reguljära arbetsmiljöer
- Personerna ska erhålla riktigt arbete mer eller mindre direkt, utan föregående faser av arbetsträning i skyddade miljöer.
- En arbetscoach följer personen och utgör en slags ambassadör för honom/henne.
- arbetslivsinriktad rehabilitering ses som en integrerad del av det samhällsbaserade psykiatriska stödsystemet, och inte som en separat stödform.
- den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är uttryckligen baserad på individens val och önskemål.
- Under rehabiliteringen genomförs kontinuerliga bedömningar som utgår från personens arbetserfarenheter och upplevelser.
- Stödet till personen är behovsbaserat och inte begränsat i tid.

I USA, där metoden har sitt ursprung, har flera studier visat att den är mer effektiv än traditionell arbetsträning som inleds med träning i skyddad miljö. Då olika typer av välfärdssystem tidigare visat sig ha betydelse för återgång i arbete gjordes en europeisk multicenterstudie för att dels undersöka om de positiva resultaten från nordamerikanska studier gällande IPS kunde replikeras i Europa, dels om resultaten skulle skilja sig åt mellan sex europeiska länder med olika välfärdssystem och grad av arbetslöshet. I samtliga deltagande länder var IPS mer effektivt än traditionell arbetslivsinriktad rehabilitering vad gäller att ha ett reguljärt arbete. Typen av välfärdssystem och arbetslöshetsnivå visade sig ha betydelse. Välfärdssystemen i England och Holland kunde utgöra bidragsfällor som minskade benägenheten att ha ett arbete, medan den risken var lägre i Tyskland och Schweiz, för att vara försumbar i Italien och Bulgarien. Lokala arbetslöshetssiffror spelade också roll för möjligheten att ha ett arbete – däremot hade inte landets BNP någon betydelse.

För närvarande pågår två svenska studier som utvärderar IPS, en i Umeå (med Lars Hansson som PI) och en i Malmö (med Ulrika Bejerholm som PI). Ingen av dessa har dock kunnat designas så att kontrollbetingelsen är annan arbetslivsinriktad rehabilitering.

### 3.11 Effekter av rehabilitering vid olika typer av lättare psykisk ohälsa

#### 3.11.1 Behandling av depression och återgång i arbete

Eftersom depression är ett vanligt förekommande tillstånd och kan nedsätta en människas olika förmågor avsevärt, finns det ett stort antal studier av olika behandlingar. När man utvärderat depressionsbehandlingar har man nästan alltid tittat på symtomlindring, ibland på livskvalitet, men nästan aldrig på förbättring av arbetsförmåga.

Karen Nieuwenhuijsen och medarbetare har i en Cochrane-rapport (84) tittat på studier som handlar om interventioner för att förbättra arbetsförmågan hos deprimerade. Resultatet är nedslående. Efter att ha använt sig av en noggrann sökprocedur fann man till slut endast elva studier som fyllde på förhand uppställda kriterier. Ett kriterium var att det skulle röra sig om randomiserade kontrollerade studier. Ingen studie hittades som innehöll interventioner som syftade till att påverka själva arbetet. I en studie tittade man på effekten av vad man kallar occupational therapy och som innehöll stöd både inför och efter återgång i arbete. I fyra studier var behandlingen antidepressiva läkemedel (endast en placebojämförelse), i en studie handlade det om tillägg av psykodynamisk psykoterapi till ett antidepressivt läkemedel, i en studie handlade det om IT-baserad KBT, i en studie handlade det om problemlösande terapi (PST) och i tre om extra åtgärder vid behandling i primärvården (enhanced primary care). Det aktiva omhändertagandet i primärvården kunde handla om tätare återbesök än vanligt hos läkaren, riktad utbildning till både läkare och övrig personal, patientutbildning, telefonuppföljning. Många av åtgärderna syftade till bättre behandlingsföljsamhet. Samtliga dessa studier har inkluderats och diskuterats tidigare i denna genomgång.

Studierna var heterogena, oftast små och sju bedömdes vara av låg kvalitet. Det primära utfallsmåttet i genomgången var minskning av sjukfrånvarodagar och den enda studie (46) som visade på ett positivt resultat var den studie där man lagt till psykodynamisk terapi till klomipramin. Studien var liten; 25 patienter i gruppen som fick tillägg av psykoterapi och 32 patienter som fick visst stöd i tillägg (kontrollgrupp). Man kan inte dra alltför stora slutsatser av denna enda lilla studie där t.ex. blindningen inte var fullständig, men studien är ändå intressant i vissa avseenden. Patienterna

fyllde kriterierna för egentlig depression och man värjde sig inte för suicidalitet eller förekomst av personlighetsstörning vid inklusionen i studien. Det man kallar för psykodynamisk terapi förefaller vara en modifierad form. Fyra för ändamålet utbildade sjuksköterskor behandlade patienterna under tio veckor efter en manual och under handledning av en psykoanalytiker. Man fokuserade mycket på alliansen i den totala behandlingssituationen och mindre på klassiska psykoanalytiska begrepp som överföring.

I en tidigare meta-analys av Timbie och medarbetare (100), där tre av totalt fyra studier även ingår i Cochrane-rapporten refererad ovan, fann man endast en mycket liten effekt av den antidepressiva interventionen på arbetsrelaterade mått. Vad författarna av meta-analysen särskilt noterade var att det fanns en diskrepans mellan effekten på de arbetsrelaterade måtten och effekten på de depressiva symtomen. Detta skulle betyda att åstadkommer man en förbättring av en patients depressiva symtom så leder det inte automatiskt till att man får en lika god förbättring av arbetsförmågan. Uppföljningstiderna av arbetsförmågan var korta, och man kan möjligen ana att där den var längre blev resultatet något bättre. Annars funderar författarna på om det är andra faktorer än depressionen som påverkar arbetsåtergången.

Diskrepansen mellan symtomreduktion och förbättrad arbetsförmåga vid behandling av depression framkommer även i en finsk studie av Knekt och medarbetare (72). I denna studie, som inte hann komma med i Cochranerapporten, har man tittat på effekterna av kort- och långtids psykodynamisk psykoterapi och en mera lösningsinriktad psykoterapi på depressions- och ångesttillstånd med avseende på flera olika mått, bl. a. symtomlindring och arbetsförmåga. Bäst effekt på arbetsförmågan i det långa loppet har man med den psykodynamiska långtidsterapin, även om korttidsvarianterna tycktes snabbare ge resultat. Studien som är mycket intressant lider dock av vissa brister. Det saknades en kontrollgrupp till de tre aktiva interventionerna, det fanns en viss diagnostisk heterogenitet även om 67 procent av patienterna fyllde kriterierna för egentlig depression och bortfallet i långtidsbehandlingen var något större än vad som krävs för en högkvalitativ studie.

Diskrepansen återfinns även i studier av annan typ. I en longitudinell observationsstudie av Adler och medarbetare (101) jämfördes patienter med depression med patienter med reumatoid artrit och i stort sett friska kontroller. Det föreföll som att

arbetsförmågan hos dem med reumatoid artrit var mera relaterad till symtomstatus än hos dem med depression, som även efter förbättring i depressionen hade en sämre arbetsförmåga.

Måtten på arbetsförmåga varierar i olika studier vilket gör det svårare att jämföra. Och, att återgå i arbete är inte detsamma som att fungera väl på arbetet. Arbetsförmågan är dessutom en komplex funktion som inte bara beror på minskade symtom. Det är också möjligt att det finns en tröskeleffekt vad gäller förbättringen i depression för att få god effekt på arbetsförmågan, åtminstone för vissa typer av depressivitet. Om man inte är tillräckligt återställd så fungerar det inte och man kan t.o.m. bli sämre igen. Det är väl känt att patienter som inte går i remission vid den antidepressiva behandlingen, dvs. som inte passerat under den symtomgräns som man likställer med att vara återställd, har större risk för snart återfall (försämring) i depression. En förklaring till diskrepansen skulle också kunna vara det som man ser vid depression med utmattningstillstånd, nämligen att en patient kan känna sig klart förbättrad under sjukskrivning, men när man väl tänker på eller återgår i arbete så kommer obehagen tillbaka.

Sammanfattningsvis kan sägas att enbart behandling av depression och därmed följande symtomlindring inte automatiskt leder till en lika tydlig förbättrad arbetsförmåga. Däremot förefaller det möjligt att förbättra arbetsförmågan med hjälp av program där arbetsgivaren letar efter och stöder deprimerade anställda (102).

Det finns inte lika mycket studier vid bipolär sjukdom, vad gäller behandling av sjukdomen och förbättrad arbetsförmåga. I en översikt av Dean och medarbetare (103) finner man bl.a. stöd för att en välskött litiumbehandling förbättrar arbetsförmågan jämfört med om man har för låg litiumnivå i blodet. Man har också funnit att psykoterapi i grupp som tillägg till läkemedelsbehandling kan förbättra arbetsförmågan.

### **3.11.2 Rehabilitering till arbetsåtergång vid ångestsyndrom**

Flera ångestsyndrom är förknippade med undvikande av situationer som upplevs som hotfulla, och vid exempelvis social fobi kan det röra sig om att personen undviker sociala interaktioner på arbetsplatsen. Vid behandling av ångestsyndrom är exponering ett viktigt inslag som har mycket starkt stöd när det sker som en del av kognitiv beteendeterapi men främst har symptomlindring och mer

allmän livskvalitet studerats. I smärtherehabilitering används exponeringsprinciper då man arbetar med graderad träning för att komma tillbaka i arbete, men specifikt arbetsinriktad ångestbehandling är betydligt mindre studerad.

Vi har inte kunnat identifiera några avgränsade kontrollerade studier där exponering eller kognitiv beteendeterapi i stort använts för att uppnå snabbare arbetsåtergång vid diagnostiserade ångestsyndrom. Det kan dock inte uteslutas att sådana effekter kan uppnås, men det är främst vad gäller ångestsymptom och livskvalitet i stort man funnit att kognitiv beteendeterapi hjälper.

Vad gäller symptom har även läkemedelsbehandling goda utfall. I några av de studier vi funnit har ångestsymptom undersökts men dessa studier har endast begränsat värde för att kunna avgöra om behandlingen kan leda till ökad arbetsåtergång vid diagnostiserade ångesttillstånd (66). Exempelvis har psykodynamisk behandling (kort och långtids) prövats där ångestsyndrom ingick som en del av gruppen (72), men vilka syndrom det rörde sig om och några differentiella analyser för ångestgruppen presenterades inte.

Noordik och medarbetare (87) har publicerat ett studieprotokoll där de avser undersöka om en exponeringsbaserad intervention leder till arbetsåtergång. I likhet med många andra studier är ångestsyndrom endast ett av flera tillstånd som kan komma att ingå i studien. Ångestsyndrom samexisterar ofta med andra problem som stress, nedstämdhet, och även utmattningssyndrom.

Vad gäller stress (104) finns visst stöd för att arbetsgång underlättas efter behandling, men sammanfattningsvis är ännu evidensläget oklart vad gäller ångestsyndromen. Blonk och medarbetare (63) undersökte 122 egenföretagare i Holland som var korttidssjukskrivna på grund av arbetsrelaterade psykiska besvär. Personer med diagnostiserade psykiatriska diagnoser (t.ex. depression) exkluderades. Resultatet följdes upp efter 4 och 10 månader. Man hade en kontrollgrupp och två behandlingsgrupper. En behandling utfördes av specialiserade KBT-behandlare och i den andra gruppen s.k. labour experts med en kort KBT-utbildning. Resultatet visade att deltagarna i gruppen som behandlades av labour experts med viss KBT-utbildning kom tillbaka till arbete 30 dagar tidigare än kontrollgruppen vad gäller deltidsarbete och 300 dagar vad gäller fullt arbete.

### 3.11.3 Stressrehabilitering – praktik och vetenskap

Rehabilitering vid stressyndrom kommer i praktiken att framför allt omfatta utmattningssyndrom, som är det mest långvariga av de stressinducerade psykiatriska problemen. Genom att det ännu inte finns någon effektiv behandling av tillståndet, har tonvikten i omhändertagandet från början kommit att ligga på rehabilitering. Merparten av utmattningssyndromen är relaterade till arbetsstress, vilket har gjort det naturligt att arbeta gentemot arbetsplatsen och att intressera sig för arbetsåtergång som effektkriterium.

#### Vetenskaplig evidens

De randomiserade kontrollerade studier som genomförts av olika rehabiliteringsprogram syftande till arbetsåtergång med målgruppen lättare psykisk ohälsa (majoriteten stressrelaterad ohälsa, dock är patientbeskrivningarna inte alltid helt tydliga) har beskrivits i korthet ovan. Studierna är som nämnts av växlande kvalitet. I vissa av dem finns otydligheter rörande om patienterna är sjukskrivna eller ej.

Det är påfallande hur sällan man i randomiserade studier lyckats påvisa några större effekter på arbetsåtergång. De få studier som visat någon effekt har haft arbetsåtergång som explicit behandlingsmål och lagt upp behandlingen i enlighet med detta. Så till exempel arbetar Karlson och medarbetare (80) i nära samverkan med patienten och arbetsledaren, medan Blonk och medarbetare (63) använde sig av s.k. labour experts (ungefärligen rehabkoordinatorer). En deskriptiv studie av Nieuwenheuijsen och medarbetare (105) beskriver ett samband mellan tät kontakt mellan arbetsledare och anställd under sjukskrivningstiden och snabbare återgång i arbete, men endast hos de sjuka som inte var deprimerade.

Å andra sidan kunde Wahlberg och medarbetare i en ännu opublicerad RCT (79) inte visa någon som helst skillnad i sjukpenningdagar mellan patienter som fick enbart gruppterapi och patienter som fick tillägg av en egen kvalificerad coach för arbetslivsinriktad rehabilitering.

Att sambandet mellan livskvalitet och arbetsåtergång inte är entydigt antyds av en ännu opublicerad RCT av Ejeby och medarbetare (69). Författarna beskrev en signifikant förbättring av



livskvalitet vid tillägg av gruppterapi given av undersköterskor till sedvanlig behandling i primärvården, och vid KBT i grupp. Skillnaden kvarstod vid ettårsuppföljning.

Däremot fanns ingen skillnad i återgång till arbete vid ettårsuppföljning mellan grupperna.

## Praxis

För den utmattningsrelaterade ohälsan har en konsensus efter hand utbildats i Sverige. Den uttrycks i behandlingsprogrammen vid de olika rehabiliteringsinstituten i Sverige, liksom i behandlingsutbudet vid intresserade vårdcentraler. Riktlinjer i form av regionala vårdprogram har givits ut av flera landsting (t.ex. Stockholm och Västragötalandsregionen (106, 107)). I allmänhet rekommenderar man en multimodal ansats, bestående av psykologisk behandling, gärna i grupp, stressreduktion med sjukskrivning, regelbunden livsföring och fysisk motion, ibland österländska metoder som meditation eller qigong, samt åtgärder på arbetsplatsen för att främja snar återgång i arbete. Rekommendationerna bygger nästan uteslutande på klinisk erfarenhet, och någon vetenskaplig evidens hänvisar man inte till i dessa skrifter.

### 3.12 Primärvårdens rehabiliteringsutbud

För primärvården gäller allmänt att det saknas gemensamma riktlinjer för annat än basutbudet, dvs. husläkarverksamhet, distriktssköterskeverksamhet och psykosocialt behandlingsarbete (se nedan), såsom det regleras i beställningen från respektive landsting. Detta medför att övrigt utbud i primärvården bygger mycket på egna initiativ, styrda av intresse och bedömning av behovet lokalt.

Primärvården erbjuder medicinsk rehabilitering omfattande läkarbedömning med utredning, diagnosticering och behandling av personer med psykisk ohälsa som inte kräver specialiserad vård och behandling. Behandlingen kan bestå av medicinering med uppföljning hos läkare liksom remiss till kurator/psykolog för samtal. Psykosocialt behandlingsarbete av kurator eller psykolog kan ges vid många vårdcentraler.

Utöver detta erbjuds vid vissa enheter gruppsamtal baserade på KBT (kognitiv beteendeterapi) eller FGT (fokuserad gruppterapi). Dessa grupper leds i allmänhet inte av legitimerade psykoterapeuter utan av anställda inom primärvården som utbildats i någon av de två teknikerna.

### 3.13 Specialiserad rehabilitering

Den första rehabiliteringsmedicinska universitetskliniken i Sverige som utvecklat specialiserad rehabilitering för stressrelaterad psykisk ohälsa finns på Danderyds sjukhus i Stockholm. Där startades 2005 en försöksverksamhet med specialistvård för ”stressrelaterad psykisk ohälsa” med fokus på återgång i arbete. Från och med 2007 är denna del av kliniken, StressRehab, dessutom förmedlingsfunktion i ett nätverk bestående av ytterligare tre aktörer utanför sjukhuset, nämligen Stressmottagningen Solna, PBM och Gustavsbergs vårdcentral. En annan landstingsdriven verksamhet finns i Västernorrland i form av hälsohemmet Österåsen i ett f d sanatorium, där ett av behandlingsprogrammen inriktas på stressrelaterad psykisk ohälsa.

Vid flera universitet finns forskningsinriktade verksamheter där man bedriver stressrehabilitering. Några exempel: Stressmottagningen i Solna som är knuten till Stockholms universitet, Institutet för Stressmedicin (ISM) i Göteborg, Centrum för miljörelaterad ohälsa och stress (CEOS) i Uppsala och Stresskliniken vid Umeå universitetssjukhus samt Rehabiliterings-trädgården vid Lantbruksuniversitetet i Alnarp. Det finns också flera privata aktörer på området, t.ex. det ovan nämnda PBM, Rygginstitutet och RMS Rehabmedicin i Simrishamn.

Också inom komplementärmedicinen har man intresserat sig för stressrelaterad psykisk ohälsa, och exempelvis den antroposofiskt inriktade Vidarkliniken har ett behandlingsprogram för stress och utmattning. Kliniken har ambitionen att utvärdera sina insatser men någon publicerad utvärdering finns inte ännu.

## Referenser

1. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2004 Jun 19;328(7454):1490.
2. Kuoppala J, Lamminpää A. Rehabilitation and work ability: a systematic literature review. *J Rehabil Med*. 2008 Nov;40(10):796-804.
3. Kivimäki M, Ferrie JE, Hagberg J, Head J, Westerlund H, Vahtera J, et al. Diagnosis-specific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007 Oct;61(10):915-20.
4. SBU. *Behandling av depressionssjukdomar*. Åsberg M, Bengtsson F, Hagberg B, Henriksson F, Jönsson B, Karlsson I, et al., editors. Stockholm: SBU; 2004.
5. SBU. *Behandling av ångestsjukdomar*. Stockholm: SBU; 2005.
6. Bodlund O. Ångest och depression dolt problem i primärvården-Endast vart fjärde fall identifieras. *Läkartidningen*. 1997 Dec 3;94(49):4612-4, 7-8.
7. Kallioinen M, Bernhardsson J, Grohp M, Lisspers J, Sundin Ö. Psykisk ohälsa ett stort problem hos primärvårdens patienter. Enkät besvarad av över 2000 patienter. *Läkartidningen*. 2010;107(23):1545-7.
8. Maslach C, Leiter MP. *Sanningen om utbrändhet : hur jobbet förorsakar personlig stress och vad man kan göra åt det*. Stockholm: Natur och Kultur; 1999.
9. Schaufeli W, Enzmann D. *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. Cox T, Griffiths A, editors. London: Taylor & Francis; 1998.
10. Ahola K, Toppinen-Tanner S, Huuhtanen P, Koskinen A, Väänänen A. Occupational burnout and chronic work disability: an eight-year cohort study on pensioning among Finnish forest industry workers. *J Affect Disord*. 2009 May;115(1-2):150-9.

11. Toppinen-Tanner S, Ojajarvi A, Väänänen A, Kalimo R, Jäppinen P. Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. *Behavioral Medicine*. 2005 Spr;31(1):18–27.
12. Tennant C. Work-related stress and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001 Nov;51(5):697–704.
13. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. 2006 Dec;32(6):443–62.
14. Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workforce: Recent findings from descriptive and social Epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2006 Feb;51(2):63–75.
15. Haines J, Williams CL, Carson JM. Workplace phobia: Psychological and psychophysiological mechanisms. *Int J Stress Manage*. 2002 Jul;9(3):129–45.
16. Muschalla B, Linden M. Workplace phobia – a first explorative study on its relation to established anxiety disorders, sick leave, and work-directed treatment. *Psychology, Health & Medicine*. 2009 Oct;14(5):591–605.
17. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry*. 2000 Aug;177:149–55.
18. Statens offentliga utredningar (SOU). Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder. Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisamordning. Stockholm 2006.
19. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. . Stockholm: Socialstyrelsen 2009.
20. Socialstyrelsen. Nationella ritlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010. Stockholm 2010.
21. Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2008 Apr;69(4):621–32.

22. SBU Alert-rapport. Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression. Stockholm: SBU 2007.
23. Ormel J, Vonkorff M, Oldehinkel AJ, Simon G, Tiemens BG, Ust, et al. Onset of disability in depressed and non-depressed primary care patients. *Psychological Medicine*. 1999 Jul;29(4):847–53.
24. Weissman MM, Prusoff BA, Thompson WD, Harding PS, Myers JK. Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 1978;166(5):317–26.
25. Mintz J, Mintz LI, Arruda MJ, Hwang SS. Treatments of depression and the functional capacity to work. *Arch Gen Psychiatry*. 1992 Oct;49(10):761–8.
26. Vaez M, Rylander G, Nygren A, Åsberg M, Alexanderson K. Sickness absence and disability pension in a cohort of employees initially on long-term sick leave due to psychiatric disorders in Sweden. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 2007 May;42(5):381–8.
27. Engström L-G, Janson S. Stress-related sickness absence and return to labour market in Sweden. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*. 2007 Mar;29(5):411–6.
28. Johnson B. Kampen om sjukfrånvaron. Lund: Arkiv förlag; 2010.
29. Roelen CA, Groothoff JW. Rigorous management of sickness absence provokes sickness presenteeism. *Occup Med (Lond)*. 2010 Jun;60(4):244–6.
30. Bergström G, Bodin L, Hagberg J, Aronsson G, Josephson M. Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *J Occup Environ Med*. 2009 Jun;51(6):629–38.
31. Jensen IB, Bodin L, Ljungqvist T, Bergstrom G, Nygren Å. Assessing the needs of patients in pain: a matter of opinion? *Spine*. 2000 Nov 1;25(21):2816–23.

32. Grahn BE, Borgquist LA, Ekdahl CS. Rehabilitation benefits highly motivated patients: a six-year prospective cost-effectiveness study. *Int J Technol Assess Health Care*.
33. Grahn B, Ekdahl C, Borgquist L. Motivation as a predictor of changes in quality of life and working ability in multidisciplinary rehabilitation. A two-year follow-up of a prospective controlled study in patients with prolonged musculoskeletal disorders. *Disability & Rehabilitation*. 2000 Oct 15;22(15):639–54.
34. Grahn BE, Borgquist LA, Ekdahl CS. Motivated patients are more cost-effectively rehabilitated. A two-year prospective controlled study of patients with prolonged musculoskeletal disorders diagnosed in primary care. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000;16(3):849–63.
35. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977 Mar;84(2):191–215.
36. Brouwer S, Krol B, Reneman MF, Bultmann U, Franche RL, van der Klink JJL, et al. Behavioral determinants as predictors of return to work after long-term sickness absence: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2009 Jun;19(2):166–74.
37. Labriola M, Lund T, Christensen KB, Albertsen K, Bultmann U, Jensen JN, et al. Does self-efficacy predict return-to-work after sickness absence? A prospective study among 930 employees with sickness absence for three weeks or more. *Work*. 2007;29(3):233–8.
38. Sobocki P, Ekman M, Ågren H, Krakau I, Runeson B, Mårtensson B, et al. The mission is remission – Health economic consequences of achieving remission with antidepressant treatment for depression. *Value Health*. 2006 May–Jun;9(3):A78–A9.
39. Ahola K, Kivimäki M, Honkonen T, Virtanen M, Koskinen S, Vahtera J, et al. Occupational burnout and medically certified sickness absence: a population-based study of Finnish employees. *J Psychosom Res*. 2008 Feb;64(2):185–93.

40. Ahola K, Gould R, Virtanen M, Honkonen T, Aromaa A, Lönnqvist J. Occupational burnout as a predictor of disability pension: a population-based cohort study. *Occup Environ Med*. 2009 May;66(5):284–90; discussion 2–3.
41. Brouwer S, Reneman MF, Bultmann U, van der Klink JJJ, Groothoff JW. A prospective study of return to work across health conditions: Perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2010 Mar;20(1):104–12.
42. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW, van Dijk FJ. Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2006 Feb;32(1):67–74.
43. Sobocki P, Ekman M, Ågren H, Runeson B, Jönsson B. The mission is remission: health economic consequences of achieving full remission with antidepressant treatment for depression. *Int J Clin Pract*. 2006 Jul;60(7):791–8.
44. D'Amato A, Zijlstra F. Toward a climate for work resumption: the nonmedical determinants of return to work. *J Occup Environ Med*. 2010 Jan;52(1):67–80.
45. Agosti V, Stewart JW, Quitkin FM. Life satisfaction and psychosocial functioning in chronic depression: effect of acute treatment with antidepressants. *Journal of Affective Disorders*. 1991 Sep;23(1):35–41.
46. Burnand Y, Andreoli A, Kolatte E, Venturini A, Rosset N. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatric Services*. 2002 May;53(5):585–90.
47. Miller IW, Keitner GI, Schatzberg AF, Klein DN, Thase ME, Rush AJ, et al. The treatment of chronic depression, part 3: Psychosocial functioning before and after treatment with sertraline or imipramine. *J Clin Psychiat*. 1998 Nov;59(11):608–19.
48. Romeo R, Patel A, Knapp M, Thomas C. The cost-effectiveness of mirtazapine versus paroxetine in treating

- people with depression in primary care. *International Clinical Psychopharmacology*. 2004;19(3):125–34.
49. Bakker IM, Terluin B, van Marwijk HWJ, van der Windt D, Rijmen F, van Mechelen W, et al. A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *Plos Clinical Trials*. 2007 Jun;2(6).
  50. Østerås N, Gulbrandsen P, Kann IC, Brage S. Structured functional assessments in general practice increased the use of part-time sick leave: A cluster randomised controlled trial. *Scand J Public Health*. 2010 Mar;38(2):192–9.
  51. Rebergen DS, Bruinvels DJ, van Tulder MW, van der Beek AJ, van Meehelen W. Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicians (CO-OP study): a randomized controlled trial. *J Occup Environ Med*. 2009 Mar;51(3): 305-312
  52. Rebergen DS, Bruinvels DJ, van der Beek AJ, van Mechelen W. Design of a randomized controlled trial on the effects of counseling of mental health problems by occupational physicians on return to work: the CO-OP-study. *BMC Public Health*. 2007;7:183.
  53. Rost K, Smith JL, Dickinson M. The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity – A randomized trial. *Medical Care*. 2004 Dec;42(12):1202–10.
  54. Schoenbaum M, Unutzer J, Sherbourne C, Duan NH, Rubenstein LV, Miranda J, et al. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression – Results of a randomized controlled trial. *Jama-Journal of the American Medical Association*. 2001 Sep;286(11):1325–30.
  55. Simon GE, Katon W, Rutter C, VonKorff M, Lin E, Robinson P, et al. Impact of improved depression treatment in primary care on daily functioning and disability. *Psychological Medicine*. 1998 May;28(3):693–701.
  56. Stenlund T, Ahlgren C, Lindahl B, Burell G, Steinholtz K, Edlund C, et al. Cognitively oriented behavioral rehabili-



- tation in combination with Qigong for patients on long-term sick leave because of burnout: REST-a randomized clinical trial. *Int J Behav Med* 2009;16(3):294–303.
57. Stenlund T, Birgander LS, Lindahl B, Nilsson L, Ahlgren C. Effects of Qigong in patients with burnout: a randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2009 Sep;41(9):761–7.
  58. Fleten N, Johnsen R. Reducing sick leave by minimal postal intervention: a randomised, controlled intervention study. *Occupational & Environmental Medicine*. 2006 Oct;63(10):676–82.
  59. Wang PS, Simon GE, Avorn J, Azocar F, Ludman EJ, McCulloch J, et al. Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. *J Amer Med Ass*. 2007 Sep 26;298(12):1401–11.
  60. Brattberg G. Internet-based rehabilitation for individuals with chronic pain and burnout: a randomized trial. *Int J Rehabil Res*. 2006 Sep;29(3):221–7.
  61. Brattberg G. Internet-based rehabilitation for individuals with chronic pain and burnout II: a long-term follow-up. *Int J Rehabil Res*. 2007 Sep;30(3):231–4.
  62. Bee PE, Bower P, Gilbody S, Lovell K. Improving health and productivity of depressed workers: a pilot randomized controlled trial of telephone cognitive behavioral therapy delivery in workplace settings. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010 May–Jun;32(3):337–40.
  63. Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Lagerveld SE, Houtman ILD. Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work and Stress*. 2006 Apr–Jun;20(2):129–44.
  64. Bonde JP, Rasmussen MS, Hjøllund H, Svendsen SW, Kolstad HA, Jensen LD, et al. Occupational disorders and return to work: a randomized controlled study. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2005 Jul;37(4):230–5.

65. Brouwers EP, de Bruijne MC, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PF. Cost-effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave: A randomized controlled trial. *European Journal of Public Health*. 2007 Apr;17(2):214–20.
66. Brouwers EP, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PF. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: A randomized controlled effectiveness trial. *General Hospital Psychiatry*. 2006 May–Jun;28(3):223–9.
67. de Vente W, Kamphuis JH, Emmelkamp PMG, Blonk RWB. Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2008 Jul;13(3):214–31.
68. Drews B, Nielsen CV, Rasmussen MS, Hjort J, Bonde JP. Improving motivation and goal setting for return to work in a population on sick leave: a controlled study. *Scand J Public Health*. 2007;35(1):86–94.
69. Ejeby K, Ekblom A. m fl (2011): Randomized controlled trial, one of two group interventions for mental illness, CBT or multimodal therapy in addition to routine primary care. Opublicerat manuskript.
70. Grossi G, Santell B. Quasi-experimental evaluation of a stress management programme for female county and municipal employees on long-term sick leave due to work-related psychological complaints. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2009;41(8):632–8.
71. Heiden M, Lyskov E, Nakata M, Sahlin K, Sahlin T, Barnekow-Bergkvist M. Evaluation of cognitive behavioural training and physical activity for patients with stress-related illnesses: A randomized controlled study. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2007 May;39(5):366–73.
72. Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Järvikoski A, et al. Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and

- functional capacity – A randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2008 Apr;107(1–3):95–106.
73. Lander F, Friche C, Tornemand H, Andersen JH, Kirkeskov L. Can we enhance the ability to return to work among workers with stress-related disorders? *BMC Public Health*. 2009 Oct;9.
  74. Mynors Wallis L, Davies I, Gray A, Barbour F, Gath D. A randomised controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment for emotional disorders given by community nurses in primary care. *Br J Psychiatry*. 1997 Feb;170:113–9.
  75. Nystuen P, Hagen KB. Solution-focused intervention for sick listed employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2006;6:69.
  76. Nystuen P, Hagen KB. Feasibility and effectiveness of offering a solution-focused follow-up to employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2003 Jun 3;3:19.
  77. Sandahl C, Lundberg U, Lindgren A, Rylander G, Herlofson J, Nygren Å, et al. Two forms of group therapy and individual treatment of work related depression – a one year follow-up study. *International Journal of Group Psychotherapy*. In press 2011.
  78. Stenlund T, Ahlgren C, Lindahl B, Burell G, Steinholtz K, Edlund C, et al. Cognitively oriented behavioral rehabilitation in combination with Qigong for patients on long-term sick leave because of burnout: REST-A randomized clinical trial. *Int J Behav Med*. 2009 Sep;16(3):294–303.
  79. Wahlberg K, Nygren Å, Åsberg M, m fl. 2011. Evaluation of a coach guided rehabilitation programme in patients on job-stress related long-term sick leave. Opublicerat manuskript.
  80. Karlson B, Jönsson P, Pålsson B, Åbjörnsson G, Malmberg B, Larsson B, et al. Return to work after a workplace-

- oriented intervention for patients on sickleave for burnout – a prospective controlled study. *BMC Public Health*. 2010;10:301.
81. van Oostrom SH, van Mechelen W, Terluin B, de Vet HC, Knol DL, Anema JR. A workplace intervention for sick-listed employees with distress: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med*. 2010 Sep;67(9):596–602.
  82. van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JA, Drewes HW, van der Laan NC, et al. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2010;6:375–85.
  83. Andersson G, Mörtberg E. Verksamma mekanismer i kognitiv och beteendeoriktad terapi (KBT). I: Philips B, Holmqvist R, red. Vad är verksamt i psykoterapi? Stockholm: Liber; 2008.
  84. Nieuwenhuijsen K, Bultmann U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Verbeek J, Van Der Feltz-Cornelis CM. Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009(2).
  85. Bower P, Rowland N. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;3.
  86. van der Klink JJL, Blonk RWB, Schene AH, van Dijk FJH. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational & Environmental Medicine*. 2003 Jun;60(6):429–37.
  87. Noordik E, van Dijk FJ, Nieuwenhuijsen K, van der Klink JJL. Effectiveness and cost-effectiveness of an exposure-based return-to-work programme for patients on sick leave due to common mental disorders: design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2009;9:140.

88. SBU. Behandling av sömnbesvär hos vuxna – en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU; 2010.
89. Annerstedt M, Währborg P. Nature assisted therapy: systematic review of controlled 1 and observational studies. insänt för publikation. 2010.
90. Van Dierendonck D, Nijenhuis JT. Flotation restricted environmental stimulation therapy (REST) as a stress-management tool: A meta-analysis. *Psychol Health*. 2005 Jun;20(3):405–12.
91. Bood S-Å. Bending and mending the neurosignature – Frameworks of influence by flotation-REST. Karlstad: Karlstad University; 2007.
92. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *ReVISION*. 1984 Spr;7(1):71–2.
93. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Dell publishing (Bantam Doubleday Dell Publishing Group, Inc.); 1991.
94. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York & London: The Guilford Press; 2002.
95. Åsberg M, Sköld C, Wahlberg K, Nygren Å. Mindfulnessmeditation – nygammal metod för att lindra stress *Lakartidningen*. 2006(42):3174–7.
96. Praissman S. Mindfulness-based stress reduction: a literature review and clinician's guide. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008 Apr;20(4):212–6.
97. Mehling WE, DiBlasi Z, Hecht F. Bias control in trials of bodywork: a review of methodological issues. *J Altern Complement Med*. 2005 Apr;11(2):333–42.
98. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: A randomised controlled trial. *The Lancet*. 2007;370(9593 ):1146–52.

99. Hansson L, Eklund M. Arbetsinriktad rehabilitering. In: Brunt D, Hansson L, editors. Att leva med psykiska funktionshinder. Lund: Studentlitteratur; 2005. p. 223–46.
100. Timbie JW, Horvitz-Lennon M, Frank RG, Normand SLT. A meta-analysis of labor supply effects of interventions for major depressive disorder. *Psychiatric Services*. 2006 Feb;57(2):212–8.
101. Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Hong C, Lapitsky L, Lerner D. Job performance deficits due to depression. *American Journal of Psychiatry*. 2006 Sep;163(9):1569–76.
102. Wang PS, Simon GE, Kessler RC. Making the business case for enhanced depression care: The National Institute of Mental Health-Harvard Work Outcomes Research and Cost-Effectiveness Study. *J Occup Environ Med*. 2008 Apr;50(4):468–75.
103. Dean BB, Gerner D, Gerner RH. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and healthcare costs and utilization in bipolar disorder. *Current Medical Research and Opinion*. 2004;20(2):139–54.
104. van der Klink J, Blonk R, Schene A, van Dijk F. The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health*. 2001 February 1, 2001;91(2):270–6.
105. Nieuwenhuijsen K, Verbeek J, de Boer A, Blonk RWB, van Dijk FJH. Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*. 2004 Oct;61(10):817–23.
106. Regionalt vårdprogram för stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2007.
107. Regionalt vårdprogram Utmattningssyndrom. Göteborg: Västra Götalandsregionen; 2008.

## 4 Smärta i rörelseorganen

Ingemar Petersson, docent, överläkare, reumatologi och ortopedi,  
Skånes Universitetssjukhus, Lund

Birgitta Öberg, professor, sjukgymnast. Verksam vid Institutionen  
för medicin och hälsa, Linköpings universitet

Eva Vingård, professor, överläkare, arbets- och miljömedicin.

Verksam vid Arbets- och miljömedicinska kliniken vid Uppsala  
Akademiska Sjukhus och Uppsala Universitet.

Irene Jensen, professor, beteendevetare. Verksam vid avd för inter-  
ventions och implementeringsforskning, Institutionen för Folk-  
hälsovetenskap, Karolinska Institutet.

## 4.1 Gruppens arbete

Inom detta område finns det relativt många forskningsrapporter och riktlinjedokument publicerade i vetenskaplig litteratur. Gruppen valde att primärt använda nyligen genomförda vetenskapliga översikter. Dessa kompletterades med sammanställningar av publicerade riktlinjedokument i internationell vetenskaplig litteratur samt en mer informell inventering av annan dokumentation. En uppdaterande litteratursökning genomfördes hösten 2010. Behjälpliga i detta arbete har varit Reza Emdad, docent och verksam vid avd för interventions och implementeringsforskning, Institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet samt Charlotte Wåhlin Norgren och Emma Nilsing, Institutionen för medicin och Hälsa, Linköpings universitet.

Gruppen har arbetat genom skriftliga sammanställningar och redovisningar som sedan bearbetats på återkommande sammanträden och stämts av med övriga medlemmar i rehabiliteringsrådet.

Under våren 2010 deltog som referens person Karin Rudling Överläkare Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken Stockholm Danderyds Sjukhus.

Den 17/11 2010 hölls ett öppet seminarium med företrädare för rehabilitering av personer med långvarig smärta från olika delar av Sverige samt också representanter för patient-/brukarorganisationer. Samråd har också skett med expertgrupp Rörelseorganens smärttillstånd på Socialstyrelsen inom ramen för Nationella Riktlinjer, Rörelseorganens sjukdomar.



## 4.2 Sammanfattning i punktform

Förslag till åtgärder och förändringar avseende rehabilitering inom området Rörelseorganens smärttillstånd:

### Rekommendationer för utredning, diagnostik behandling och rehabiliterande åtgärder

- Ska följa rehabiliteringskedjans tidsintervall
- Ska initieras inom sex veckor efter aktuellt vårdsökande och ska innehålla strukturerad analys av riskfaktorer avseende
  - a) "Röda flaggor" Tecken på allvarlig sjukdom/tillstånd
  - b) "Gula flaggor" Emotionella och psykologiska faktorer, individens attityder och förhållningssätt till smärta och aktivitet, samt sociala och arbetsrelaterade faktorer
- ÖMPQ rekommenderas att användas vid kartläggning av gula flaggor
- Ska baseras på individens tilltro till återgång i arbete
- Ska vara grund för val av rehabiliteringsstrategi. Multimodal rehabilitering rekommenderas för ökad arbetsåtergång. Med multimodal rehabilitering avses alltid en insats med ett bio-psyko-social (beteendemedicinsk) ansats med flera discipliner arbetande i team innehållande både fysisk och psykiska behandlingsinslag av beteendeförändrande karaktär (företrädesvis KBT)
- Ska ansluta till strukturerade åtgärder på arbetsplatsen
- Ska genomföras i samverkan mellan hälso- och sjukvård och företagshälsovård/arbetsgivare
- Ska innehålla strukturerade uppföljningar enligt punkt om registeruppföljning nedan
- Utbildning i evidensbaserad utredning enligt modellen röda och gula flaggor bör tillskapas/erbjudas på ett antal orter i Sverige för att optimera implementering av utredningsmodellen

- Utbildning i multimodal rehabilitering bör tillskapas/erbjudas på ett antal orter i Sverige för att optimera implementering av modellen
- Det är viktigt att ytterligare belysa primärvårdens och företagshälsovårdens roll i rehabiliteringen under sjukskrivningstiden och inom rehabiliteringsgarantin
- För att individer ska få adekvat stöd för återgång i arbete tidigt i sin rehabilitering är det av vikt att utveckla företagshälsovårdens roll att stödja arbetsgivarna i deras arbetsmiljö- och rehabiliteringsansvar och att stödja individen i dennes strävan att återgå i arbete. Preventivt arbete är företagshälsovårdens primäruppgift och kan då vara det som hindrar arbetsförmåga att inträffa och därmed göra behovet av rehabilitering mindre
- Effekterna av vårdvalsreformen på rehabilitering av patienter med smärttillstånd i rörelseorganen bör studeras och utvärderas.

**Ytterligare forskning behövs framförallt för att belysa:**

- Bedömning av rehabiliteringspotential i relationen till arbetsåtergång vid långvarig smärta
- Särskilda diagnosgruppers behov av rehabilitering till arbetsåtergång vid långvarig smärta
- Utveckling och utvärdering av kostnadseffektiva metoder för tidiga insatser via primärvården och företagshälsovården vid långvarig smärta
- Implementeringsstrategier för kostnadseffektivt införande av evidensbaserade metoder

### 4.3 Inledning och bakgrund

Smärta i rörelseorganen drabbar en stor andel av personer i arbetsför ålder (1, 2). Dessa smärttillstånd relateras ibland till mer specifika diagnoser som reumatiska ledsjukdomar, artros eller benskörhetsfrakturer (osteoporosrelaterade frakturer), ibland till andra typer av smärttillstånd som ryggsmärta, myalgier (muskelsmärta) oftast betecknade som ospecifika smärttillstånd.

Socialstyrelsen har i december 2010 lagt fram preliminära Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)). Man fokuserar där på de mer specifika tillstånden som reumatoid artrit (RA) reumatiska ryggsjukdomar (Ankyloserande spondylit, AS, Psoriasisartrit, (PsA) m fl) samt Artros och osteoporosrelaterade tillstånd. För dessa tillstånd finns en relativt omfattande vetenskaplig evidens för diagnostik, läkemedelsbehandling och kirurgiska åtgärder medan det finns mindre evidens för rehabiliteringen av dessa tillstånd. För de mer ospecifika smärttillstånden finns viss vetenskaplig evidens avseende rehabilitering med syfte att återgå i arbete vilket framgår nedan.

Många av de ospecifika smärttillstånden blir långvariga om de inte hanteras korrekt och säkert medicinskt, bemötandemässigt och i rehabiliteringen från början. Den största andelen av dem som drabbas tas om hand i primärvård (PV) och inom företagshälsovård (FHV). Nära kontakter mellan dessa vårdformer och mer specialiserade kompetenser inom ortopedi, reumatologi, rehabiliteringsmedicin osv är viktiga.

Det har för vissa smärttillstånd och sjukdomar i rörelseorganen skett en mycket stor positiv medicinsk utveckling under senaste decenniet och kunskapen om smärta, smärtutveckling och dess konsekvenser ökar snabbt. Dock finns fortfarande stora kunskapsluckor som behöver fyllas både med forskning och strukturerat kliniskt uppföljningsarbete.

#### **Det bio-psyko-sociala perspektivet på smärta avseende rehabilitering vid rörelseorganens sjukdomar**

Den biopsykosociala modellen är det moderna/evidensbaserade sättet att förhålla sig till smärttillstånd. Det används för att beskriva hur medicinska, psykologiska och omgivningsfaktorer kan öka förståelsen av hälsa och ohälsa. En beteendemedicinsk ansats utgår

från det bio-psyko-sociala perspektivet och denna ansats bör genomsyra allt från utredning till insats vid rehabilitering för smärta från rörelseorganen.

När det gäller smärttillstånd är både bedömning om orsaker till problemet såväl som valet av åtgärder komplext. Det är av stor vikt att ett beteendemedicinskt synsätt integreras.. Ofta har personens egna uppfattningar och förväntningar stor betydelse likaväl som hur personens omgivning i form av familj och socialt nätverk fungerar. I den sociala omgivning är arbetet en av de viktigaste faktorerna.

#### 4.4 Beskrivning av kunskapsläget

Begreppet rehabilitering är brett och innefattar åtgärder som kan riktas till individ eller omgivning för att möjliggöra ett optimalt fungerande för en individ i dagligt liv och i arbete. Rehabilitering genomförs både parallellt med och efter avslutad medicinsk behandling. Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering avser när åtgärderna fokuserar på återgång i arbete och involverar då arbetsplatsen med arbetsgivare och/eller arbetsledare. Oavsett hur behovet av rehabilitering uppstått så är insatserna generella i bemärkelsen att de syftar till att förbättra och återställa funktion och förstärka det friska hos individen. Insatserna kan även utgöras av åtgärder som anpassar omgivningen så att individen kan utföra arbetet. De kan vara ergonomiska eller innebära förändringar av organisation och arbetsinnehåll.

Motivation till arbetsåtergång under en rehabiliteringsprocess kan påverkas av många olika faktorer – individuella, arbetsrelaterade eller faktorer relaterade till rehabiliteringsprocessen. För att uppnå en hög motivation till arbetsåtergång är det viktigt att ha, positiva förväntningar inför framtiden och tilltro till sin egen förmåga. Särskilt inom smärtområdet visar forskningen att bedömning av dessa faktorer bör ske tidigt. Det är mycket som talar för att detta skulle kunna spara in resurser i form av lägre sjukfrånvaro. Effekterna av interventioner och arbetsplatsåtgärder för återgång i arbete efter sjukskrivning är dåligt vetenskapligt belyst men fördelen med åtgärder tidigt och i nära anslutning till arbetsplatsen är bl.a. belyst av två nationella studier som är genomförda av försäkringsbolaget AFA i samarbete med Karolinska Institutet (mer om dessa senare).

I en studie av olika experters bedömning av rehabiliteringspotential för patienter med ryggbesvär visades att den enda som kunde förutsäga utfallet med någon grad av säkerhet var patienten själv. Vad som fällde avgörandet var patientens tro på att det fanns en effektiv behandling, och uppfattningen om sin egen möjlighet att lära sig att bemästra sina besvär. Patientens motivation påverkar utfallet av rehabilitering och även dess kostnadseffektivitet på kort och på lång sikt.

Rehabiliteringstanken bör genomsyra hela vårdkedjan vid rörelseorganens smärttillstånd ända från det att diagnosen ställts, och rehabilitering bör utgöra en parallell process till medicinsk behandling. Vi anser att det behövs tydligare fokus på bedömning av faktiska rehabiliteringsbehov och med en utgångspunkt från att identifiera rehabiliteringspotentialen från individens och omgivningens förutsättningar.

En effektiv rehabiliteringsprocess ställer höga krav på olika professioners och aktörers rehabiliteringskompetens och samordning. Det saknas en enhetlig nationell rehabiliteringsstruktur vid rörelseorganens smärttillstånd och insatserna tycks variera runt om i landet utanför åtgärder inom Rehabiliteringsgarantin. Kunskap och resurser för rehabilitering och psykosocialt stöd för patienter är också ojämnt fördelade över landet.

Den traditionella vården har liten erfarenhet av preventivt arbete vid smärttillstånd i rörelseorganen och ju senare i sjukskrivningsförloppet åtgärder sätts in desto svårare är det att nå resultat. Företagshälsovården är här en instans som borde kunna utnyttjas mer och bättre.

#### **4.5 Kliniska riktlinjer för smärta i rörelseorganen**

Det finns ett stort antal internationellt publicerade kliniska riktlinjer som sammanfattar kunskapsläget utifrån forskning och även tar konsensus uttalande som stöd. Riktlinjer omfattar rekommendationer för vilken utredning som behöver genomföras, vilka faktorer som påverkar tillståndets utveckling och förslag på preventiva och behandlande insatser. Vi har genomfört en granskning av dessa riktlinjer och sammanställt utredning, prognosfaktorer och förslag på interventioner (se tabell 1 i bilaga för referenser till genomgång av litteraturen). De svenska nationella riktlinjerna för Rörelseorganens sjukdomar föreligger i en preliminär version och

är nu (februari 2011) föremå för remissbedömning ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)).

#### **4.5.1 Faktorer som inverkar på val av åtgärder och förväntat rehabiliteringsutfall**

##### **Tidig bedömning**

I alla riktlinjer finns en gemensam rekommendation att det är viktigt att göra en bedömning av ett smärttillstånd tidigt i ett förlopp. Det är ofta svårt att klart definiera orsak till smärta och därför indelas ofta tillståndet efter hur lång tid som gått efter smärtans debut. Den vanligaste indelningen är akut 0–4 veckor, subakut 4–12 veckor och kronisk/långvarig > 12 veckor. Varaktigheten av smärttillstånd och sjukfrånvaro påverkar i hög grad prognos och möjlighet till förbättring och återgång i arbete. Ett gemensamt ställningstagande i alla riktlinjer är att ett korrekt omhändertagande innefattar att göra en adekvat bedömning och om möjligt initiera insatser inom den akuta och subakuta tidsperioden. Om man passerar denna period, eller om det är ett mer allvarligt tillstånd så blir tillståndet mer komplext och kräver oftast mer omfattande åtgärder. I vissa riktlinjer rekommenderas att man gör en upprepad bedömning för att ta ställning till hur symtomen utvecklas. [4–8,11,21,22]

##### **Anamnes / Historik**

I alla riktlinjer finns rekommendationer om att genomföra en strukturerad och noggrann bedömning av hur patienten ser på sitt tillstånd och vilka erfarenheter patienten har av tidigare behandling och rehabilitering. Det handlar om att få en beskrivning om sjukdomshistoriken samt att få en uppfattning om de faktorer som har betydelse för prognos och val av behandling. Stor vikt läggs vid att bedömningen sker utifrån ett bio psyko socialt perspektiv och bör innehålla patientens egen upplevelse av smärta ,hur man bedömer sin funktion och aktivitetsförmåga [4,5,7–9,16–18,21–23,25 ] , en beskrivning av vilka förutsättningar man har i arbetet [ 4–8–11–13,14 ] och hur den psykosociala situationen ser ut [4–11,18,21,22,26–27 ] samt patientens förhållningssätt till smärtan.

## Klinisk bedömning och diagnostisk triage

Baserat på rekommendationer från forskning kring rygg och nackbesvär bör man i en tidig bedömning följa en diagnostisk triage [3,5,6,8,9–11,17,18 ] Diagnostisk triage är en klassificering som indelas i 1) specifik biomedicinsk diagnos i betydelsen allvarlig sjukdom, 2) specifik smärtdiagnos med påverkan på led, muskel eller nervstruktur, 3) ospecifik diagnos. Även om modellen är utvecklad för bedömning framförallt för nack- och ryggpatienter så är den också relevant för ett kliniskt resonerande avseende andra smärtdiagnoser.

Vid allvarlig sjukdom (röd flagga) påbörjas medicinsk utredning inom primärvården och patienten hänvisas vid behov till specialist.

Vid misstanke om specifik diagnos, t.ex. reumatoid artrit, osteoporos, artros påbörjas också utredningen i primärvården och patienten hänvisas vid behov till specialist för fortsatt specifik medicinsk behandling.

Patienter med ospecifik diagnos som inte kräver specifik medicinsk behandling undersöks i större detalj avseende smärtans ursprung och hur symtomen påverkar individens funktion i vardagen och arbetet. Smärtsymtomen behöver beskrivas och göras förståeliga för både behandlare (läkare, sjukgymnast, psykolog etc.) och som underlag för val av behandling och rehabiliteringsmål. Att få symtomens orsaker beskrivna är ofta viktigt för att patienten inte ska oroa sig för att det är en livshotande sjukdom man drabbats av.

## Prognosfaktorer

Riktlinjerna lyfter fram behovet av bedömning utifrån bio-psykosocialt perspektiv där både biologiska, individuella och omgivande faktorer vägs in. Bedömning kräver att man utöver en bedömning av de biomedicinska aspekterna på smärttillståndet tar ställning till om det finns andra faktorer som påverkar symtomen och förutsättningar för ett bra rehabiliteringsresultat. Dessa faktorer kallas internationellt för "Gula flaggor" och innefattar faktorer som kan påverka smärttillståndets uppkomst och utveckling. Gula flaggor kan indelas i smärtans upplevda svårighetsgrad, emotionella och psykologiska faktorer, individens attityder, beteende och förhåll-

ningssätt till smärta och aktivitet, sociala och arbetsrelaterade faktorer.

Individer med rädsla och negativa tankar kring sitt smärttillstånd som tar sig uttryck i att man undviker aktiviteter (rörelserädsla) och blir mer inaktiv har sämre förutsättningar till tillfrisknande. Det gäller också individer med låga förväntningar på förbättring och låg tilltro till behandling.

Individens förmåga att hantera smärta och funktionsnedsättning s.k. ”coping” eller hanteringsstrategier inverkar även på prognosen.

Tilltro till behandlingseffekter är också kopplat till vilka erfarenheter man har från tidigare behandlingsperioder där negativa erfarenheter minskar möjligheten till lyckat rehabiliteringsresultat och återgång i arbete.

Oro och depression samvarierar ofta med smärta och inverkar på möjlighet till en lyckad rehabilitering. En förutsättning för lyckad rehabilitering vid smärta är åtgärder för att minska eventuell psykisk ohälsa

Omgivande faktorer som sociala förhållande och sociala nätverk kan vara huvudsakliga orsaker till problem och rehabilitering kan också hindras av faktorer på arbetet som arbetets innehåll, arbetsmiljö och individens arbetstillfredsställelse och trivsel.

Sammanfattningsvis kan man konkludera att i bedömning av smärtpatienter är det av stor vikt att kunna göra en bra bedömning både av förväntad prognos och val av behandling baserat på ett brett bio-psyko-socialt perspektiv. En viktig del i utredningen är att göra en systematisk patientscreening via intervju och självskattningsformulär om uppfattningar om orsaker till problemen och göra en bedömning av patientens totala situation.

Bedömning ska genomföras så tidigt som möjligt, och i ett första steg ta ställning till om det finns allvarlig underliggande sjukdom (”röda flaggor”). I den fortsatta utredningen breddas bedömning till att omfatta patientens psykologiska, arbetsrelaterade och sociala förutsättningar (”gula flaggor”).



## 4.6 Prediktorer för återgång till arbete och arbetsförmåga

För smärttillstånd i ländrygg som riskerar att bli långvariga eller generaliseras finns stöd för att aktivitetsbegränsning predicerar kvarstående smärta samt aktivitetsbegränsning i senare skede och senare återgång till arbete vid ländryggssmärta.

Nedsättning och begränsningar avseende funktion, aktivitet och delaktighet kan klassificeras och dokumenteras enligt den internationella klassifikationen för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)).

Då det gäller smärttillstånd i nacke, skuldror eller ländrygg som riskerar att bli långvariga eller generaliseras undersökte man hur man kan använda validerade mätinstrument och frågeformulär för att klarlägga psykosociala och beteendemässiga riskfaktorer.

Hög förekomst av negativt färgade kognitioner, som tankar (t.ex. katastroftankar), föreställningar (t.ex. rädsla-undvikande) och förväntningar kring dålig prognos är associerade till långvarig smärta och framtida funktionsnedsättning.

Beteende som innebär kraftig funktionsnedsättning och intensiv smärta är associerat till långvarig arbetsförmåga.

Passiva och undvikande copingstrategier är troligen associerade till framtida arbetsförmåga och smärta.

Psykosociala gula flaggor kan både mätas med validerade frågeformulär och fångas i anamnesen. Frågeformulären är väsentliga då anamnes tar tid och har låg sensitivitet. Ett frågeformulär ger ett generellt mått på risken och kan bidra till fördjupad kartläggning av relevanta psykosociala faktorer. Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (ÖMPSQ) har visat validitet vad det gäller att identifiera personer som löper risk att utveckla aktivitetsbegränsning till följd av sin smärta (3)

Avseende smärttillstånd i nacke, skuldror eller ländrygg som riskerar att bli långvariga eller generaliseras och anamnes avseende yrke samt fysisk och psykosocial arbetssituation konkluderade man följande:

Arbetsbyte har betydelse för utveckling av nacksmärta. Höga arbetskrav, arbetets svårighetsgrad, kontroll i arbetet och arbetstillfredsställelse har betydelse för uppkomst av nacksmärta och därmed sannolik betydelse för att vidmakthålla en nacksmärta.

Förekomst av lyftarbete, patientförflyttningar, böjda och vridna arbetsställningar samt exponering för helkroppsvibrationer hos

förare av terränggående och tunga fordon är riskfaktorer för ospecifika ländryggsmärtor.

Förekomst av låg arbetstillfredsställelse är en riskfaktor för ländryggsmärtor (5)

Förekomst av vissa psykosociala faktorer som hög krav nivå eller arbetsstress är en riskfaktor för ländryggsmärtor (5)

#### 4.6.1 Rekommenderade interventioner i kliniska riktlinjer

Rekommenderade interventioner från olika riktlinjer framgår i tabell 1 och nedan följer en kortfattad sammanställning av innehållet.

I de flesta riktlinjer och särskilt i riktlinjer för ryggbesvär rekommenderas att rehabilitering ska utgå från ett aktivt förhållningssätt genom att tidigt stödja individen i att vara fysiskt aktiv och undvika vila och passivitet. De flesta riktlinjer för rygg- och nackbesvär lyfter fram att det även innan tillståndet betraktas som kroniskt är viktigt att kombinera behandling med träning och manuella behandlingar med metoder för att stödja patienter för att kunna hantera sin smärta och påverka t ex rörelserädsla. Olika riktlinjer har baserat sina rekommendationer på olika utfallsmått. Utfallsmåtten kan vara smärtlindring, ökad aktivitetsförmåga eller återgång i arbete vilket gör att innehållet till viss del varierar. De flesta interventioner har inte undersökts utifrån effekterna på återgång i arbete.

#### Aktivitet och träning

Den första åtgärden ska syfta till att öka individens kunskap om sitt tillstånd och dess prognos. Vidare ingår råd om att vara aktiv, bibehålla/återgå till vardagsaktiviteter [3–6, 8–12, 15] och råd om allmän fysisk aktivitet med en gradvis ökning av valfri fysisk aktivitet [9].

Vissa riktlinjer påpekar också att patienten ska undvika vila och sängläge [4–5.7–11.17]

Olika former av träning i syfte att öka både muskelstyrka, koordination, kardiovaskulär kapacitet och smärttolerans rekommenderas för de flesta tillstånd. Träningsformerna är uppdelade i

fysisk träning[5,5–7,9–12,16,17,19–23] , handledd träning oftast med sjukgymnast [5,6,10,16,17] och gruppträning [5.6]. Tidiga arbetsplatsåtgärder rekommenderas för ryggpatienter[4, 8, 14, 15] exempel är att bibehålla kontakt med arbetet, anpassa arbetet, och gradvis återgång i arbete [4] Visst stöd rapporteras för att arbetsplatsinterventioner förkortar sjukskrivning och gynnar återgång i arbete [15]

### Smärtlindring

I kombination med insatser för ökad aktivitet rekommenderas för smärtlindring manuella behandlingstekniker som manipulation och muskeltöjning. Dessa tekniker rekommenderas som korttidsbehandling tidigt i förloppet eller i kombination med mer aktiva åtgärder för nackpatienter [17], ryggpatienter[4–12] och höft/knä artros [42–45]. Manuell behandling utförs av kiropraktorer, naprapater och speciellt utbildade sjukgymnaster. Akupunktur som enskild smärtlindrande behandling eller i kombination med andra interventioner rekommenderas. [9,11,12,16–20]

Massage rekommenderas som tillägg till annan behandling i vissa riktlinjer [5,8,9,11,16]

Transkutan elektrisk nervstimulering (TNS) rekommenderas för höft och knäartros som smärtlindring samt som tillägg för andra smärttillstånd i kombinerade behandlingsmodeller [42–45]

### Multidisciplinär/multimodal insats

I denna kategori av behandling varierar definitionerna men i huvudsak handlar det om interventioner med en beteendemedicinsk ansats där det är en kombination av olika typer av fysiska och psykologiska åtgärder och eller insatser av olika discipliner.

Riktlinjerna lyfter fram att den multidisciplinära behandlingen framförallt bör riktas till långvariga och mer komplexa smärttillstånd där man i bedömningen identifierat fler relevanta faktorer än enbart smärta.

När återgång i arbete för smärtpatienten domineras av psykologiska respektive sociala faktorer så behöver behandlingsinnehållet justeras därefter. Det innebär att i de flesta fall är det

svårt att rekommendera standardmodeller för omhändertagande utan varje individs smärttillstånd och situation bör leda till ett individualiserat omhändertagande. De beteendeorienterade insatserna syftar också till att förändra patientens inställning och förhållnings-sätt till smärta.

De olika delarna i behandlingen syftar till att minska smärtan med smärtlindring, att öka den fysiska kapaciteten och öka individens förmåga att vara aktiv.

De studier som bedömdes vara av hög och medelhög kvalitet i den senaste sammanställningen om smärtrehabilitering från SBU (5) ger sammantaget stöd för att multimodala insatser ger effekt på arbetsåtergång (minskad sjukskrivning). En av de studier som ingår från Sverige (6) har nu publicerat en 10-års uppföljning av effekterna på arbetsåtergång (7,8), . Resultaten visar att effekterna av den multimodala insatsen håller i sig även 10 år efter rehabilitering. Att genomgå multimodal rehabilitering är mer effektivt än unimodala insatser och ”standard rutin” inom svensk vård (kontrollgrupp). Analys av kostnadseffektiviteten baserat på kalkyl av produktionsbortfall (Human capital approach) visar att multimodal insats ger en minskning av produktionsbortfall om ca 1 miljon kronor per person under en tioårsperiod jämfört med standard rutin. I rapporterna från SBU och Socialstyrelsen påvisas att den multimodal rehabilitering som ligger grund för evidensvärderingen är otillräckligt beskriven och ej analyserad i sina delar. Den svenska studien är av hög kvalitet och har ett omfattande behandlingsprotokoll dvs. manual för vad som skulle göras i behandlingarna och har också rapporterat den s.k. följsamheten med behandlingsmanualen dvs. vad som gjordes i praktiken. Följsamheten var mycket god vilket innebär att resultaten från behandlingarna är resultat från det som beskrivs i manualerna. Dessa manualer finns tillgängliga för vårdgivare att använda (eva.nilsson@ki.se).

En stor begreppsförvirring råder inom området både nationellt och internationellt om vad som är multimodal, beteendemedicinsk eller multidisciplinär rehabilitering. Den uppdelning som görs i de senaste rapporterna från SBU och Socialstyrelsens om riktlinjer för smärta adderar ytterligare svårigheter i detta med uppdelningen av multimodal och beteendemedicinsk insats. Det är viktigt att skilja på och klart definiera olika typer av insatser men svårigheterna med att försöka separera multimodal insats och beteendemedicinsk insats är uppenbara. Som författarna skriver i SBU rapporten ”Beteendemedicin är ett begrepp som används för att beskriva hur

medicinska, psykologiska och omgivningsfaktorer kan öka förståelsen av hälsa och ohälsa”. En multimodal rehabilitering tillskapas just pga. att det behövs olika perspektiv i behandling av smärta. Multimodal insats utan beteendemedicinsk grund och inslag är därmed en paradox. En multimodal insats utan beteendemedicinskt perspektiv bör då klassificeras som en intemediär insats där olika professioner är inblandade utan team samverkan som författarna nämner i SBU rapporten. Den beteendemedicinska insatsen enligt SBU och Socialstyrelsen innefattar olika typer av fysiska insatser med s.k. beteendemedicinsk inriktning i det ffa sjukgymnastiska arbetet dvs. en unimodal insats med en viss teoretisk inriktning. I multimodal insats ingår oftast denna typ av sjukgymnastisk inriktad insats kombinerad med psykologiskt stöd för beteendeförändring vilket gör det svårt att skilja utvärderingen av dessa åt om det definieras i enlighet med SBU och Socialstyrelsens rapporter. Mer korrekt vore i så fall att kalla båda beteendemedicinska insatser men med unimodal resp multimodal approach och utifrån detta undersöka kostnadseffektiviteten.

För att inte ytterligare öka på begreppsförvirringen rekommenderas att med multimodal rehabilitering avses alltid en insats med beteendemedicinsk ansats med flera discipliner arbetande i team innehållande både fysisk och psykiska behandlingsinslag av beteendeförändrande karaktär (företrädesvis KBT). Övriga insatser av unimodal karaktär med olika teoretiska inriktningar exempelvis graderad träning benämns i enlighet med dess etablerade benämning.

Effekterna av interventioner och arbetsplatsåtgärder för återgång i arbete efter sjukskrivning är relativt sparsamt vetenskapligt belysta även om fler högkvalitativa studier tillkommit på senare år. Kombinerade åtgärder, tidigt i förloppet och framför allt i nära anslutning till arbetsplatsen tycks vara det som främst ger resultat beträffande arbetsåtergång. Det internationella evidensläget ger stöd för att multimodal insats är effektivt för att öka arbetsåtergång och minska sjukfrånvaro. Vid bedömning av effekter på sjukfrånvaro är det viktigt att ta hänsyn till nationella likheter och olikheter i försäkringssystem, arbetsmiljölöslagstiftning o dyl. En studie av Anema och medarbetare(9) där man jämför 6 olika länders sjukfrånvaro och återgång i arbete visar att utformningen av socialförsäkring förklarade en stor del av skillnaderna tillsammans med aktiviteter mot förändringar i arbetet. En sammanställning från

Sverige (10) ger stöd från ett antal skandinaviska studier för att multimodal rehabilitering är effektiv för minskad sjukfrånvaro.

Det preventiva arbetet och vårdarbete nära arbetsplatsen och med god kännedom om densamma kan vara positivt för en god arbetshälsa. Företagshälsovården är här en instans som borde kunna utnyttjas mer och bättre. Den traditionella vården har liten erfarenhet av preventivt arbete och ju senare i sjukskrivningsförloppet åtgärder sätts in desto svårare är det att nå resultat.

### **Insatser på arbetsplatsen för att öka återgång i arbete**

I en systematisk litteraturgenomgång från Cochrane Library har arbetsplatsinterventioner för att hindra arbetsförmåga undersökts (11). Målet för interventionen var återgång i arbete och interventionerna skulle ha företagets nära arbetsplatsen och i samarbete mellan olika aktörer.

*I denna översikt definieras arbetsplatsinterventioner som*

- Förändring av arbetsplatsen eller dess utrustning
- Förändring i arbetets design eller organisation
- Förändring i arbetsmiljö eller arbetsförhållanden
- Arbete med fall (case management) där åtminstone två aktörer, klienten/patienten och arbetsgivaren, är inblandade

Denna typ av insatser kan anses vara ett sätt för den enskilde arbetstagaren att återvända till arbetet genom att hinder för detta åtgärdas. Interventionerna jämfördes med ordinarie vård och omhändertagande eller kliniska interventioner. Enbart randomiserade kontrollerade studier inkluderades. Totalt fann man enbart fem studier som kunde bedömas. Resultaten visade att det finns en begränsad evidens att arbetsplatsåtgärder av något slag har en effekt när det gäller att reducera antalet sjukskrivningsdagar. Hälsostatus påverkades inte av interventionerna. Sammanfattningsvis finns ett visst stöd för att arbetsplatsnära insatser jämfört med vanlig vård kan öka återgången i arbete hos sjukskrivna.

Några andra internationella systematiska litteraturgenomgångar har funnit ungefär samma sak ( 12, 13 ) Vissa åtgärder som t.ex.

multimodal intervention tillsammans med arbetsplatsåtgärder har effekt på återgång till arbete.

En svensk systematisk litteratur genomgång publicerad 2010 hade som syfte att beskriva vad som främjar återgång i arbete efter sjukskrivning för besvär från rörelseapparaten (14). Det som undersöktes var dels effekterna av rehabilitering dels effekterna av förhållanden i arbetsmiljön. Vetenskapliga studier mellan åren 1 jan 1990-31 december 2008 är medtagna i översikten.

Rörelseorganens sjukdomar innefattar besvär från ländrygg, nacke, skuldra, armar, händer höft, knä, ben och fot. För många av dessa sjukdomar finns ingen specifik diagnos utan de är ospecifika symtomdiagnoser (se ovan) där smärta och funktionsinskränkning är centrala fenomen. Det som undersökts och som vetenskapligt beskrivits är

- Mindre insatser (information, vägledning, koordinering av vård etc.)
- Arbetsplatsinterventioner
- Multidisciplinära eller multimodala interventioner
- Psykologisk intervention
- Manuell terapi annan passiv behandling eller träning
- Arbetsplatsexponeringar av fysisk, psykosocial eller organisatorisk karaktär

Sammanfattningsvis visar litteratursammanställningen att förvånansvärt få studier har på ett vetenskapligt korrekt sätt undersökt effekten av interventioner och arbetsplatsfaktorer när det gäller återgång i arbete efter en kortare eller längre tids sjukskrivning. Området är svårstuderat och säkert finns åtgärder som har god effekt men som inte har kunnat vetenskapligt beläggas. Detta är beklagligt och fler välgjorda studier där möjligheten till generaliserbarhet finns bör göras. Granskningen fann ett visst stöd för att multidisciplinär rehabilitering som innehåller komponenter av fysisk aktivitet och psykologisk intervention, lösningsfokuserad KBT eller jämförbart, är positivt och coachning för att komma tillbaka till arbetet är positivt i ett relativt tidigt skede i sjukskrivningen (< 3 månader). Det finns mycket begränsat stöd för psykologiska interventioner som ensam behandlingskomponent. När det gäller den typen av behandling för sjukdomar i rörelseorganen,

fann man endast några enstaka studier med positiv effekt på vissa grupper av sjukskrivna.

#### 4.7 En ny genomgång av enskilda vetenskapliga artiklar efter 2008.

En ny kompletterande litteratursökning i databaserna Pub Med och PsychInfo enligt samma kriterier och sökvägar som tidigare har nu gjorts omfattande tiden från 1 januari 2009 tom 31 augusti 2010. Tvåhundrafemtiosex studier från PubMed och 27 i PsychINFO gick igenom titelvis. Tjugofem av dessa i PubMed bedömdes som relevanta att ta fram sammanfattningar på och men ingen (som inte var dubblett till PubMed) i PsychINFO. Från sammanfattningarna bedömdes sju artiklar vara så relevanta att hela artikeln togs fram och lästes. Fyra av dessa var mycket relevanta och av hög klass, två handlade företrädesvis om metodfrågor och en hade undersökt effekten av administrativ fördröjning på utvecklingen av akuta ländryggsbesvär till kroniska. De fyra första artiklarna och den sista redovisas mer i detalj här.

I en RCT där patienterna rekryterades från företagshälsovårdscentraler i Nederländerna randomiserades till antingen arbetsplatsåtgärder, vilket innebar en coach (case manager) och ergonomiska interventioner eller vård som vanligt. I hela gruppen var mediantiden till återgång i arbete 77 dagar för interventionsgruppen jämfört med 104 dagar för kontrollgruppen. I en subgruppsanalys redovisad här fann man att de som haft nytta av interventionen var personer  $\geq 44$  år i jämförelse med de som var  $< 44$  år och de som varit sjukskrivna tidigare för samma åkomma. För yngre personer och för personer för vilket detta var deras första sjukskrivningsepisod pga. ländryggsbesvär hade interventionen ingen effekt (15)

En annan studie är utförd inom primärvården i Västmanland i Sverige. Interventionsgruppen erbjöds ett multidisciplinärt program. Uppföljningstiden var tre år. Antalet konsultationer hos distriktsläkare och medicinering hade gått ner hos interventionsgruppen men beträffande arbetsförmåga fanns ingen skillnad mellan grupperna. Övriga undersökta variabler såsom livskvalitet, smärta, funktion och katastroftänkande runt smärtan skiljde sig inte heller mellan grupperna. I en mycket välgjord studie från



Nederländerna har effekten av en integrerad intervention när det gäller patienter med kroniska ländryggsbesvär undersökts.

Resultatet blev att mediantiden till arbetsåtergång från inklusion i studien var 88 dagar för interventionsgruppen och 208 dagar för kontrollgruppen. Funktionen förbättrades i interventionsgruppen. Smärtan förändrades på liknande sätt i bägge grupperna. Konklusionen var att det integrerade programmet signifikant ökade arbetsförmågan och funktionen i interventionsgruppen. Smärta tycks inte påverka arbetsförmågan och tidig arbetsåtergång har varken negativa eller positiva konsekvenser för smärtupplevelsen (16).

I en dansk studie i fyra kommuner i Danmark under ett år med ett års uppföljning där interventionsgruppen fick det som kallas "Coordinated and tailored work rehabilitation" CTWR och kontrollgruppen sedvanlig behandling visade man vid uppföljningen efter ett år att interventionsgruppen hade 657 kumulerade sjukskrivningstimmar och kontrollgruppen 997 timmar, vilket var en signifikant skillnad. När det gällde smärta och funktion fanns inga bestående skillnader mellan grupperna efter ett år. I denna studie fanns också en hälsoekonomisk del. Skillnaden i sammantagna direkta och indirekta kostnader var 10666 US Dollar under uppföljningsåret till förmån för interventionsgruppen (17).

I en studie från California Workers' Compensation Institute har man undersökt vilka faktorer som predicerar att akuta ryggbesvär förvandlas till kroniska. Den variabel som var huvudfokus i undersökningen var att studera effekterna av administrativ fördröjning. Andra faktorer som togs med i analysen var besvärens svårighetsgrad, dagar till behandling, behandlarens erfarenhet, den skadades yrke och bransch, arbetsplatsens storlek, kön, ålder och bostadsort. Resultaten visar att skadans svårighetsgrad, antal veckor innan behandling insattes och behandlarens kompetens hade betydelse för om besvären blev kroniska eller inte. En snabb och professionell handläggning är därför av största vikt vid akuta ländryggsbesvär (18).

## 4.8 Övrig tillgänglig kunskap

En sökning av övrig tillgänglig kunskap den s.k. "grå" litteraturen genomfördes inom ramen för detta arbete. Elektronisk sökning via ffa Google och där så var genomförbart på anslagsgivares websidor

med sökorden, rygg, nacke, prognos, riskfaktorer, utredning, intervention, implementering, resulterade i ett stort antal publikationer på svenska. Publikationerna relevanta för området bestod dels av SBU:s systematiska sammanställningar som ingår i tidigare avsnitt i denna rapport. I övrigt, framförallt av uppsatsarbeten från olika grundutbildningar vid universiteten samt rapporter från olika vårdaktörer rörande projekt för att implementera riktlinjer och vårdplaner. Ett mindre antal publikationer bestod av beskrivningar och kommentarer kring publicerade sammanställningar och riktlinjer från SBU och Socialstyrelsen samt några få slutrapporter från projekt beviljade från framförallt AFAFörsäkring. Sammanfattningsvis gav inte den identifierade s.k. grå litteraturen något ytterligare utöver det som den vetenskapliga genomgången i denna rapport visar då det mesta av relevans av de svenska publicerade arbetena vilade på den evidensbaserade kunskap som utgivits av SBU och Socialstyrelsen.

#### **4.9 Sammanfattande reflektioner om smärta och återgång i arbete**

Inom området långvarig smärta finns stora erfarenheter av bedömningar av rehabiliteringspotential och arbetsförmåga men detta behöver ytterligare belysas och utvecklas. En rehabiliteringsprocess bör utformas från individens behov. Dessa behov förändras kontinuerligt och behöver omprövas och målrelateras med samtidigt anpassning av adekvata åtgärder på rätt nivå. De olika bedömningar och insatser som görs bör underställas samma kvalitets- och säkerhetskrav som i dag ställs på andra åtgärder inom hälso- och sjukvården. De aktörer inom hälso- och sjukvården som bär huvudansvaret för rehabilitering av personer med långvarig smärta är bl.a. primärvården, företagshälsovården samt specialiserad vård inom rehabiliteringsmedicin, ortopedi, reumatologi.

- Ytterligare forskning behövs framförallt för att belysa:
- bedömning av rehabiliteringspotential i relationen till arbetsåtergång vid långvarig smärta
- särskilda gruppers behov av rehabilitering till arbetsåtergång vid långvarig smärta

- utveckling och utvärdering av metoder för tidiga insatser via primärvården och företagshälsovården vid långvarig smärta
- implementeringsstrategier för kostnadseffektivt införande av evidensbaserade metoder
- undersökning av samband mellan och påverkan av samtidig psykisk ohälsa vid rehabilitering till arbetsåtergång vid långvarig smärta

#### 4.9.1 När och av vem ska rehabiliteringen genomföras?

För de flesta sjukdomstillstånd är tidiga rehabiliteringsåtgärder essentiella för att få optimalt resultat. För smärttillstånd i rörelseorganen är det t.ex. viktigt att åtgärder vidtas inom två månader.

Många patienter återgår i arbete utan speciella rehabiliteringsinsatser. En bedömning av såväl det aktuella smärttillståndet som faktorer som har en inverkan på utveckling av ett mer komplext smärttillstånd och minskad potential för återgång till arbete behöver ske tidigt. Det kräver att det finns kompetens i första ledet av rehabiliteringsprocessen vanligen primärvård eller företagshälsovård. Många av de rekommenderade åtgärderna kommer att kunna skötas i primärvård och företagshälsovård om tillgång till rehabiliteringsprofessioner och teamsamverkan erbjuds. I mer komplexa situationer och vid särskilda behov av mer långvariga rehabiliteringsprocesser finns behov av specialistkliniker.

*Primärvårdens roll i rehabilitering av patienter med långvarig smärta*

I det svenska sjukvårdssystemet utgör primärvården, numera inom vårdvalsmodellen, första linjens sjukvård för alla patienter inkluderande dem med långvarig smärta. Primärvårdens roll i den tidiga rehabiliteringen av dessa är oklar i dag. Detta betingas bland annat av att förutsättningarna för de samarbeten mellan läkare och sjukgymnaster, arbetsterapeuter samt med psykologer, beteendevetare och i förekommande fall kuratorer som sedan många år varit etablerat nu ändrats genom nya ersättningssystem. Konsekvenserna av detta bör analyseras i detalj. Modeller bör utarbetas och utvärderas med vetenskaplig metodik för att förbättra tidiga rehabiliteringsinsatser i primärvården för patienter med långvarig smärta. Det behövs också studeras om det är kostnadseffektivt att

bygga upp och erbjuda multimodala insatser på mindre vårdenheter där patientunderlaget är begränsat.

Det kritiska tidsfönstret som bidrar till risken för att utveckla långvarig smärta, oftast uttryckt som ont i ryggen och nacken, med tillhörande psykisk ohälsa, är det subakuta skedet (1–3 månader). Därför behöver patienter få sina besvär analyserade inom, eller helst före, denna tidsperiod. Den samstämda bilden är att man bör agera innan besvären ökat i komplexitet och styrka. Om symtomen hanteras tidigt och på rätt sätt behöver insatserna inte bli så omfattande (18). När patienten väl passerat den kritiska perioden krävs däremot mer betydande insatser i form av mer omfattande multimodala rehabiliteringsprogram för att bli återställd (5). Primärvården är därför en viktig första instans i rehabiliteringsarbetet. Primärvården bör dock hitta effektiva modeller för att integrera arbetsplatsen i sitt patientarbete.

Genom att direkt matcha patientgrupper till rätt kompetens kan man öka förutsättningarna till väntefria mottagningar med ökad patientgenomströmning. Målet är att den vårdsökande får direkt kontakt i princip samma dag. Direkt-access i kombination med integrerat teamsamarbete utgör ramen för olika tillgänglighetsmodeller (52).

Studier visar att en vårdmodell med *direkt-access*, i betydelsen väntefri sjukgymnastmottagning i primärvården, kan skapa bättre förutsättningar för patienter som söker hälso- och sjukvården för tidiga muskuloskeletala besvär. I forskningen framkommer att man får kostnadseffektivare verksamheter med färre återbesök, minskat antal läkarebesök, samt mindre förskrivning av röntgenremisser och smärtstillande mediciner. Därutöver får man både nöjdare patienter, läkare och sjukgymnaster (19).

I Sverige finns i dag ett flertal väntefria sjukgymnastmottagningar. Ett sådant exempel är Ängabo Vårdcentral i Alingsås som sedan år 2000 erbjuder *direkt-access*. Mottagningsmodellen har förbättrat samarbetet inom hela teamet och ökat tillgängligheten till alla vårdprofessioner. Genomströmning av nya patienter har fördubblats sedan starten. En studie på vårdcentralen visar att tidig undersökning, bedömning och individuell behandling av sjukgymnast för patienter med subakut ländryggssmärta leder till minskad risk för återkommande smärta (20). En annan studie visar positiva effekter på psykosociala funktioner och ökad självskattad hälsa för patienter med akut ländryggssmärta.

#### **4.9.2 Företagshälsovårdens roll i rehabilitering av patienter med långvarig smärta**

Företagshälsovården har under mycket lång tid haft en central och sammanhållande roll i rehabilitering av de patienter med långvarig smärta som har ett arbete. Genom strukturella förändringar och förändringar i uppdrag och ersättningsystem har förutsättningarna ändrats under senare år. För att individer ska få adekvat stöd för återgång i arbete tidigt i sin rehabilitering är det värdefullt att utveckla företagshälsovårdens roll att stödja arbetsgivarna i deras arbetsmiljö- och rehabiliteringsansvar och att stödja individen i dennes strävan att återgå i arbete. Företagshälsovården är den instans som känner både arbetsplatsens krav och individens förutsättningar bäst. På så sätt kan företagshälsovården vara en brygga mellan arbetet och sjukförsäkringen. Tidiga signaler på sämre funktion och arbetsförmåga kan iakttas och effekten blir ett aktivt synsätt i stället för ett reaktivt. Att motverka arbetsoförmåga innan den inträffat eller tidigt i förloppet är bäst för alla inblandade. Preventivt arbete är företagshälsovårdens primäruppgift och kan då vara det som hindrar arbetsoförmåga att inträffa och därmed göra behovet av rehabilitering mindre.

### **4.10 Arbetsplatsens betydelse**

#### **4.10.1 Behov av insatser på arbetsplatsen**

Sjukdomar och skador som medför nedsättning av arbetsförmåga kommer alltid att drabba människor i yrkesverksam ålder, oavsett om arbetet är orsaken eller inte.

Arbetet, närmare bestämt bristande arbetsanpassning och rehabilitering, får dock inte tillåtas vara orsaken till att återgång i arbete försenas, försvåras eller förhindras.

Det vetenskapliga underlaget för åtgärder som leder till arbetsåtergång talar relativt entydigt för att åtgärder på arbetsplatsen är det som har störst effekt. Om orsaken till arbetsoförmåga är en tillfällig funktionsnedsättning kan en tillfällig anpassning av arbetsuppgifter eller arbetsplats vara nödvändig.

En kompetenshöjning eller kompetensförändring kan vara det som krävs på en föränderlig arbetsmarknad för att en relativ arbetsoförmåga ska kunna kompenseras.

Om arbetsförmågan är mer permanent behövs ett stöd av annat slag. Lönebidrag, möjlighet till deltidsarbete eller annan subvention kan då komma ifråga.

### Implementering av evidensbaserad kunskap

Implementering av nya metoder är en utmaning utifrån att det alltid kräver förändring. Dessa förändringar berör ofta flera olika nivåer från det individuella till det organisatoriska och kan exempelvis bestå av tilläggnandet av nya kunskaper, tekniker/metoder, rutiner och ny personal/professioner. Evidensbaserad medicin bygger på att ny kunskap appliceras på patientnivå allteftersom evidensen utvecklas. Detta kräver att klinikern, vårdenheten, landstingen har en beredskap och en organisation som tillåter och understödjer allt ifrån en aktiv kunskapsuppdatering (tid/förmåga) till en organisation som är föränderlig/ anpassningsbar (införandet av nya rutiner, nya professioner etc.).

Implementeringsforskning är ett relativt nytt område där man studerar hur man på ett kostnadseffektivt sätt kan införa/ implementera evidens inom olika områden såväl vård som inom folkhälsa, socialvård mm mm. Längre förutsattes att ny kunskap implementerade sig själv endast genom information och spridning av den nya kunskapen. Utvecklingen inom hälso och sjukvården med systematiska sammanställningar av evidens och utarbetade riktlinjer förutsatte att när kunskapen tagits fram så implementeras den bara man sprider den ordentligt. Erfarenheten visar att så inte är fallet. I tre olika rapporter undersöktes (21, 22, 23,) påverkan på klinisk praxis av SBU:s rapporter. Undersökningarna visade att genomslag på klinisk praxis är medelmåttlig till låg och varierar mellan diagnoser där den kliniska praxisen inom symtomdiagnoser (som ospecifik smärta) uppvisade minst förändring. Likartade resultat finner man internationellt och i en rapport om implementering av EBM från Holland och USA rapporterar författarna att mellan 0–40% av patienterna inte får tillgång till sjukvård baserat på senaste kunskapen (21)

Forskningen i dag rörande implementering visar att det är kombinationen av insatser som är mest effektiv för att uppnå mätbara förändringar både i klinisk praxis och på patientens hälsotillstånd (54). Insatser för effektiv implementering består av kombinationen av distribution av pedagogiskt utformade

riktlinjer, utbildning, praktisk träning, feedback och uppföljning (24). En viktig del i implementeringen är också att utvärdera både förändringen i klinisk praxis såväl som effekterna på patienternas hälsotillstånd för att kunna analysera kostnadseffektiviteten i de förändrade rutinerna (29)

Studierna påvisar bl.a. vikten av att utarbeta riktlinjer i nära samarbete med kliniker så att riktlinjerna utformas så att de är genomförbara i den kliniska ”verkligheten”

Internationell konsensus finns kring de evidensbaserade riktlinjer som bör tillämpas i utredning och behandling av ryggbesvär (26, 27) En systematisk sökning i databaserna Pub Med samt PsychINFO genomfördes inför detta slutbetänkande. Sökorden var back pain, neck pain, implementation. Sökningen resulterade i ett mindre antal internationella studier som studerat implementering av evidensbaserade riktlinjer för ryggbesvär framför allt för sjukgymnaster (28) Resultaten från dessa studier är i överensstämmelse med övrig implementeringsforskning, nämligen att det är en kombination av insatser som åstadkommer beteendeförändring. Flera studier tar även upp vikten av att utarbeta kliniska utredningsinstrument och stöd baserat på evidensen som identifierar riskpatienterna och som på ett strukturerat sätt ger underlag för behandlingsstrategier.

Studier inom implementeringsforskning visar sammantaget att om kunskapsspridning sker endast genom information eller utbildning så når man ingen större beteendeförändring.

*För en effektiv implementering bör följande grundkomponenter beaktas.*

- Den nya kunskapen som ska tillämpas finns väl beskriven på ett sätt som ger möjlighet till praktisk tillämpning.
- Tillägandet av kunskapen sker så att alla berörda har möjlighet att ta del av den utifrån pedagogiskt såväl som tillgänglighetsperspektiv.
- Utbildning finns tillgänglig.
- Anpassning av riktlinjer bör ske till den egna kliniska och organisatoriska realiteten.

- Förankringsprocess innan implementering sker där nyttan, syfte och mål tydliggörs och där de berörda klinikerna engageras och ges möjlighet till inflytande över processen.
- Resursbehov analyseras och tydliggörs.
- Incitament för förändring analyseras på alla involverade nivåer – exempelvis individ (behandlaren), kliniken, landstinget
- Utvärdering av effekter på klinisk praxis såväl som på patienters hälsotillstånd planeras parallellt med implementeringen



## Bilaga

**Tabell 1** Visar vilka behandlingar som rekommenderats för olika smärttillstånd i de riktlinjer som finns publicerade internationellt. Riktlinjerna är uppdelade på följande grupper: nackbesvär, ryggbesvär, bäckensmärta, höft- och knäartros, långvarig smärta och sjukskrivningsriktlinjer för smärtpatienter. De rekommenderade åtgärderna redovisas för varje grupp och siffrorna hänvisar till respektive referens. En referens finns vid två tillfällen, nr 27 och 39.

Rekommenderade åtgärder	Nacke subakut	Nacke kronisk	Rygg subakut		Rygg kronisk		Bäcken	Höft/knä	Smärta	Sjuk-skrivning
	Review	Review	Riktlinje	Review	Riktlinje	Review	Riktlinje	Riktlinje	Riktlinje	Riktlinje
Info/råd om egen vård	(29)		(31-35)	(36-39)	(32,34,40)	(36)	(41)	(42-45)		(46)
Vara aktiv, återgå till aktiviteter	(29)		(31-35)	(36-39)						(46)
Återgå tidigt i arbete			(30, 32-35)	(37,39)						(46)
Undvik sängvila	(29)		(32,34)	(35,39)	(30,32,33)	(36,38,39)				
Tidiga arbetsplats-åtgärder			(32,33)	(37,47)						(46)
Fysisk träning	(29)	(29)	(30,31,34,35)	(39)	(30,34,40)	(36,38,39,48)	(41)	(42-45,49)		
- handledd		(29)	(30)		(40)	(39)	(41)			
- grupp			(31)		(30,40)					
Manuell terapi	(29)	(29)	(30-35)	(36,38,39)	(32,40)	(36,38,39,48)		(42,43)		
Massage				(38)	(30,32)	(36)	(41)			
Akupunktur		(29)	(31)		(30)	(36,38,48)	(41)	(44,45)		
TENS								(43-45)		
Avspänning						(36)				
Yoga						(36,48)				
Ryggskola					(38)					
KBT principer		(29)			(30,40)	(36,38,39,48)				
Multidisciplinär rehabilitering*		(29)	(30-33, 35)	(47, 48)	(30,32,34,40)	(36,38,39,48)			(5, 50,51)	(46)

Review/översiktsartiklar är använda som stöddokument till riktlinjerna. \* = Intervention kan vara utvärderad mot återgång i arbete, övriga på smärta och/eller funktion. Referens nr 36, 48: interdisciplinär rehabilitering.

#=Intervention vid bäckensmärta skiljer sig åt om besvär under graviditet eller post-partum.

## Referenser

1. Bergman S, Herrström P, Hogström K, Petersson IF, Svensson B, Jacobsson LT: Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. *J Rheumatol* 2001, 28(6):1369-1377.
2. Bergman S, Jacobsson LTH, Herrström P, Petersson IF: Health status as measured by SF-36 reflects changes and predicts outcome in chronic musculoskeletal pain: a 3-year follow up study in the general population. *Pain* 2004, 108:115-123.
3. Hockings RL MJ, Maher CG: A systematic review of the predictive ability of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *Spine* 2008, 33(15):494-500.
4. Shaw WS, van der Windt DA, Main CJ, Loisel P, Linton SJ: Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors ("blue flags") in back disability. *J Occup Rehabil* 2009, 19(1):64-80.
5. Statens beredning för medicinsk utvärdering: Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. In: Stockholm: SBU; 2010: 1-285.
6. Jensen IB, Bergstrom G, Ljungquist T, Bodin L: A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain. *Pain* 2005, 115(3):273-283.
7. Busch H, Bodin L, Bergström G, Jensen IB: Patterns of sickness absence a decade after multidisciplinary rehabilitation. submitted.
8. Jensen I, Alipour A: Arbetslivsinriktad rehabilitering – att återfå arbetsförmågan genom åtgärder på arbetsplatsen. In: *Inkluderande arbetsliv*. Edited by kunskapsrådet A, vol. SOU 2009:93. Stockholm: Fritzes; 2010.
9. Anema JR, Schellart AJ, Cassidy JD, Loisel P, Veerman TJ, van der Beek AJ: Can cross country differences in return-to-work after chronic occupational back pain be explained? An exploratory analysis on disability policies in a six country cohort study. *J Occup Rehabil* 2009, 19(4):419-426.

10. Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K: Multi-disciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J Rehabil Med* 2009, 41(3):115-121.
11. van Oostrom SH, Driessen MT, de Vet HC, Franche RL, Schonstein E, Loisel P, van Mechelen W, Anema JR: Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Syst Rev* 2009(2):CD006955.
12. Williams R, Westmorland M, Lin C, Schmuck G, Creen M: Effectiveness of workplace rehabilitation interventions in the treatment of work related low back pain: a systematic review. *Disabil Rehabil* 2007, 29:607-624.
13. Kuoppala J, Lamminpää A: Rehabilitation and workability: a systematic literature review *J Rehab Med* 2008, 40:796-804.
14. Holm L, Torgén M, Hansson A-S, Runeson R, Josephson M, Helgesson M, Vingård E: Återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa.. *Arbete och Hälsavol.* 43(3). Göteborg; 2010.
15. Steenstra IA, Knol DL, Bongers PM, Anema JR, van Mechelen W, de Vet HC: What works best for whom? An exploratory, subgroup analysis in a randomized, controlled trial on the effectiveness of a workplace intervention in low back pain patients on return to work. *Spine (Phila Pa 1976)* 2009, 34(12):1243-1249.
16. Lambeek LC, van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR: Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ: British Medical Journal* 2010, 340(7749):No Pagination Specified.
17. Bultmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen CL, Lund T, Kilsgaard J: Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil* 2009, 19(1):81-93.
18. Sinnott P: Administrative delays and chronic disability in patients with acute occupational low back injury. *J Occup Environ Med* 2009, 51(6):690-699.

19. Leemrijse CJ SI, Veenhof C.: Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. *Phys Ther* 2008, 88(8):936-946.
20. Nordeman L NB, Möller M, Gunnarsson R.: Early access to physical therapy treatment for subacute low back pain in primary health care: a prospective randomized clinical trial. *Clin J Pain* 2006 22(6):505-511.
21. Grol R, Grimshaw J: From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003, 362(9391):1225-1230.
22. Nordin-Johansson A, Asplund K: Vetenskapliga grunden för kliniskt handlande bättre än sitt rykte. *Läkartidningen* 1999, 96(26-27):3173-3176.
23. Britton M, Asplund K, Brorsson B, Dahlgren H, Eliasson M, Marké L-E, Norlund A, Thelander S: Så påverkade SBU praxis i vården. *Läkartidningen* 2002, 99(46):4628-4634.
24. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallac F: Implementation research: A synthesis of the litteratur. In. Tampa, FL: The National Implementation Research Network 2005.
25. Bhattacharyya O, Reeves S, Zwarenstein M: What Is Implementation Research? Rationale, Concepts, and Practices. *Res Social Work Prac* 2009, 19(5):491-502.
26. Breen AC, van Tulder MW, Koes BW, Jensen I, Reardon R, Bronfort G: Mono-disciplinary or multidisciplinary back pain guidelines? How can we achieve a common message in primary care? *Eur Spine J* 2006, 15(5):641-647.
27. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C: An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2010, 19(12):2075-2094.
28. Overmeer T, Boersma K, Main CJ, Linton SJ: Do physical therapists change their beliefs, attitudes, knowledge, skills and behaviour after a biopsychosocially orientated university course? *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2009, 15((4):724-732.

29. Guzman J, Haldeman S, Carroll LJ, Carragee EJ, Hurwitz EL, Peloso P, Nordin M, Cassidy JD, Holm LW, Cote P *et al*: Clinical practice implications of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders: from concepts and findings to recommendations. *Spine (Phila Pa 1976)* 2008, 33(4 Suppl):S199-213.
30. Alberta Clinical Practice Guidelines Program: Guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain. Toward optimized practice program. . In. Edited by The Alberta Heritage Foundation for Medical Research and Alberta Health Services - Calgary Health Region. Alberta: Institute of Health Economics; 2009: 1-21.
31. National Institute for Health and Clinical Excellence: Low back pain. Early management of persistent non-specific low back pain. 2009:1-25.
32. Negrini S, Giovannoni S, Minozzi S, Barneschi G, Bonaiuti D, Bussotti A, D'Arienzo M, Di Lorenzo N, Mannoni A, Mattioli S *et al*: Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines. *Eura Medicophys* 2006, 42(2):151-170.
33. New Zealand Guideline Group: New Zealand Acute Low Back Pain Guide Incorporating the guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain. In. Wellington, New Zealand; 2004: 1-68.
34. The Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI): Guideline for adult low back pain. In. Bloomington, USA; 2008: 1-67.
35. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MT, Hutchinson A, Koes B, Laerum E, Malmivaara A: Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006, 15 Suppl 2:S169-191.
36. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, Jr., Shekelle P, Owens DK: Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007, 147(7):478-491.

37. Costa-Black KM, Loisel P, Anema JR, Pransky G: Back pain and work. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010, 24(2):227-240.
38. Dagenais S, Tricco AC, Haldeman S: Synthesis of recommendations for the assessment and management of low back pain from recent clinical practice guidelines. *Spine J* 2010, 10(6):514-529.
39. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C: An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2010.
40. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, Mannion AF, Reis S, Staal JB, Ursin H *et al*: Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006, 15(Suppl 2):192-300.
41. Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B: European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J* 2008, 17(6):794-819.
42. Cibulka MT, White DM, Woehrle J, Harris-Hayes M, Enseki K, Fagerson TL, Slover J, Godges JJ: Hip pain and mobility deficits--hip osteoarthritis: clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability, and health from the orthopaedic section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther* 2009, 39(4):A1-25.
43. National Institute for Health and Clinical Excellence: Osteoarthritis. The care and management of osteoarthritis in adults. . In. Edited by 59 Ncg; 2008: 1 to 23.
44. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N, Bierma-Zeinstra S, Brandt KD, Croft P, Doherty M *et al*: OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartilage* 2008, 16(2):137-162.
45. Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden NK, Bierma-Zeinstra S, Brandt KD, Croft P, Doherty M *et al*: OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: part III:

- Changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis Cartilage* 2010, 18(4):476-499.
46. National Institute for Health and Clinical Excellence: Managing long-term sickness absence for work. In. London; 2009: 1-88.
  47. Holm L, Torgén M, Hansson A-S, Runeson R, Josephson M, Helgesson M, Vingård E: Återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa – en systematisk kunskapssammanställning om effekten av interventioner, rehabilitering och exponeringar på arbetet. In., vol. 2010;44(3). Göteborg: Göteborgs Universitet; 2010: 1-112.
  48. Chou R, Huffman LH: Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007, 147(7):492-504.
  49. Logerstedt DS, Snyder-Mackler L, Ritter RC, Axe MJ, Altman RD, Chu C, Delitto A, Dewitt J, Ferland A, Fearon H *et al*: Knee pain and mobility impairments: meniscal and articular cartilage lesions. *J Orthop Sports Phys Ther* 2010, 40(6):A1-A35.
  50. American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management; American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine: Practice guidelines for chronic pain management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. *Anesthesiology* 2010, 112(April 4):810-833.
  51. British Pain Society: Recommended guidelines for pain management programmes for adults. In.; 2007: 1-27.
  52. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag* 2000;7(8):45-50.
  53. Liddle D *et al*, Advice for the management of low back pain: A systematic review of randomised controlled trials, *Manual Therapy* 12 (2007) 310–327

54. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan CF, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP: Effectiveness and efficiency of guideline dissemination strategies. *Health Technology Assessment* 2004, 8(6)



## 5 Neurologi

### **Traumatisk Hjärnskada**

Kristian Borg, professor, överläkare och Jörgen Borg adjungerad professor, överläkare.

Institutionen för kliniska vetenskaper, avd för rehabiliteringsmedicin, Karolinska Institutet, Danderyds sjukhus och Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken, Stockholm, Danderyds sjukhus AB

### **Stroke MS och Parkinson**

Birgitta Bernspång, ordförande och medlem i rehabiliteringsrådet, professor, enhetschef Arbetsterapi, institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, Umeå universitet

Britta Lindström, docent, universitetslektor i sjukgymnastik, Umeå universitet

Katarina Stibrant Sunnerhagen, professor, överläkare, sektionen för klinisk neurovetenskap och rehabilitering

## 5.1 Traumatisk hjärnskada

För att öka återgången i arbete efter traumatisk hjärnskada föreslår vi

- att nationella riktlinjer snarast utvecklas för att möjliggöra nationellt likvärdiga vårdkedjor och rehabiliteringsmedicinska program för patienter med traumatisk hjärnskada och att dessa definierar
  - a) rutiner som säkerställer adekvat information till patienter med lätta skador innan utskrivning från akut vårdtillfälle och
  - b) rutiner som säkerställer tidig, strukturerad, rehabiliteringsmedicinsk funktionsbedömning och rehabiliteringsplanering för patienter med medelsvåra och svåra skador innan utskrivning från akut vårdtillfälle.
- att roll- och ansvarsfördelning mellan olika sjukvårdsnivåer och mellan olika huvudmän i vårdkedjan för patienter med traumatisk hjärnskada med komplicerade funktionshinder tydliggörs och definierar
  - a) en adekvat vårdkedja inom specialistsjukvården,
  - b) kriterier för insatser av kommun, Försäkringskassa och företagshälsovård,
  - c) styrmedel för att förbättra kostnadseffektiviteten också med hänsyn till återgång i arbete
- att ett nationellt kompetenscentrum för rehabilitering efter traumatisk hjärnskada inrättas med uppdraget att kontinuerligt insamla och överföra ny kunskap till praktik och att understödja och driva kunskapsutveckling inom området .

### 5.1.1 Sammanfattning

Med traumatisk hjärnskada (Traumatic Brain Injury/TBI) avses effekten av mekaniska krafter på hjärnans funktion och struktur till följd av yttre våld mot huvudet. Fallolyckor och transportolyckor är de vanligaste orsakerna. Av biomekaniska skäl påverkas vissa hjärnregioner oftare än andra men generellt är skadeeffekterna heterogena därför att ingen skademekanism och ingen hjärna eller

individ är identisk. När funktionshinder kvarstår är dessa oftast relaterade till nedsatta kognitiva funktioner, som uppmärksamhet och minne, samt beteendestörningar, som nedsatt initiativförmåga och drivkraft eller bristande impuls kontroll. Eftersom nutida vardagsliv och arbetsliv ställer ökande krav inte minst på kognitiva funktioner och social kompetens kan konsekvenserna för individen bli omfattande.

Internationellt klassificeras traumatisk hjärnskada på basen av medvetandepåverkan vid första undersökning, vilket ligger till grund för indelning i lätta (mild/MTBI), medelsvåra (moderate) och svåra (severe) TBI. I Sverige sjukhusvårdas årligen kring 20 000 personer för traumatisk hjärnskada. De lätta skadorna är vanligast (80 %) och de svåra skadorna minst vanliga (<5%). Den lindrigaste formen av MTBI motsvarar ICD10-diagnosen hjärnskakning (commotio cerebri) och kännetecknas av kortvarig medvetandeförlust och/eller minneslucka men utan neurologiska bortfallsymptom. Vid svårare MTBI och vid de medelsvåra och svåra skadorna förekommer i ökande grad strukturella vävnadsförändringar.

För personer i arbetsför ålder utgör återgång i arbete ofta ett övergripande mål både ur individens och ur samhällets synpunkt. Förutsättningarna för att uppnå detta mål avgörs i hög grad av rehabiliteringsmedicinska insatser tidigt efter skadan. I svensk sjukvård organiseras dessa insatser inom ramen för den rehabiliteringsmedicinska specialiteten, som har en lång tradition av samarbete med andra aktörer inom sjuk- och hälsovård, kommuner, Försäkringskassa och arbetsgivare.

Analysen av funktionshinder och därpå baserade rehabiliteringsprogram genomförs av multiprofessionella specialistteam, som typiskt omfattar medicinsk och omvårdnadsexpertis, neuropsykolog, arbetsterapeut, logoped, sjukgymnast och kurator. Funktionshinder conceptualiseras enligt WHO:s Internationella Klassifikation av Funktion och Funktionshinder (ICF). Medan den tidiga rehabiliteringsmedicinska interventionen har fokus på förbättring av nedsatta funktioner och av aktivitetsförmågan måste den anslutande arbetsrehabiliterande interventionen i högre grad beakta de individuella förutsättningarna med hänsyn till utbildning och tidigare arbetslivserfarenhet, den fysiska och psykosociala arbetsmiljön och andra omgivningsfaktorer.

Prognosen efter hjärnskakning (okomplicerad MTBI) är vanligen god men en femtedel av de skadade rapporterar

kvarstående symptom under tre månader eller längre och en mindre andel upplever arbetshinder. Svenska studier (före sjukskrivningsreformen) indikerar att kortvarig sjukskrivning (<30 dagar) efter MTBI är vanlig medan andelen som är sjukskrivna längre än tre månader, är kring 5 %, vilket dock motsvarar ett stort antal långtidssjukskrivna personer.

Prognosen efter medelsvår och svår skada korrelerar på grupp-nivå med akuta skadevariabler men uppvisar en stor variation på individnivå. Enligt en aktuell genomgång av den internationella litteraturen varierar arbetsåtergången efter medelsvår – svår hjärn-skada mellan 12 och 70 % och är enligt flera studier runt 50%. Faktorer som befunnits associerade med återgång till arbete inkluderar utöver skadebetingad funktionsnedsättning individens motivation, kön, ålder, etnicitet, tidigare hälsa och livssituation och kontextuella faktorer som omgivningens attityder, arbetsmiljön och möjlighet att anpassa denna och arbetsuppgifterna.

Aktuella systematiska, litteraturgenomgångar visar evidens för att tidig rehabiliteringsmedicinsk intervention efter traumatisk hjärnskada förbättrar långtidsutfallet, att uppföljande rehabilitering är viktig för att upprätthålla funktionsnivån och att specialiserad arbetslivsinriktad rehabilitering har gynnsam effekt. För gruppen med hjärnskakning/lindrig MTBI är tidig adekvat information och möjlighet till kontakt med ett multiprofessionellt specialisteteam nyckelkomponenter för att minska långtidsbesvär. För gruppen med medelsvår eller svår skada är en obruten vårdkedja med tidig tillgång till multiprofessionellt specialistteam och individuellt utformade interventioner avgörande för långtidsutfallet.

Medan det finns nationella riktlinjer för den akuta handläggningen av personer med traumatisk hjärnskada saknas motsvarande riktlinjer för rehabiliteringsprocessen. För det stora antalet personer med lätta och medelssvåra skador, vilka handläggs inom olika akutkliniker, finns i dag en stor variation i uppföljning och åtgärdsprogram. För den mindre gruppen med svår skada finns ett behov av brådskande åtgärder för att säkerställa en adekvat, obruten vårdkedja från neurointensivvårdsavdelning till eget boende eller motsvarande.

Även om olika lokala förutsättningar motiverar olika lösningar finns alltså ett starkt behov av en nationell standardisering, som garanterar enskilda skadade tillgång till adekvat rehabiliteringsmedicinsk kompetens över hela landet.

Den tidiga rehabiliteringsmedicinska interventionen lägger grunden för ett gott utfall också med avseende på arbetsförmåga. Den anslutande arbetslivsinriktade rehabiliteringen måste utgå från den enskildes funktion, förmåga, mål och motivation och utformas i samverkan mellan flera aktörer såsom specialistvård, primärvård, företagshälsovård, kommunala instanser, försäkringskassan och arbetsgivare.

### 5.1.2 Bakgrund

Traumatisk hjärnskada är ett erkänt folkhälsoproblem globalt (1-3) och kan betraktas som en av de stora rehabiliteringsmedicinska utmaningarna också i Skandinavien (4). Kontinuerliga framsteg inom basal neurovetenskap och inom akut och rehabiliteringsmedicinsk neuromedicin ger allt bättre möjligheter att förbättra långtidsutfallet efter traumatisk hjärnskada. För människor som skadas i arbetsför ålder utgör återgång i arbete ett centralt mål både ur individens och ur samhällets synpunkt. En tydlig vårdkedja från det akuta vårdtillfället till den långsiktiga uppföljningen, evidensbaserade rehabiliteringsprogram och adekvat samverkan mellan berörda aktörer kring arbetslivsorienterade åtgärder utgör hörnstenar för att uppnå detta mål. Föreliggande kapitel har ambitionen att belysa utmaningar och möjligheter för den fortsatta utvecklingen och ge förslag till åtgärdsprogram.

### 5.1.3 Definitioner och skadeklassifikation

Med traumatisk hjärnskada (Traumatic Brain Injury/TBI) avses effekten av mekaniska krafter på hjärnans funktion och struktur till följd av yttre våld mot huvudet. Akut manifesteras detta som olika grad av påverkan av vakenhet och medvetandets innehåll och graderas med standardiserad testning av reaktionsmönster med Glasgow Coma Scale/GCS (5) eller den svenska Reaction Level Scale/RLS (6). Internationellt klassificeras traumatisk hjärnskada på basen av anamnes och undersökningsfynd vid första undersökning i lätta (mild/MTBI), medelsvåra (moderate) och svåra (severe) TBI. Den lindrigaste formen av MTBI motsvarar ICD10-diagnosen hjärnskakning (commotio cerebri) och kännetecknas av kortvarig medvetandeförlust och/eller minneslucka men utan

neurologiska bortfallssymptom medan den svåraste formen av TBI motsvarar ett komatöst tillstånd med total avsaknad av någon reproducerbar reaktion vid stimulering.

#### 5.1.4 Incidens och riskfaktorer

En aktuell systematisk litteraturstudie uppskattar den totala incidensen av TBI i Europa till omkring 235 per 100 000 invånare och medan tillförlitliga prevalensdata saknas (2). MTBI utgör den största andelen av alla TBI (7). Flera svenska studier visar att den totala incidensen av personer som vårdats på sjukhus för TBI fram till början av senaste decenniet legat kring 24 000/år och att majoriteten (70–80%) av dessa patienter har haft en lindrig skada (8–9). Aktuella uppgifter indikerar att den totala incidensen av personer som sjukhusvårdas för TBI har minskat under de senaste åren och att detta främst återspeglar en minskning av antalet patienter som sjukhusvårdas efter lindrig skada (4). Främsta förklaringen torde vara att nya evidensbaserade riktlinjer för den akuta handläggningen (10–11) medfört att flera patienter genomgår akut datortomografi och skrivs ut till hemmet om denna är utan anmärkning. En annan aktuell trend i skandinaviska liksom andra europeiska länder är en ökande incidens av TBI med intrakraniella hämatom hos äldre (12–14).

Enligt flera studier drabbas män generellt ungefär dubbelt så ofta som kvinnor av TBI och alkoholpåverkan vid skadetillfället är vanligt. De vanligaste skademekanismerna är fallolyckor i samma plan eller från höjd och transportolyckor. Bland barn och äldre är fallolyckor vanligast. Bland unga vuxna är trafikolycksfall med högenergivåld den vanligaste orsaken till svåra skador.

#### 5.1.5 Skadepatologi enligt modern bilddiagnostik

Den kliniska diagnostiken av intrakraniella förändringar till följd av skada har genomgått en dramatisk utveckling främst tack vare moderna utbildningsmetoder. Den akuta handläggningen av patienter med traumatisk hjärnskada inkluderar nu datortomografi (DT), som har hög diagnostisk säkerhet när det gäller intrakraniella hämatom, kontusioner och kontusionsblödningar, vilka är vanliga komplikationer. Däremot medger DT sämre möjlighet att visuali-

sera så kallad diffus axonskada (Diffuse Axonal Injury/DAI), som anses ha avgörande betydelse för prognosen efter TBI (15). DAI diagnostiseras med högre precision med moderna Magnetresonansmetoder (MRI), vilka också ger allt bättre möjligheter att följa utvecklingen av sekundära, degenerativa vävnadsförändringar efter skadan. Betydelsen av olika skadepatologier för det fortsatta kliniska förloppet är föremål för intensiva studier av stor betydelse för rehabiliteringsprogrammen efter TBI och nya avbildningsmetoder, som ger relevant information, bör fortlöpande introduceras i den kliniska rutinen för rehabiliteringsplaneringen efter TBI. Aktuella studier av patienter med mycket svår TBI och i vegetativt eller närliggande tillstånd har visat att det kan förekomma intakta kognitiva funktioner och kommunikationsförmåga vid användning av avancerade funktionell MRI och sådan diagnostik rekommenderas ingå i handläggningen för denna patientgrupp (16). Steget till sådan rutin i svensk sjukvård förefaller i dag långt.

### 5.1.6 Akuta funktionsnedsättningar och prognos

Hjärnans och skallens anatomi gör att energiöverföringen till hjärnvävnaden vid yttre våld påverkar vissa hjärnregioner oftare än andra men generellt är skadeeffekterna heterogena därför att ingen skademekanism och ingen hjärna eller individ är identisk.

Vid MTBI är den akuta symptomfloran väl kartlagd och typiskt dominerar huvudvärk, trötthet yrsel och olika kognitiva symptom som koncentrations- och minnessvårigheter. Flera studier har visat nedsättning av kognitiva funktioner i det tidiga postakuta skedet. Vanligen avklingar symptom och kognitiv funktionsstörning inom dagar eller veckor och generellt är prognosen efter MTBI vanligen god (17). En andel skadade rapporterar dock kvarstående besvär under tre månader eller längre tid efter skadan. Det saknas en etablerad definition av sådana kvarstående besvär, vilka tidigare ofta har rubricerats "postcommotionellt syndrom". Föreslagna kriterier för detta tillstånd enligt ICD10 och DSMIV omfattar tre eller flera symptom, vilket enligt flera studier rapporteras av 20–30% vid tre månader efter skadan (18–19). Tillståndet har blivit föremål för omfattande studier, som visat betydelsen av flera andra än skadebetingade faktorer – t ex av tidigare och samtidig sjuklighet och psykosocial problematik (20) medan betydelsen av vävnads-skada, särskilt diffus axonskada, fortfarande är oklar. Svenska

studier indikerar att återgång i arbete är huvudregel men att långtids arbetsförmåga föreligger hos kring 5 % efter MTBI (18, 21).

Det bör framhållas att även om andelen är liten motsvarar denna ett stort antal personer med långvarig arbetsförmåga. Det finns viss evidens för att tidig, undervisande information respektive uppföljning av specialiserat team kan minska risken för kvarstående besvär efter MTBI (22). Denna kunskap har dock inte fått genomslag i praktiken och fortsatta utveckling och utvärdering av nya interventionsmodeller är angelägna. Internet för informations-spridning, vägledning och viss behandling efter MTBI erbjuder hittills oprövade möjligheter.

Vid medelsvår och svår skada föreligger initialt alltid en mer omfattande påverkan av vakenhet och orientering, vid de svåraste skadorna långvarigt koma. De sistnämnda övergår senare i antingen successiv förbättrad vakenhet och kognitiv funktion eller i sämsta fall i ett vegetativt tillstånd med återkomst av vakenhetsperioder (ögonöppning) men kvarstående avsaknad av reproducerbara reaktioner på stimulering. Det må framhållas att också i gruppen som uppfyller kriterier för vegetativt tillstånd under första månaderna efter skadan kan finnas patienter med en god återhämtning och återkomst i arbete. Utöver påverkan av vakenhet och kognitiva funktioner förekommer efter TBI en bred flora av störningar av beteende, känsloliv, fokalneurologiska och allmänsomatiska funktionsstörningar.

Det finns ett tydligt samband mellan skadans akuta svårighetsgrad och långtidsutfallet mätt på global nivå – avseende aktivitetsförmåga och social delaktighet. Omkring 50% av hela gruppen med medelsvår eller svår skada har en god långtidsprognos i detta avseende. Aktuella studier visar att den individuella prognosbedömningen kan förbättras med stöd av olika akutvariabler såsom graden av pupillpåverkan och fynd vid datortomografiundersökning (23) men fortfarande kvarstår betydande osäkerhet vid tidig bedömning av den enskilde skadades prognos.

Rehabiliteringsmedicinska aspekter på TBI har blivit belysta i flera svenska studier under senaste åren. Två aktuella svenska avhandlingar belyser aspekter på återgång i arbete efter medelsvår och svår TBI. I en avhandling (24) beskrivs att 53 av 88 patienter, som hade arbete innan skadan var i arbete vid uppföljning 6–15 år efter TBI (25). Frekvensen var lägre hos personer med måttliga eller allvarliga hjärnskador (cirka 50%) jämfört med personer med lätta skador (70%)(25).



I en annan svensk studie (26) jämfördes effekten av tidig, intensiv rehabilitering med sen eller ingen rehabilitering alls. I den första gruppen återgick 43% i arbete medan ingen kom tillbaka i arbete i den andra gruppen. I en aktuell norsk studie (27) beskrivs återgång i arbete hos 58 % av patienter med medelsvår eller svår TBI. Även om dessa studier är små och inte medger generella slutsatser är resultaten i överensstämmelse med andra studier (se nedan) med avseende på frekvensen av återgång i arbete efter TBI respektive effekten av tidig, intensiv rehabiliteringsintervention.

Vid Rehabiliteringsmedicinska universitetskliniken, Stockholm, har ett gruppbehandlingsprogram för personer med kronisk, lätt kognitiv funktionsnedsättning till följd av sjukdom eller skada utvecklats och utvärderats med uppmuntrande resultat (28–30) och bör värderas i större skala för patienter med sådan funktionsnedsättning efter TBI.

### **5.1.7 Evidensbasen för multidisciplinär rehabilitering efter förvärvad hjärnskada**

Lynne Turner Stokes och medarbetare (31) har i en Cochrane-rapport 2005 värderat effektiviteten av multidisciplinär rehabilitering vid förvärvad hjärnskada inklusive TBI för vuxna i arbetande ålder. Elva studier med god metodologisk kvalitet och fem med lägre kvalitet accepterades. Man fann stark evidens för att tidigt givet, adekvat information reducerade symptom efter MTBI och att patienter med en lätt till måttlig hjärnskada hade nytta av uppföljande kontakt med multidisciplinärt specialistteam för individuellt anpassade åtgärder. Det förelåg också begränsad evidens för att strukturerade rehabiliteringsprogram inom slutna specialistvård och specialistbaserade multidisciplinära öppenvårdsprogram minskade funktionshinder.

I en systematisk genomgång av litteraturen och evidensvärdering med två olika värderingsmetoder fann Turner-Stokes 2008 (32) vid värdering enligt Cochranemetodik stark evidens för ett samband mellan intensiteten i rehabiliteringsprogrammen och hastigheten i funktionsförbättringen och medelhög evidens för att uppföljande, öppenvårdsbaserad rehabilitering leder till bibehållen funktionsnivå efter den postakuta rehabiliteringen.

Enligt en komplementär, standardiserad värderingsmetod, som medger inklusion av andra studier än randomiserade, kontrollerade

behandlingsstudier (RCT), förelåg stark evidens för gynnsam effekt av specialiserade rehabiliteringsprogram inklusive arbetslivsinriktad rehabilitering och för rehabiliteringsprogrammets kostnadseffektivitet.

Tre studier avseende nyttan av specialiserade arbetslivsinriktade rehabiliteringsprogram hade hög evidens (33–35). Turner Stokes konstaterade dock att den rapporterade frekvensen av anställning efter traumatisk hjärnskada var nedslående och varierade mellan 27% och 39%, och gjorde tolkningen att det finns behov av mer noggrann selektion av patienter för de aktuella programmen.

Författaren poängterar också vikten av utrymme för rehabiliteringsinsatser lång tid efter skadan, vilket illustreras av exempel på återgång till hög anställningsnivå 11 år efter traumat (36) och av att ett stort frånfall från anställning inträffade mellan två och fem år efter skadan (37–38).

Vidare framkom evidens för kostnadseffektivitet vid jämförelse av lön för betalt arbete med kostnaderna för rehabiliteringsprogrammet (34–35). Det kan vara värt att relatera ovanstående data till i dag gällande tidsramar för arbetsträning efter skada (3 månader).

#### **5.1.8 Kompletterande litteraturgenomgång avseende rehabiliteringsmedicinsk intervention efter TBI med fokus på faktorer som påverkar återgång i arbete**

Vi har gjort en aktuell sökning av litteratur, som publicerats under de senaste tio åren med avsikten att undersöka om det finns studier, som kompletterar bilden av ovan refererade data men utan möjlighet eller avsikt att göra en systematisk evidensvärdering. I litteratursökningen identifierades 185 vetenskapliga artiklar (sökstrategi och komplett referenslista enligt Appendix) av vilka en del har berörts ovan.

Generellt framkommer att den rapporterade frekvensen av återgång till arbete efter TBI uppvisar stor variation (12–70%) och att frekvensen är lägre vid medelsvår och svår TBI jämfört med vid MTBI. I linje med redovisningen ovan framkommer samstämmiga uppgifter från flera studier om att faktorer som har effekt på långtidsutfallet visavi arbetsförmåga inkluderar hjärnskadans karaktär, grad av kognitiv funktionsstörning, hur tidigt rehabiliteringsinsatser påbörjas, rehabiliteringsprogrammets intensitet och

deltagande i program för rehabilitering vid specialistklinik och stöd för att rehabiliteringsåtgärder under upp till mer än tio år efter skadan kan öka möjligheten att vara kvar i arbete.

Vidare framkommer att en del studier har identifierat att flera andra faktorer kan ha effekt på förloppet och därför motiverar särskild uppmärksamhet både i nuvarande praktik och i fortsatta studier. Flera av dessa är inbördes korrelerade och en del kan uppfattas (vår bedömning) som tillgängliga för riktade interventioner, vilket kort kommenteras nedan:

*Medicinska faktorer* – vårdtidens längd (som återspeglar skadans svårighetsgrad och förekomsten av andra skador och annan eventuell sjuklighet), funktionsnivå vid utskrivning, psykiatrisk symptomatologi med psykos, nedstämdhet, uttrötbarhet och beteendestörningar har prognostisk betydelse visavi återgång i arbete. Post traumatisk stress-syndrom (PTSD) har rapporterats föreligga hos cirka en tredjedel efter TBI och kan ha inverkan på återgång i arbete. Differentialdiagnostiken mellan MTBI och PTSD är ett aktuellt studieområde och kräver kvalificerad kompetens (39).

Kommentar: flera samvarierande faktorer, understryker behovet av multidisciplinär rehabiliteringsmedicinsk kompetens.

*Motivation – den skadades.*

Kommentar: Motivation är en komplex variabel, som kan påverkas av många faktorer inklusive hjärnskadan i sig. Kartläggning av motivationen utgör en självklar förutsättning för den gemensamma rehabiliteringsplaneringen och målformuleringen.

*Attityder* – den skadades och arbetsgivarens attityder kan vara väsentliga hinder för återgång i arbete, särskilt om arbete inte längre definierats som det primära värdet i livet av den skadade(40).

Kommentar: Attityder kan påverkas.

*Ålder* – ålder vid skada och ålder vid intervention har i vissa studier men inte i andra visats vara korrelerade till arbetsåtergång efter skadan.

Kommentar: ålder i sig är inte kriterium för ambitionsnivå.

*Etnicitet* – Etniska minoriteter har visats ha svårare för återgång i arbete efter hjärnskada.

Kommentar: Ett inte oväntat fynd, som överensstämmer med situationen på arbetsmarknaden i stort och som motiverar särskilda resurser för arbetsrehabiliterande insatser.

*Kön* – uppgifter om eventuella effekter av kön är motstridiga – kvinnor har i en del studier sämre och i andra studier bättre utfall efter rehabilitering. Det finns data som talar för att män efterfrågar och får mer rehabiliteringsinsatser än kvinnor.

Kommentar: Tillgång till adekvat rehabilitering ska vara likvärdig för alla.

*Psykosocial miljö innan olyckan* – Äktenskapligt status, huruvida den skadade varit anställd eller arbetslös innan skadan och missbruk påverkar prognosen för återgång i arbetet.

Kommentar: All rehabiliteringsmedicinsk planering måste ta hänsyn till hela den psykosociala situationen.

*Ekonomiska förhållanden* – Inkomstnivå innan skadan och ersättningsförhållanden i efterförloppet. Ersättningsökande beteende har visats leda till senare återgång i arbete.

Kommentar: Förmodligen mindre betydelsefull faktor i svensk kontext jämfört med länder med andra försäkringssystem.

*Patientcentrerad intervention av arbete och arbetsplats* – Individuell anpassning av arbete och arbetsplats har visats vara viktig för möjlighet att återgå i arbete.

Kommentar: I den svenska modellen utgör detta ett fokus för samordning med arbetsgivare för patienter, som handläggs vid rehabiliteringsmedicinska specialistkliniker.

Sammanfattningsvis visar litteraturen på betydelsen av ett flertal faktorer, som kan påverka prognosen för återgång i arbetet efter TBI. Flera av dessa faktorer är påverkbara och erbjuder alltså utrymme för meningsfulla, rehabiliteringsmedicinska interventioner. Dagens etablerade rehabiliteringsmedicinska praktik torde i möjligaste mån beakta detta. Brister i detta avseende betingas snarare av begränsade resurser för uppgiften och av otydliga vårdkedjor så att skadade får tillgång till adekvata insatser för sent eller inte alls.

### 5.1.9 Kvalitetsregister, nuvarande vårdkedja och tillgänglighet till adekvata rehabiliteringsprogram

Rehabiliteringsmedicinsk kompetens finns numer på alla regionsjukhus och flertalet centrallasarett i Sverige. Svensk rehabiliteringsmedicin äger ett nationellt kvalitetsregister (Webrehab), som administreras av kompetenscentrum för kvalitetsregister i Uppsala och sedan några år samlar data från alla slutenvårdstillfällen inom specialiteten, inklusive för patienter med traumatisk hjärnskada. Registret har en ökande täckningsgrad och kommer att samla uppföljningsdata också från öppenvård.

Motsvarande nationella register för patienter med traumatisk hjärnskada är under utveckling i de skandinaviska grannländerna där betydande satsningar på utvecklingen av rehabiliteringsprogrammen efter traumatisk hjärnskada har genomförts. Webrehab erbjuder möjligheter att värdera effekten av nationella åtgärder av den typ som vi avslutningsvis föreslår.

Vårdkedjan efter traumatisk hjärnskada kan enklast sammanfattas med utgångspunkt i den akuta skadeklassifikationen och initialt omhändertagande i sjukvården:

*Patienter med lindrig MTBI/hjärnskakning* handläggs vid akutmottagningar på ett stort antal akutsjukhus. Patienter skrivs antingen ut till hemmet direkt från akutmottagningen eller från vårdavdelning efter kort tids observation. Vid kvarstående problem hänvisas vanligen till primärvården. Det finns sannolikt betydande brister när det gäller tidigt meddelad information om skadan, om förväntat symptomförlopp och om lämpligt förhållningssätt/regim av den typ som visats kunna reducera långtidsbesvär. Handläggningen inom primärvården torde variera liksom samarbetsformerna med rehabiliteringsmedicinska specialistkliniker, som generellt har kompetens för adekvat intervention vid hotande eller uppenbara långtidsbesvär. Formerna för samarbete med andra aktörer vid behov av arbetslivsinriktad rehabilitering varierar. Det finns ett starkt behov av nationella riktlinjer, som baseras på tillgänglig evidens.

*Patienter med komplicerad MTBI eller medelsvår TBI* men utan behov av akut neurokirurgisk intervention vårdas vanligen på akutvårdsavdelningar inom allmänkirurgi eller annan specialitet och remitteras vid kliniskt uppenbar funktionsnedsättning till

rehabiliteringsmedicinsk klinik. Vid kliniskt mindre framträdande problematik finns risk för utebliven, kvalificerad uppföljning och adekvata rehabiliteringsinsatser och för komplikationsutveckling. Handläggningen varierar mellan olika landsting och omfattningen av problemet är svår att uppskatta. En indikator är antalet remisser som inkommer ”för sent” i efterförloppet till rehabiliteringsmedicinska kliniker men systematisk dokumentation av detta saknas.

*Patienter med svår TBI* vårdas initialt inom intensivvård/neurokirurgi och remitteras regelmässigt till rehabiliteringsmedicinska specialistkliniker på centrallasarett eller regionsjukhus. Det är dock väl dokumenterat att det finns stora brister i den fortsatta vårdkedjan.

En aktuell inventering av vårdkedjan efter svår TBI i tre mellansvenska regioner visade att patienter med svår TBI vårdades på i medeltal 4.6 enheter mellan första instans och eget boende/motsvarande (41). Det finns sannolikt flera orsaker med varierande dignitet över tid i olika regioner men det är väl känt att dessa omfattar kravet på snabb utskrivning från hårt belastade akutkliniker (neurointensivvård, neurokirurgi), underdimensionerad slutenvård på rehabiliteringsmedicinska specialistkliniker och tröghet i kommunalt agerande vid t ex utskrivning till anpassad bostad och/eller med personlig assistans.

En aktuell svensk undersökning av uppfattningar om och attityder till behov av rehabiliteringsmedicinska insatser för patienter i vegetativt tillstånd indikerar också behov av utbildning om tillståndet för att ge underlag för adekvat handläggning av dessa patienter i vårdkedjan (42). Från rehabiliteringsmedicinskt håll görs och har gjorts flera försök att få uppmärksamhet kring denna mänskligt och samhällsekonomiskt mycket otillfredsställande situation. En översyn och nationella riktlinjer är angelägen och bör överväga en stark centralisering särskilt för mycket svårt skadade personer (43–44).

Vid jämförelse med nordiska grannländer (Norge och Danmark) framstår ambitionsnivån och kvaliteten för denna grupp som utmanande undermålig (4). Det är rimligt att anta att också ekonomiska kostnader – för sjukvård, kommunala insatser, personlig assistans/Försäkringskassa/stat och produktionsbortfall – är högre än motsvarande kostnader för en optimal vårdkedja.

Sammanfattningsvis finns en stor förbättringspotential när det gäller rehabiliteringsprocessen efter TBI Sverige. Vi finner att det finns starka argument för ett flertal angelägna och meningsfulla åtgärder för att säkerställa både bästa möjliga livsvillkor för personer som drabbats av traumatisk hjärnskada och en god kostnadseffektivitet.

## Referenser

1. Thurman DJ, Alverson C, Dunn KA, Guerrero J, Sniezek JE. Traumatic brain injury in the United States: A public health perspective. *J Head Trauma Rehabil.* 1999 Dec;14(6):602–15.
2. Tagliaferri F, Compagnone C, Korsic M, Servadei F, Kraus J. A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. *Acta Neurochir (Wien).* 2006 Mar;148(3):255–68; discussion 68.
3. Bener A, Omar AO, Ahmad AE, Al-Mulla FH, Abdul Rahman YS. The pattern of traumatic brain injuries: a country undergoing rapid development. *Brain Inj.* Feb;24(2):74–80.
4. Borg J, Röe, C., Nordenbo, A., Andelic, N., deBoussard, C., af Geijerstam, JL. Trends and challenges in the early rehabilitation of patients with traumatic brain injury – a Scandinavian perspective. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation.* 2010;Accepted.
5. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet.* 1974 Jul 13;2(7872):81–4.
6. Starmark JE, Stalhammar D, Holmgren E. The Reaction Level Scale (RLS85). Manual and guidelines. *Acta Neurochir (Wien).* 1988;91(1–2):12–20.
7. Cassidy JD, Carroll LJ, Peloso PM, Borg J, von Holst H, Holm L, et al. Incidence, risk factors and prevention of mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J Rehabil Med.* 2004 Feb(43 Suppl):28–60.
8. Kleiven SPPvHH. The epidemiology of head injuries in Sweden from 1987 to 2000. *Injury Control & Safety Promotion* 2003;10(3):173–80.
9. Peloso PMvH, H. Borg, J. Mild traumatic brain injuries presenting to Swedish hospitals in 1987–2000. *J Rehabil Med.* 2004;43(suppl):22–7.
10. Hjärnskakning : övervakning på sjukhus eller datortomografi och hemgång? : en systematisk litteraturöversikt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2006.



11. Ingebrigtsen T, Romner B, Kock-Jensen C. Scandinavian guidelines for initial management of minimal, mild, and moderate head injuries. The Scandinavian Neurotrauma Committee. *J Trauma*. 2000 Apr;48(4):760–6.
12. Andelic N, Sigurdardottir S, Brunborg C, Roe C. Incidence of hospital-treated traumatic brain injury in the Oslo population. *Neuroepidemiology*. 2008;30(2):120–8.
13. Jacobsson LJ, Westerberg M, Lexell J. Demographics, injury characteristics and outcome of traumatic brain injuries in northern Sweden. *Acta Neurol Scand*. 2007 Nov;116(5):300–6.
14. Styrke J, Stalnacke BM, Sojka P, Bjornstig U. Traumatic brain injuries in a well-defined population: epidemiological aspects and severity. *J Neurotrauma*. 2007 Sep;24(9):1425–36.
15. Povlishock JT, Katz DI. Update of neuropathology and neurological recovery after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 2005 Jan–Feb;20(1):76–94.
16. Monti MM, Laureys S, Owen AM. The vegetative state. *BMJ*. 2010;341:c3765.
17. Carroll LJ, Cassidy JD, Peloso PM, Borg J, von Holst H, Holm L, et al. Prognosis for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J Rehabil Med*. 2004 Feb(43 Suppl):84–105.
18. Lundin A, Nygren C, Edman G, Borg J. Symptoms and Disability until Three Months after Mild traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2006;20(8):799–806.
19. Stalnacke BM, Bjornstig U, Karlsson K, Sojka P. One-year follow-up of mild traumatic brain injury: post-concussion symptoms, disabilities and life satisfaction in relation to serum levels of S-100B and neurone-specific enolase in acute phase. *J Rehabil Med*. 2005 Sep;37(5):300–5.
20. Iverson GL. Outcome from mild traumatic brain injury. *Curr Opin Psychiatry*. 2005 May;18(3):301–17.
21. Stalnacke BM, Elgh E, Sojka P. One-year follow-up of mild traumatic brain injury: cognition, disability and life

- satisfaction of patients seeking consultation. *J Rehabil Med.* 2007 May;39(5):405–11.
22. Borg J, Holm L, Peloso PM, Cassidy JD, Carroll LJ, von Holst H, et al. Non-surgical intervention and cost for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J Rehabil Med.* 2004 Feb(43 Suppl):76–83.
  23. Perel P, Arango M, Clayton T, Edwards P, Komolafe E, Poccock S, et al. Predicting outcome after traumatic brain injury: practical prognostic models based on large cohort of international patients. *BMJ.* 2008 Feb 23;336(7641):425–9.
  24. Jacobsson L. Long-term outcome after traumatic brain injury. Studies of individuals from northern Sweden. Luleå: Luleå Universitet 2010.
  25. Jacobsson LJ, Westerberg M, Soderberg S, Lexell J. Functioning and disability 6–15 years after traumatic brain injuries in northern Sweden. *Acta Neurol Scand.* 2009 Dec;120(6):389–95.
  26. Sorbo A, Rydenhag B, Sunnerhagen KS, Blomqvist M, Svensson S, Emanuelson I. Outcome after severe brain damage, what makes the difference? *Brain Inj.* 2005 Jul;19(7):493–503.
  27. Andelic N, Hammergren N, Bautz-Holter E, Sveen U, Brunborg C, Roe C. Functional outcome and health-related quality of life 10 years after moderate-to-severe traumatic brain injury. *Acta Neurol Scand.* 2009 Jul;120(1):16–23.
  28. Bartfai A, Thorstensson, P., Norlin-Bagge, E., Arserius, E., Lorentzen, N., Hellberg-Edström, G., Karlstedt, D. Group treatment program for patients with long-term sequelae of mild brain injury. *SCR Society for Cognitive Rehabilitation News Bulletin.* 2000 August 2000.
  29. Nilsson C, Bartfai A, Lofgren M. Holistic group rehabilitation – a short cut to adaptation to the new life after mild acquired brain injury. *Disabil Rehabil.* 2010 Nov 10.
  30. Rudolfsson A, Forsgren R, Holmlund B, Sojka P, editors. Effekter av kognitiv rehabilitering i grupp för personer med lätt förvärvad hjärnskada. *Läkarstämman;* 2009.

31. Turner-Stokes L, Disler PB, Nair A, Wade DT. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005(3):CD004170.
32. Turner-Stokes L. Evidence for the effectiveness of multi-disciplinary rehabilitation following acquired brain injury: a synthesis of two systematic approaches. *J Rehabil Med*. 2008 Oct;40(9):691–701.
33. Abrams D, Barker LT, Haffey W, Nelson H. The economics of return to work for survivors of traumatic brain injury: Vocational services are worth the investment. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 1993;8(4):59–76.
34. Murphy L, Chamberlain E, Weir J, Berry A, Nathaniel-James D, Agnew R. Effectiveness of vocational rehabilitation following acquired brain injury: preliminary evaluation of a UK specialist rehabilitation programme. *Brain Inj*. 2006 Oct;20(11):1119–29.
35. Wehman P, Kregel J, Keyser-Marcus L, Sherron-Targett P, Campbell L, West M, et al. Supported employment for persons with traumatic brain injury: a preliminary investigation of long-term follow-up costs and program efficiency. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003 Feb;84(2):192–6.
36. Klonoff PS, Lamb DG, Henderson SW. Outcomes from milieu-based neurorehabilitation at up to 11 years post-discharge. *Brain Inj*. 2001 May;15(5):413–28.
37. Olver JH, Ponsford JL, Curran CA. Outcome following traumatic brain injury: a comparison between 2 and 5 years after injury. *Brain Inj*. 1996 Nov;10(11):841–8.
38. Sander AM, Roebuck TM, Struchen MA, Sherer M, High WM, Jr. Long-term maintenance of gains obtained in postacute rehabilitation by persons with traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 2001 Aug;16(4):356–73.
39. Carlson KF, Kehle SM, Meis LA, Greer N, Macdonald R, Rutks I, et al. Prevalence, Assessment, and Treatment of Mild Traumatic Brain Injury and Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review of the Evidence. *J Head Trauma Rehabil*. Jul 13.
40. Krakau K, Hansson A, Karlsson T, de Boussard CN, Tengvar C, Borg J. Nutritional treatment of patients with

- severe traumatic brain injury during the first six months after injury. *Nutrition*. 2007 Apr;23(4):308–17.
41. Krakau K, Omne-Ponten M, Karlsson T, Borg J. Metabolism and nutrition in patients with moderate and severe traumatic brain injury: A systematic review. *Brain Inj*. 2006 Apr;20(4):345–67.
  42. Godbolt AK, Tengvar C, Johansson B, Swartling M, Stenson S, Borg J.  
Opportunity for In-Patient Brain Injury Rehabilitation for Persons in a Vegetative State: Survey of Swedish Physicians. Accepted for publ. in *American J of Physical Medicine and Rehabilitation* 2011.
  43. Tengvar C, Borg J. Severe brain injuries – trends and current development *Incitament*. 2008;17(1):14–7
  44. Tengvar C, Krakau K, Molander C, Borg J. [Time for better organization of brain injury rehabilitation!]. *Lakartidningen*. 2006 Nov 22–28;103(47):3685–6.

## APPENDIX

Strategi vid litteratursökning

Litteratursökningen har omfattat följande databaser: Cochrane library, Medline, Psych info, Embase och CINAHL under åren 2000–2010 och använt sökorden Traumatic Brain Injury, Rehabilitation, Vocational rehabilitation, Job, Work och Back-to-work.

Referenser avseende 185 artiklar identifierade artiklar kan rekvireras från författarna.

## 5.2 Stroke, MS och Parkinson

### 5.2.1 Sammanfattning

Inom stroke, MS, Parkinson och övriga neurologiska sjukdomsgrupper finns inga tydliga förslag på specifika åtgärder för återgång i arbete. Man talar i samtliga dokument om vikten av team med flera yrkeskategorier för att rehabiliteringen ska bli så effektiv och framgångsrik som möjligt. Eftersom ålder för insjuknande i stroke är hög 73 år, finns inte yrkesinriktad rehabilitering med som en självklar del i den rehabilitering som erbjuds, men finns med för de personer där detta är ett mål och möjligt, utifrån ålder och sjukdomsbild.

Beträffande både MS och Parkinsons sjukdom påtalas behovet att flera rehabiliterings-professioner är involverade i rehabiliteringen. Tidigt inriktade åtgärder mot arbetsåtergång påtalas i många studier med stöd till personen vid kontakter med arbetsplats och arbetslag och åtgärder för att möjliggöra återgång i arbete.

Utifrån ovanstående resonemang om rehabilitering som är betydligt vidare än enbart resultatet ”återgång i arbete”, kan vi konstatera att för flera av de neurologiska grupperna påbörjas rehabiliteringen direkt efter insjuknandet. Initialt har det fokus på återtagande av grundläggande funktioner, aktiviteter och delaktighet i den takt och i den mån det är möjligt för individen. För de individer som är i yrkesverksam ålder, påbörjas även yrkesinriktad rehabilitering när de grundläggande funktionerna och förmågorna återtagits. Det enda som kan plockas fram som visas i flera studier är behovet av flera yrkesgrupper inom rehabiliteringen, samt ett tydligt fokus på återgång i arbete, med fokus både på individens resurser, men även på arbetsplatsens möjligheter att anpassa arbetsuppgifter och miljö. Några studier påtalar också behovet av stöd från rehabiliteringspersonal för att möjliggöra återgång i arbete.

### 5.2.2 Bakgrund

För varje diagnosgrupp har sökning av underlag med utfallsmått ”Återgång i arbete” genomförts. Initialt kan vi därför konstatera att det inom de flesta av dessa områden inte finns mycket med det eftersökta utfallsmåttet. Vid diskussioner om denna problematik har det framkommit viktiga synpunkter om att bristen på evidens

för rehabilitering med återgång i arbete som utfall, inte får tolkas som att rehabilitering inte är effektiv.

Det finns en mängd studier som pekar på positiva effekter av rehabilitering på den neurologiskt drabbade individens kroppsliga funktioner, aktiviteter och delaktighet i samhället. Däremot finns få studier inom neurologi som har utfallsmått, återgång i arbete.

### 5.2.3 Rehabilitering

Inom neurologi och särskilt stroke finns en ansenlig mängd artiklar publicerade om rehabilitering. Tyvärr saknas dock studier som tydligt beskriver åtgärder och utfall i återgång till arbete. Vi vill därför förtydliga att rehabilitering fungerar väl för flera av de grupper som belyses i denna genomgång, genom att underlätta vardagen för de olika individerna. Däremot behövs flera studier som använder återgång i arbete som utfallsmått för att vi ska kunna uttala oss om det finns metoder som tydligt visar att de underlättar återgång i arbete. Flera studier pekar på vikten av flerprofessionella eller multimodala team och behov av stöd i vardagen, vilket för de i arbetsför ålder även inbegriper stöd för återgång i arbete.

### 5.2.4 Stroke

I de senaste nationella riktlinjerna (2009) utgivna av Socialstyrelsen (1) finns en genomgång av litteratur och evidens för olika rehabiliteringsåtgärder efter stroke. Dessa åtgärder är prioriterade efter bästa evidens, tillståndets svårighetsgrad, effekt av åtgärd och kostnad. Vård på stroke-enhet har en prio 1 men följande två mer direkta rehabiliteringsåtgärder också fick prio 1:

1. ADL-träning i hemmet efter utskrivning för personer med kvarstående nedsatt ADL
2. Träning med sjukgymnastik hos personer med nedsatt motorik

Övriga åtgärder gavs lägre ranking i Socialstyrelsens rekommendationer. Det underlag som användes för de nationella riktlinjerna har inte haft 'återgång i arbete' som utfallsvariabel, varför någon mer information inte kunnat hämtas där. Riks-Stroke kom för första gången 2009 med en 1 års uppföljning som omfattar personer som vårdats på stroke-enhet i Sverige, 15 511 enkäter

skickades ut och man hade en svarsfrekvens på 78,7 %. I denna kan man se att av de som har upplevt ett behov av rehabilitering under första året, har 30% bara delvis fått sina behov tillgodosedda och 13 % inte alls. Yrkesarbetande innan var 27 % (3 493). Vid 1 år var 40 % åter i arbete, helt eller delvis. De med svårare stroke som har behövt längre ineliggande rehabilitering har inte lika hög arbetsåtergång vid 1 år; Från Riks-Stroke ges information att 30 % (105 personer) var tillbaka helt eller delvis vid 1 års uppföljning. Från Riks-stroke framkommer att få personer upplever sig ha fått sina behov av rehabilitering tillgodosedda. Arbetsgivaren är den som har varit mest behjälplig (68 %) vilket ska jämföras med Försäkringskassan (25 %) och Arbetsförmedlingen (7 %). Det går inte att utläsa vilken hjälp som har givits eller efterfrågats ifrån hälso-och sjukvården för arbetslivsinriktad rehabilitering.

Sammanställning av litteratur ger vid handen att många studier visar på vilka funktionstillstånd som är relaterade till återgång i arbete i större utsträckning än beskrivning av åtgärder som kan leda till återgång i arbete.

En studie från Japan visar på att kön, den hemiplegiska handens funktion och möjlighet att klara sitt ADL är signifikanta determinanter för återgång i arbete (2).

En svensk studie visar att externt stöd från andra, positiva attityder till återgång i arbete var faktorer av betydelse (3). Samtidigt skriver de att kognitiva faktorer och självständig ADL inte var associerade till återgång i arbete, vilket de däremot visade att bättre fysisk funktion som att springa en kort distans var.

I en review-artikel från 2009 av Wolfenden och Grace (4), om återgång i arbete efter stroke redovisas flera studier som beskriver procentuell återgång i arbete efter stroke, men ingen av dessa artiklar visar på någon specifik metod för rehabilitering tillbaka till arbete.

Följande rekommendationer ges utifrån den litteratur som de granskat:

- rehabiliteringsprofessionerna har en roll både inom social-politiska förändringar och att ge service (5);
- under rehabiliteringsfasen måste åtgärder inriktas mot återgång i arbete (6);
- utbildning och tillhandahållande av specifikt riktad information krävs inom kommunen, för arbetsgivare och yrkesverksamma,



för att underlätta delaktighet och autonomi för yngre personer med stroke (5);

- under hela återhämtningsfasen på arbetsplatsen måste lämplig rehabilitering ges utifrån individens behov (5)
- formellt strukturerat stöd behövs för att upptäcka stroke-relaterade svårigheter i arbetslaget, med intentionen att stödja personen med stroke att fortsätta vara en värdefull medlem i arbetslaget (7)

Ytterligare en litteraturgranskning är genomförd av Treger, Shames, Giaquinto & Ring (8) som summerar att ett flertal riskfaktorer finns för misslyckande med RTW (return-to-work), och ingen modell kan predicera på ett riktigt sätt för någon specifik patient om hon eller han kommer att återgå i arbete. De betonar vikten av att rehabiliteringspersonalen, som har en unik position att underlätta återgång i arbete, måste ta ledningen för att övertyga vårdgivare och lagstiftare om behovet att påskynda forskning och interventioner inom detta område.

En kvalitativ litteraturgranskning om yngre vuxnas erfarenheter av stroke (9) sammanfattar att stroke har en förödande effekt på yngre vuxna och deras familjer, och menar att de måste remitteras till stödgrupper för unga vuxna. De ofta osynliga effekterna av stroke kan ha tydlig inverkan på relationer och social delaktighet inklusive möjligheten att återgå i arbete.

Sammanfattningsvis visar studierna om stroke och återgång i arbete att det är funktionsnedsättningarna som avgör om en person med stroke kan återgå i arbete eller inte, samt förmåga att klara sitt ADL. Dessutom är dessa personer i behov av partiell sjukskrivning för en gradvis ökning av belastningen vid arbetsåtergång efter insjuknandet.

Litteraturgenomgångar visar också på vikten av att tidigt efter insjuknandet påbörja åtgärder mot återgång i arbete, där flera rehabiliteringsprofessioner är viktiga för både utbildning av personal och arbetsplatser, samt för att förbereda personen med stroke på återgången i arbete. Även socialt stöd under återhämtningsfasen påtalas och betonas. Samtliga studier visar på behov av mera kunskap inom detta område.

### 5.2.5 Multipel Skleros – MS

Inom denna diagnosgrupp finns få studier med utfallsmått återgång i arbete. Riktlinjer för sjukskrivning ger vid handen att dessa personer är i behov av partiell sjukskrivning för en gradvis ökning av belastningen vid arbetsåtergång efter insjuknande och efter skov. Arbete i sig påverkar inte sjukdomsaktiviteten eller förloppet. En studie beskriver ett positivt samband mellan en multidimensionell skattning av egenvård, medicinering med DMT – disease modifying therapy, och anställning (10). De beskriver att både egenvård och medicinering har en positiv inverkan på anställning.

En annan studie beskriver att symptomens svårighetsgrad förutsäger om en person med MS är redo för återgång i arbete (11). Att kunna klara interaktionen mellan symptomen på MS, kraven i arbetet och den fysiska miljön anges som ett behov hos dessa personer för att klara återgång i arbete, samt att få kunskap om arbetsmiljö och relevant arbetslagstiftning (12).

En studie i HongKong beskriver att den unika lokala situationen är relaterad till möjlig anställning (13). Flera studier påtalar behovet att fokusera på arbetsåtergång och att få tillgång till ett multimodalt team, men studierna är få och inga tydliga åtgärder för arbetsåtergång kan tas fram (14; 15; 16; 17).

För personer med Multipel Scleros finns ett konsensusdokument framtaget av Svenska MS-sällskapet, som påtalar behovet och vikten av att personer med MS får tillgång till rehabilitering. Dokumentet är daterat 2008-04-25 och undertecknat av Ulrika Einarsson, KS, Kristina Gottberg, KI och Jan Lexell, Lunds universitetssjukhus (18).

### 5.2.6 Parkinson

Personer som drabbas av Parkinson har en insjuknandeålder på ca 55 år. Trots detta finns det mycket få studier med utfallsmått återgång i arbete för denna diagnosgrupp. En av förklaringarna kan vara att de tidiga symptomen kan regleras med medicinering upp till 10 år och därefter är arbete inte längre aktuellt.

De riktlinjer som finns för sjukskrivning påtalar att arbeten som kräver hög koncentration, snabb uppfattningsförmåga och god finmotorik kan vara olämpliga för personer med Parkinson. Där

påtalas att behovet av nedsatt arbetstid, förändrade arbetsuppgifter och arbetsprövning kan bli aktuellt.

Parkinsonförbundet i Sverige har givit ut ett dokument med målbeskrivning för rehabilitering vid Parkinsons sjukdom (19). Där påtalas att ett team bör vara verksamt inom rehabiliteringen och att åtgärderna ska vara målinriktade. Eftersom Parkinson kan debutera hos personer i yrkesverksam ålder, påtalas att även yrkesinriktad rehabilitering skall övervägas.

### 5.2.7 Övriga neurologiska sjukdomsgrupper

En sökning har även genomförts för framtagning av litteratur vid andra neurologiska sjukdomar, där resultaten vad gäller utfallsmått tyvärr liknar de övriga grupperna.

### 5.2.8 Artikelsökningar

#### Stroke:

Sökningar har genomförts i PubMed samt i CINAHL och sökorden har varit Stroke, Cerebrovascular disorders, Cerebrovascular Accidents, Ischemic Attack, Transient samt Rehabilitation, Back to work, Return to Work, Vocational Rehabilitation, Reemployment, Insurance benefits. Omfattningen var från år 2000 och från PubMed framkom 65 artiklar, varav 13 hade information om rehabilitering eller återgång i arbete. Från Cinahl framkom 9 artiklar men ingen av dessa artiklar hade någon information om åtgärder för återgång i arbete.

#### MS

Sökningar har gjorts i PubMed, Cinahl, Embase, Ovid Technologies och MEDLINE med överlappande resultat. Från PubMed 29 artiklar, Cinahl 26 artiklar, Embase 72 artiklar, Ovid 18 artiklar samt MEDLINE 68 artiklar. Även här tar de flesta artiklar upp olika funktionsnedsättningar och deras relation till utfallsmåtten. Få studier har 'återgång i arbete' som utfallsmått. Från Embase, den som gav flest artiklar finns sex artiklar med relevans för denna sökning.

## Parkinson

I databasen MEDline fanns 10 artiklar, där ingen var relevant för vår sökning. Embase gav 27 artiklar och ingen av dessa har relevans för återgång i arbete utan är framför allt fokuserade på funktionsnedsättningar och underlättande åtgärder i dagligt liv.

## Referenser

1. Socialstyrelsen, 2009. Nationella riktlinjer för Stroke. Artikelnr: 2009-11-4
2. Saeki S & Toyonga T. Determinants of early return to work after first stroke in Japan. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2010;42(3):254–258
3. Lindström B, Röding J & Sundelin G. Positive attitudes and preserved high level of motor performance are important factors for return to work in younger persons after stroke: a national survey. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2009;41(9):714–718
4. Wolfenden B & Grace M. Returning to work after stroke: a review. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2009;32(2):93–97
5. Kersten P, Low J, Ashburn A, George S & McLellan D. The unmet needs of young people who have had a stroke: results of a national UK survey. *Disability and Rehabilitation*, 2002;24:860–866
6. Koch L, Egbert N, Coeling H & Ayres D. Returning to work after the onset of illness: experiences of right hemisphere stroke survivors. *Rehabilitation and Counseling*, 2005;48:209–218
7. Gates L. Workplace accommodation as a social process. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2000;10:85–98
8. Treger I, Shames J, Giaquinto S & Ring H. Return to work in stroke patients. *Disability and Rehabilitation*, 2007;29(17):1397–1403
9. Lawrence M. Young adults' experience of stroke: a qualitative review of the literature. *British Journal of Nursing*, 2010;19(4):241–248
10. Bishop M, Frain MP, Rumrill PD & Rymond C. The relationship of self-management and disease modifying therapy use to employment status among adults with multiple sclerosis. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2009;31(2):119–127
11. Pack TG & Szirony GM. Predicting readiness to return to work in a population with multiple sclerosis. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2009;31(2):91–105

12. Sweetland J, Riazi A, Cano SJ & Playford ED. Vocational rehabilitation services for people with multiple sclerosis: what patients want from clinicians and employers. *Multiple Sclerosis*, 2007;13(9):1183–1189
13. Lee RKY & Chan CCH. Factors affecting vocational outcomes of people with chronic illness participating in a supported competitive open employment program in Hong Kong. *Work*, 2005;25(4):359–368
14. Lage MJ, Castelli-Haley J & Oleen-Burkey MA. Effect of immunomodulatory therapy and other factors on employment loss time in multiple sclerosis. *Work*, 2006;27(2):143–151
15. Roessler RT, Rumrill PD & Fitzgerald SM. Factors affecting the job satisfaction of employed adults with multiple sclerosis. *Journal of Rehabilitation*, 2004;70(3):42–51
16. Pack TG, Turner R, Roessler RT & Robertson J. Prediction of turnover intentions among employed adults with multiple sclerosis. *Journal of Rehabilitation*, 2007;73(3):26–35
17. Fraser RT, Johnson EK, Clemmons DC, Getter A, Johnson KL & Gibbons L. Vocational rehabilitation in multiple sclerosis (MS): a profile of clients seeking services. *Work*, 2003;21(1):69–76
18. Einarsson U, Gottberg K & Lexell J. Konsensus kring rehabilitering för personer med Multipel skleros (MS) i Sverige. Svenska MS-sällskapet, 2008
19. Parkinsonförbundet. Målbeskrivning för rehabilitering vid Parkinsons sjukdom fastställd av Parkinsonförbundet, 2008

## 6 Onkologi

Roger Henriksson, ordförande och medlem i rehabiliteringsrådet, professor, verksamhetschef Stockholm onkologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Kristina Alexanderson, professor, Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, Stockholm

Mia Bergenmar, Med Dr, sjuksköterska – huvudansvar litteraturgranskning, Stockholm onkologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Pia Dellson, specialistläkare i onkologi och psykiatri, överläkare, Skånes onkologiska klinik, ordförande Svensk förening för psykosocial onkologi och rehabilitering (Swedpos)

Maria Hellbom, Fil Dr, psykolog, sektionschef Rehabilitering och Stöd, Skånes onkologiska klinik, Skånes universitetssjukhus, vice ordförande Svensk förening för psykosocial onkologi och rehabilitering.

Aina Johnsson, Med Dr, kurator, Stockholm onkologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm.

Pär Salander, professor socialt arbete, psykolog, onkologiska kliniken, Norrlands Universitetssjukhus och Umeå Universitet, Umeå.

Lena Sharp, Med Dr, sjuksköterska, Områdeschef Vård, Stockholm onkologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

## 6.1 Sammanfattning

- Det behövs en nationell satsning på resurser inom cancerrehabilitering och en mer jämlik tillgång över landet. I varje kommande regionalt cancercentrum (RCC) bör ingå en specialiserad enhet som kan vara ett kompetenscentrum för regionen.
- Cancerrehabilitering bör vara en integrerad del i hela vårdflödeskedjan.
- Det saknas vårdprogram och genomtänkta kliniska riktlinjer
- för rehabilitering av i stort sett alla cancerformer.
- I dag är femårsöverlevnaden i Sverige för många tumörsjukdomar över 50 % och för bröstcancer 90 %, prostatacancer 85 %, vilket gör att detta är en grupp patienter som i dag är i behov även av arbetsinriktad rehabilitering.
- Vården behöver förstå omfattningen av problemet och tillsammans med arbetsgivare och Försäkringskassa ta fram metoder för att systematiskt kartlägga patientens rehabiliteringsbehov, samt samordna befintliga resurser och utveckla åtgärder och behandlingar.
- En rehabiliteringsplan ska upprättas redan vid tiden för ställningstagande till primärbehandling och dokumenteras i journalen.
- Behov av rehabilitering ska bedömas, dokumenteras och följas upp vid alla brytpunkter, såsom start eller avslut av behandlingar.
- De patienter som har ett rehabiliteringsbehov på grund av samsjuklighet hamnar ofta mellan två stolar. Dessa patienter får ofta problem med Försäkringskassan eftersom de har diagnoser som var för sig inte motiverar sjukskrivning, men sammantaget nedsätter de i allra högsta grad arbetsförmågan. Följden blir ofta att de patienter som är i störst behov av rehabiliteringsinsatser är de som får minst hjälp. Här behövs en förbättring i samordningen. Samtidigt är sannolikheten mycket hög att det tar längre tid för patienten att uppnå full arbetsförmåga jämfört med en tidigare väsentligen frisk patient.
- Rehabilitering vid cancersjukdom behöver fortsätta att utvecklas som forskningsområde inom många områden vad gäller arbetslivets betydelse, men det behövs framför allt fler studier som tar sin utgångspunkt i den kliniska vardagens gestaltning



och komplexitet – hos de som söker hjälp och deras önskemål om hjälp

- Renodlade RCT-studier saknar den flexibilitet som krävs och bör därför kompletteras med kvasiexperimentella studier och kvalitativa studier konkret fokuserade på förändring/utebliven förändring av levd vardag.

## **6.2 Förslag på åtgärder och behandlingar som främjar återgång i arbete och som bör omfattas av rehabiliteringsgarantin**

Cancerpatienter är en mycket heterogen grupp med avseende på rehabiliteringsbehov, eftersom diagnos, behandling och prognos varierar både inom samma tumördiagnos och mellan olika patientgrupper, vilket medför att rehabiliteringsinsatserna alltid måste individanpassas. I dag finns ej några valida metoder för att tidigt identifiera dem som kommer att behöva någon form av rehabiliteringsinsats, vilket de tidigare nämnda litteraturgenomgångarna visat.

Det är av mycket stor vikt att återigen uppmärksamma att det i dag saknas vetenskaplig grund för att kunna rekommendera någon särskild rehabiliteringsintervention med avseende på återgång i arbete. Det behövs välgjorda studier där återgång till arbete eller bibehållande av arbete utgör en effektvariabel. Med dagens kunskapsläge är det med andra ord mer eller mindre omöjligt att utifrån ett traditionellt evidensbaserat perspektiv att rekommendera någon enskild åtgärd eller något åtgärdsprogram för gruppen cancerpatienter som helhet.

Bland de mer vanliga problemen bland cancerpatienter vilka försvårar återgång till ett normalt liv och det tidigare arbetet märks bland annat lymfödem, urin- och faecesinkontinens, neuropatier, fatigue, sexuella biverkningar (t.ex. vaginala sammanväxningar, erektionsproblem), muntorrhet, gap- och sväljsvårigheter samt andra rörelseinskränkningar, smärta, kognitiva biverkningar och systemiska biverkningar av antihormonell behandling vid framför allt bröstcancer.

Många av dessa biverkningar kräver att åtgärder sätts in tidigt i behandlingsförloppet och kan då hållas under kontroll, men måste ibland, om de inte går tillbaka inom något år efter avslutad

behandling, betraktas som kroniska och kräver då kontinuerliga vårdinsatser. Andra kan vara knutna till pågående och långvarig medicinering, antihormonell behandling pågår t.ex. under minst fem år. Till detta kommer, ibland sekundärt till de fysiska sen-effekterna, problem med ångest och depression, och psykosociala problem knutna till en förändrad livssituation.

I dag är femårsöverlevnaden i Sverige för många tumörsjukdomar över 50 % och för bröstcancer 90 %, prostatacancer 85 %, vilket gör att detta är en grupp patienter som i dag är i behov även av arbetsinriktad rehabilitering. Även om de flesta är över 60 år rör det sig om många patienter och de flesta av de 50 000 patienter som årligen får en cancerdiagnos har någon form av rehabiliteringsbehov, eller behov av andra stödåtgärder som främjar yrkesarbete. Som beskrivs under rubriken "Bakgrund" är rehabiliteringsresurserna för cancerpatienter i dag mycket begränsade och det finns en stor ojämlikhet över landet i vad som kan erbjudas cancerpatienter. Det saknas vårdprogram och genomtänkta kliniska riktlinjer för rehabilitering av i stort sett alla cancerformer.

I ett pågående arbete rörande nationella riktlinjer för lungcancer (Socialstyrelsen) har bland annat ett preliminärt förslag tagits fram på hur man kan bedöma patienter drabbade av lungcancer avseende arbetsförmåga och behov av sjukskrivning (Bilaga 2). Detta dokument belyser ytterligare den heterogenitet som föreligger för gruppen cancerpatienter och även hur stor variationen kan vara inom en och samma tumördiagnos.

Vården behöver förstå omfattningen av problemet och tillsammans med arbetsgivare och Försäkringskassa ta fram metoder för att systematiskt kartlägga patientens rehabiliteringsbehov, samt samordna befintliga resurser och utveckla åtgärder och behandlingar. Dessutom måste man också i större utsträckning vara observant på "samsjuklighet" även vad gäller rehabiliteringsåtgärder och vara aktiv i aspekterna vem eller vilka som har ansvaret för detta. Den samlade kunskapen vid cancersjukdom är ytterst bristfällig, inte minst då "samsjuklighet" är ett exklusionskriterium i många kliniska behandlingsstudier. Här krävs mycket mer insatser då upplevd dålig hälsa är en stark prediktor för långvarig sjukskrivning vid andra tillstånd än cancer.

Andra menar att förutsättningen för en optimal rehabilitering handlar mycket om läkarens allmänna förmåga att förhålla sig på ett sådant sätt att den sjuke känner sig upptagen i en "hjälpande plan",

att en struktur visar sig för den sjuke så att personen inte känner sig utelämnad.

Yrkesarbete bör ingå i diskussioner om framtiden, när detta är relevant. I detta finns många aspekter att beakta såsom information, kompetens och respekt. Om den sjuke blir bemött på ett genomtänkt sätt finns inte behov av lika mycket remitterande av patienter till olika delar av vården. Detta synsätt stärks av en nyligen publicerad svensk uppsats (30 högskolepoäng) av Tina Bondesson vid Karolinska Institutet och Stockholm Onkologi (Återgång till arbete vid bröstcancer – Hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande och dess relation till aktuell arbets-situation). I arbetet studerades 755 kvinnor som nyligen opererats för bröstcancer och vilka fick svara på en enkät. Analyserna visade ett signifikant samband mellan sjukvårdspersonalens tidiga bemötande kring arbetsrelaterade frågor och patientens självrapporterande arbetsförmåga, sjukskrivning och förväntad återgång till arbete.

### 6.3 Bakgrund

Både förlängd överlevnadstid och god livskvalitet är viktiga mål för cancervården. Den ökade cancerincidensen och prevalensen medför en gradvis ny situation för cancervården med fler patient-uppföljningar, behov av mer utvecklade rehabiliteringsinsatser och stöd under längre perioder. Bättre behandlingar har förbättrat överlevnaden (cancer ses i allt högre grad som en kronisk sjukdom) men till priset av längre behandlingstider och i många fall mer långvariga och uttalade biverkningar vilket också bidrar också till ett ökat behov av rehabiliteringsresurser.

Cancer påverkar i hög grad patientens möjligheter till yrkesarbete. Förutom att själva sjukdomen eller biverkningar från behandlingen kan påverka arbetsförmågan tar också vård och konvalescens tid i anspråk. Samtidigt är dagens kunskap och resurser avseende rehabilitering för cancerpatienter bristfälliga och ojämnt fördelade över landet.

Det behövs fler direkta insatser från flera sektorer i samhället (t.ex. arbetsgivare, arbetsförmedling, Försäkringskassa, och hälso- och sjukvården) men också ett större intresse från exempelvis akademien för att öka kunskaperna vad gäller behov och typ av

insatser för att förbättra möjligheterna för patienterna att återgå till vardagen och arbetslivet.

För de flesta sjukdomstillstånd är tidiga rehabiliteringsåtgärder essentiella för att få optimalt resultat. Samtidigt som detta sägs vet vi också att många av patienterna återgår i arbete utan speciella rehabiliteringsinsatser. Det är därför av vikt att utveckla kunskapen och finna optimala bedömningsverktyg och adekvata stödåtgärder riktade till dem som är i behov av detta. Tankarna runt rehabilitering bör genomsyra hela vårdkedjan ända från diagnos för att förbereda patienten för livet under och efter behandling. Det är mycket som talar för att detta skulle kunna innebära en betydligt bättre livssituation för många och även minska sjukfrånvaro med möjlighet att frigöra resurser till andra nödvändiga behov.

I ett mer övergripande humant perspektiv gäller det att underlätta återgången till "livet".

Vi har under de senaste decennierna sett en ökad möjlighet att upptäcka och behandla många olika cancerformer vilket bidragit till bot och framför allt till en förlängd överlevnad för många patienter.

I dag är femårsöverlevnaden i Sverige för många tumörsjukdomar över 50 % och för de vanligaste tumörformerna mycket hög; bröstcancer 90 %, prostatacancer 85 %. Vi ser även att patienterna genomgår mer avancerade och krävande behandlingar både vad gäller intensitet och den tid patienten får behandling. Det har även blivit vanligare att cancerbehandlingar ges inom öppen vård. Med denna positiva utveckling har också behovet ökat av olika stödjande åtgärder, inte minst hur patienterna ska komma tillbaka och återupprätta vardagstillvaron i stort. Det inkluderar att hitta vägar som kan bidra till att patienten ska kunna yrkesarbeta helt eller delvis under behandlingen eller kunna återgå till arbetslivet där sjukdomen och biverkningar av behandling försvårar detta. Fysiska symtom och problem finns också ofta efter avslutad medicinsk behandling och kan utan adekvat rehabilitering utgöra avsevärda hinder vid återgång i arbete. Många av de 50 000 patienter som årligen får en cancerdiagnos har någon form av stöd och behov av rehabilitering eller andra åtgärder för att främja yrkesarbete.

När vi nu sett att den medicinska sidan av cancersjukvården förbättrats alltmer har utvecklingen dock varit betydligt långsammare för de verksamheter som berör psykosocialt stöd, funktionsträning och rehabilitering. Det saknas i många fall vårdprogram och genomtänkta kliniska riktlinjer, något som i stor utsträckning även beror på att vetenskapligt baserad kunskap om

detta har brister och inte är heltäckande. Inom detta område ser vi, som i övrig cancervård stora regionala och sociala skillnader där man i Stockholm och Skåne har mer eller mindre välutvecklade verksamheter för ett mer formaliserat arbete med rehabilitering medan det saknas på andra håll i landet. För många patienter med cancer är tillgången till rehabilitering och psykosociala stödet obefintligt eller bristfälligt.

De sociala skillnaderna visar sig i att den vanligaste patienten som erhåller psykosocialt stöd är en välutbildad kvinna i medelåldern med bröstcancer (Internationell enkät 2004, Cancerfondens rapport 2009). Till detta kan tilläggas att patienter inom många andra cancerdiagnoser, än exempelvis bröstcancer och prostatacancer, saknar starka patientföreningar vilket kan bidra till skillnader även mellan olika patientgrupper. Skillnaden kan möjligen också hänföras till olikheter i synsättet mellan olika kliniska specialiteter vilka ansvarar för patientens vård.

Behovet av rehabiliteringsinsatser och psykosocialt stöd ökar på grund av en ökad cancerincidens och prevalens men också på grund av att behandlingstiderna blir längre med mer uttalade biverkningar. Det saknas kunskaper om seneffekter av nya behandlingar.

De förbättrade behandlingsinsatserna med längre överlevnad och att cancer kan ses som en kronisk sjukdom bidrar också till ett ökat behov av rehabiliteringsresurser. Under de senaste åren har vi sett lovande insatser varav en är det pågående arbetet rörande nationella riktlinjer för lungcancer, där bland annat ett preliminärt förslag tagits fram på hur man kan bedöma patienter drabbade av lungcancer avseende arbetsförmåga och behov av sjukskrivning (Socialstyrelsen, nationella riktlinjer lungcancer, 2010 under tryckning).

Även om vi i vissa avseenden sett en fascinerande utveckling i förståelsen av cancersjukdomarna och ett förbättrat omhändertagande väcker cancerdiagnosen fortfarande många reaktioner hos de drabbade och deras omgivning. De krävande behandlingarna med operation, strålbehandling och olika mediciner nedsätter allmäntillståndet med trötthet och andra fysiska och psykiska biverkningar under behandling och en lång tid efter att den aktiva medicinska behandlingen upphör (t.ex. lymfödem, inkontinens, neuropatier, sexuella biverkningar, muntorrhet, gap-sväljsvårigheter, kognitiva biverkningar) under behandling och en varierande lång tid efter att den aktiva medicinska behandlingen upphört. Dessa problem kan även bli bestående. Operation och/eller

strålbehandling av larynxcancer kan till exempel medföra förlust av en adekvat talförmåga och omöjliggöra arbete där krav ställs på normal kommunikationsförmåga och påverkan av hjärtfunktion efter långvarig cytostatikabehandling kan minska möjligheten att återuppta ett fysiskt krävande arbete. För flera av tumörsjukdomarna är behandlingen mångårig, som t.ex. antihormonell behandling av bröstcancer vilket kan påverka vissa patienters livskvalitet påtagligt.

Rädslan och den faktiska risken för återfall efter en primärbehandling kan leda till att existentiella frågor väcks hos patienten. Konditionen och den fysiska prestationsförmåga blir ofta nedsatt vilket kan ta lång tid att bygga upp igen. Det är inte ovanligt att det kan ta lång tid att få tillvarons alla dimensioner att hamna rätt efter att tumörsjukdomen är övervunnen.

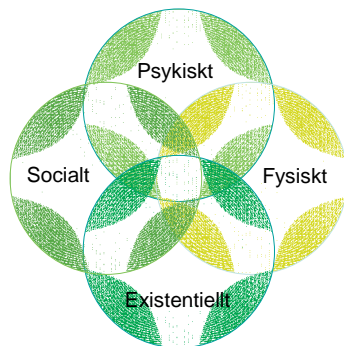
Det saknas i dag en enhetlig nationell rehabiliteringsstruktur inom cancerområdet och insatserna varierar kraftigt runt om i landet. Som nämnts ovan beror detta delvis på bristfällig kunskap att basera sådan struktur på, vilket även visar sig i den stora variation i hur man bedömer behovet av sjukskrivning och rätt till ersättning mellan olika delar av landet. Detta kan troligen till stor del bero på skillnader i kunskapen mellan olika handläggare vid Försäkringskassan om tumörsjukdomar, dess behandling och om konsekvenserna av diagnos och behandling för cancerpatienten. Dessutom finns det stora variationer i kvalitén i läkares medicinska utlåtanden, de så kallade sjukintygen (1–3).

Den mångfacetterade bilden av olika cancersjukdomar och den påverkan som patienterna utsätts för medför att rehabiliteringsbehovet och insatserna alltid måste individanpassas. Det saknas i dag en solid vetenskaplig grund för att kunna rekommendera någon särskild rehabiliteringsintervention med avseende på att bibehålla yrkesarbetet eller återgå i arbete, vilket också framgår i förarbetet till en internationell genomgång inom ramen för The Cochrane Collaboration där nu en systematisk genomgång med titeln Interventions to enhance return to work for cancer patients har påbörjats (4).

Det är också av vikt att notera att även närstående till patienten berörs och kan vara i behov av rehabiliterande åtgärder. Närstående förväntas i dag vara närvarande vid patientens sida i vårdprocessen. Vid avancerad sjukdom och i palliativ fas strävar man i dag ofta mot att patienten ska vistas i hemmet med stöd av närstående och hemsjukvård så långt det är möjligt. Det kan många gånger vara

positivt och innebära ett värdigt och fint slut för den sjuke, men kan samtidigt vara svårt och kravfyllt för närstående. Svensk forskning på området (5, 6) visar att närstående konsumerar mer sjukvård perioden efter det att partnern har diagnostiserats med cancersjukdom. De vanligaste diagnoserna man söker för är psykiatriska problem, i synnerhet bland partners till patienter med lungcancer eller koloncancer.

**Figur 1** Rehabiliteringens olika dimensioner



Rehabiliteringsarbetet måste ta hänsyn till cancersjukdomens alla dimensioner av påverkan på den individuella patienten och de anhöriga. Detta gäller såväl fysiska som psykiska aspekter av patientens välbefinnande vilket kan påverkas av tumörsjukdomen (typ, lokalisation) i sig själv men också av den givna många gånger ansträngande cancerbehandlingen. Sjukdomen med behandling har också ofta effekter på patientens vardagsliv men orsakar också genom att vara potentiellt livshotande existentiella frågeställningar hos de drabbade

## Referenser

1. Haglund B, Rosén M. Sjukskrivningstider efter hjärtinfarkt eller bröstcancer- finns det regionala skillnader: Socialstyrelsen, 2003.
2. Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU)2003.
3. Söderberg E, Alexanderson K. Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2005;33:314–20.
4. de Boer AGM, Taskila T, Tamminga SJ, Frings-Dresen MHW, Feuerstein M, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1.
5. Sjövall K, Sjövall K, Attner B, Lithman T, Noreen D, Gunnars B, Thomé B, Olsson H, Influence on the health of the partner affected by tumor disease in the wife or husband based on a population-based register study of cancer in Sweden. 2009 *J Clin Oncol* 27(28):4781-6).
6. Sjövall K, Attner B, Lithman T, Noreen D, Gunnars B, Thomé B, Lidgren L, Olsson H, Englund M. Sick leave of spouses to cancer patients before and after diagnosis. *Acta Oncol*. 2010 May;49(4):467–73.



## 6.4 Återgång i arbete

En omfattande litteraturgenomgång av rehabiliteringsinsatser inkluderande frågeställningen ”återgång till arbetet” vid cancersjukdomar har genomförts. Gruppen har insamlat information om hur det praktiska arbetet med rehabiliteringsinsatser sker runt om i landet och om det finns några riktlinjer för olika tumörsjukdomar vad gäller råd och anvisningar vid sjukskrivning av cancersjuka.

Dessutom har en prospektiv studie genomförts, som för närvarande ligger i analysfas vad gäller sjukskrivningsmönster av cancersjuka vid en onkologklinik (Björnsdottir med flera, Stockholm onkologi) med stöd av Stockholms läns landsting (SLL).

Arbetsgruppen har även via sina professionella nätverk kartlagt kunskapsläget internationellt och hur olika rehabiliteringsåtgärder ser ut.

Arbetsgruppen har i slutfasen fokuserat på hur man utifrån tillgänglig erfarenhet och den mycket begränsade validerade kunskap som finns ska kunna ta fram riktlinjer som kan vara en bas för en mer nationell gemensam syn på olika interventioner som kan ge stöd i rehabiliteringsarbetet med cancerpatienter.

Arbetet fokuseras på mer klinisknära aspekter runt patienters rehabilitering och möjlighet till återgång i arbetet och som kan vara igenkännbart för både patienter och de som arbetar inom hälso- och sjukvården. Mer strukturella aspekter på högre nivå lämnas till andra delar av denna utredning och till andra pågående utredningar.

### 6.4.1 Begreppet rehabilitering i kontexten cancersjukdom

Begreppet rehabilitering har definierats av ett flertal organisationer. World Health Organisations (WHO) definition tar upp de fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekterna av patientens behov. Den definition av rehabilitering som Hälso- och Sjukvårds Lagen (HSL) bygger på, poängterar vikten av att stödja individens egna resurser i rehabiliteringsförloppet. Nordisk Cancer Unions (NCU) definition, som är specifikt inriktad på cancerrehabilitering, lyfter fram aspekter från båda ovan nämnda definitioner:

Cancerrehabilitering är en tidsbegränsad process med syfte att förebygga och reducera de fysiska, psykiska, sociala och existentiella följderna av cancersjukdomen och dess behandling. Rehabiliteringsåtgärder ska ha tydliga mål och utfall, samt ge den

enskilda patienten stöd och inspiration att ha ett så bra liv som möjligt. Den individuella behandlingsplanen ska upprättas i nära dialog mellan patient och behandlare.

I NCU:s definition saknas en beskrivning av närståendes roll och behov, samt teamarbetets betydelse i rehabiliteringsprocessen, delar som är uttalade i t.ex. WHO:s definition av palliativ vård. I övrigt kan NCU:s definition anses utgöra en lämplig utgångspunkt för valet av rehabiliteringsinsatser. Begreppen i definitionen kan tolkas olika och vi har därför valt att mer ingående beskriva vissa nyckelbegrepp:

Med rehabiliteringsåtgärder menar vi interventioner som ger patienten behandlingar, kunskaper, handlingsstrategier och stöd för att återställa förlorade funktioner eller förebygga att permanenta skador uppkommer och/eller att fortsätta livet på bästa möjliga sätt med de förändringar och begränsningar sjukdomen kan ha medfört fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt.

Rehabiliteringsåtgärder kan initieras under alla faser av sjukdomen (preventivt, under behandling, i återhämtningsfas och i kronisk fas).

Preventiv rehabilitering syftar till att förebygga återfall och nya cancersjukdomar, framför allt genom stöd att genomföra livsstilsförändringar.

Under cancerbehandling är syftet med den tidiga rehabiliteringen att bibehålla patientens funktionsnivå och livskvalitet genom att förebygga och minska biverkningar av behandling, till exempel genom psykosocialt stöd, lämpliga fysiska träningsprogram, fysisk aktivitet, kostrådgivning och/eller mediciner.

I återhämtningsfasen är syftet att återfå funktionsnivå och livskvalitet. I samband med avslutad behandling kan sjukdomen ses som botad men de fysiska och psykosociala konsekvenserna av att vara drabbad av cancersjukdom kan trots det vara fortsatt påtagliga för patienten, och i vissa fall leda till kroniska besvär som patienten har att hantera. Patienten är mentalt och fysiskt påverkad av sjukdom och behandling och kan behöva råd och stöd från familj, och patientorganisationer. De kan även behöva professionell hjälp med att hantera situationen, psykosocialt så väl som fysiskt.

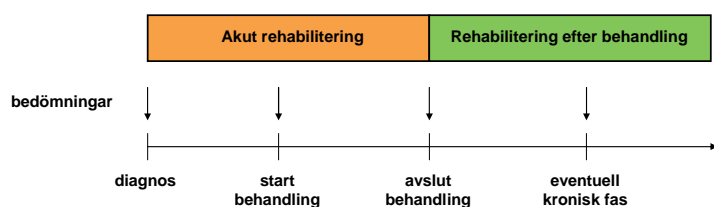
De patienter som återfaller i cancersjukdomen bör ha samma möjlighet till rehabilitering i samband med detta som vid den första cancerdiagnosen.

För de patienter som lever länge med en kronisk cancersjukdom i bromsande fas, där sjukdomen kan kontrolleras medicinskt

och/eller har långsam progress, finns rehabiliteringsbehov som är likartade som för patienter under cancerbehandling och i återhämtningsfas. Rehabiliteringsbehoven bör också här bedömas regelbundet, då de kan variera avsevärt beroende på t.ex. medicinsk situation, symptombild och levnadsomständigheter.

Patienter som har en cancersjukdom i palliativ fas har ofta stort behov av stöd och behandling som kan förebygga, minska och lindra symtom. Rehabiliteringsinsatserna är värdefulla medel för att bibehålla livskvalitet och funktioner under sjukdomsperioden. Det kan ske genom t.ex. psykosociala stödinsatser, fysisk aktivering, mobilisering, massage, specialkost och hjälp med tekniska hjälpmedel. Rehabiliteringen ska vara en naturlig del i vård i livets slut och gå hand i hand med övriga palliativa insatser.

**Figur 2 Rehabilitering under cancersjukdomens alla faser**



## 6.5 Litteraturoversikt

Dagens kunskapsläge är begränsat inom området cancersjukdomar och aspekter runt patienternas återgång till arbete, vilket medför att det är mer eller mindre omöjligt att utifrån ett forsknings-evidensbaserat perspektiv rekommendera någon enskild åtgärd eller något åtgärdsprogram för gruppen cancerpatienter som helhet. Detta kom också att tydliggöras vid en litteraturgenomgång av Bergenmar med flera inom detta projekts arbete (se bilaga 1 med litteraturhänvisning) där bristen på väl genomförda och invändningsfria kontrollerade studier är uppenbar. Även om interventionsstudier också är begränsade hittas den absolut största insatsen vad gäller publicerade artiklar inom området bröstcancer.

Inom övriga indikationsområden är tillgänglig litteratur ytterst bristfällig. Man bör här ta hänsyn till att rehabiliteringsbehov vid cancersjukdom är ett relativt nytt, mycket stort, mångfacetterat och ständigt växande område vilket naturligtvis avspeglas i utvecklingen av forskningen. Samtidigt är det av vikt att uppmärksamma att forskning kring vissa områden är framgångsrika som t.ex. lymfödem där Sverige ligger mycket långt framme.

Litteratursökningen avseende rehabiliteringsstudier inom hela cancerområdet (se bilaga 1 – Bergenmar med flera, 2010) genomfördes under april 2010. Sökning genomfördes i databaserna Medline, Embase och PsycINFO. När dubletter filtrerats bort, resulterade sökningarna i totalt 621 artiklar. Abstracten till dessa 621 artiklar granskades avseende ”population”, ”rehabiliteringsintervention”, ”outcome” och de artiklar som bedömdes relevanta bedömdes av ytterligare en person. Samtliga artiklar där någon av bedömarna, ansett att artikeln bör ingå alternativt granskas närmare innan beslut fattas beställdes (n=216). Till slutanalysen kom 151 artiklar att selekteras där studiepopulationen utgjordes av patienter med kurativ sjukdom och med undersökningsgrupper som utgjordes av 20 eller fler personer (n=151).

Med anledning av att Norwegian Knowledge Centre for Health Service 2009 publicerat en review, ”Rehabilitation of breast cancer patients” beslöt vi att selektera studier som uppfyllde de tidigare nämnda kriterierna samt där studiepopulationen, åtminstone delvis, utgjordes av patienter med andra diagnoser än bröstcancer. I 64 av de ovanstående 151 artiklarna var studiepopulationen enbart patienter med bröstcancer, dessutom var 13 artiklar dubletter (n=74). Beträffande bröstcancer hänvisas också till den specifika genomgången nedan.

Av de 74 artiklarna där studiepopulationen inte enbart utgjordes av patienter med bröstcancer visade det sig att 27 artiklar även inkluderade patienter med metastaserande sjukdom samt 3 dubletter (n=44). Ytterligare 5 studier visade sig vara dubletter och i tabell 1 är de 39 kvarvarande artiklarna listade. Trettiofem artiklar är publicerade under de senaste 10 åren.

Tjugotvå artiklar beskriver rehabiliteringsinterventioner riktade till patienter med en specifik diagnos eller patienter inom en diagnosgrupp med 11 artiklar om patienter med prostatacancer. De övriga (n=17) beskriver rehabiliteringsinterventioner där population består av patienter med blandade diagnoser. Variationen i de 39 studierna i vad man försökt påverka (primär endpoint) är stor,

från global livskvalitet till antal blodtransfusioner. I en studie (ID 300) fanns sjukskrivning med som en variabel, dock inte som primär endpoint. Ungefär hälften av studierna beskriver interventioner som sätts in under pågående behandling. Genomsnittsåldern var under 60 år i 17 studier, 60–62 år i åtta studier och 64–70 år i 14 studier. Interventionerna innehöll fysisk aktivitet (träning, uppmuntran till träning), information eller utbildning, medicinering, träning i avspänning/avslappning, kognitiv träning med eller utan fysisk träning, motiverande samtal, massage, musikterapi och interventioner med flera olika komponenter. Sammanfattningsvis finns inget vetenskapligt stöd i de publicerade, randomiserade studier med undersökningsgrupper på  $\geq 20$  personer för någon enskild rehabiliteringsåtgärd för att främja återgång till arbete.

Det kan också tilläggas att ett antal studier pågår inom området ”cancer och återgång till arbete” där återgång till arbete utgör primary outcome. Bland dessa ses ett protokoll för en randomiserad studie [1], ett protokoll för en Cochrane review [2] och tre reviews inom området [3–5].

I en nyligen publicerad reviewartikel av Mehnert (6) granskas 64 studier publicerade mellan 2000 och 2009 av faktorer som påverkar återgång i arbete för olika cancerpatienter:

### **Bland faktorer som underlättar återgång i arbete märks**

*Arbetsrelaterade faktorer:* Tillmötesgående arbetsgivare, flexibilitet i arbetsförhållanden, tillgång till råd och stöd, arbetsplatsträning, möjlighet att byta arbetsuppgifter, stöd att hitta och behålla arbete, rehabilitering, öppenhet om cancerdiagnosen på arbetsplatsen

*Demografiska faktorer:* Yngre ålder, att ha cancerdiagnos som är vanlig hos yngre personer (t.ex. urogenital cancer, melanom, Hodgkins lymfom), högre utbildningsnivå, manligt kön

Faktorer relaterade till cancer och behandling: ej kirurgisk behandling, färre fysiska symptom, kortare sjukfrånvaro, vårdkontinuitet, arbetsinriktade råd från läkare

Bland faktorer som försvårar återgång i arbete märks

*Arbetsrelaterade faktorer:* Ickestödande arbetsmiljö, manuellt yrke, arbete inom privat sektor, upplevd diskriminering från arbetsgivare på grund av cancersjukdom och behandling, låg inkomst

*Demografiska faktorer:* Högre ålder, låg utbildningsnivå, kvinnligt kö

*Cancer, behandlingsrelaterade och psykologiska faktorer:* Typ av cancer (lever-, lung-, avancerad blod- och lymfcancer, tumörer i hjärna och CNS, gastrointestinal cancer, pankreascancer, och huvud- halscancer), avancerat tumörstadium, extensiv kirurgi, anti-hormonell behandling, dåligt hälsotillstånd och fysiska handikapp, utmattningstillstånd, förekomst av fatigue och andra fysiska symptom, psykiatrisk samsjuklighet (t.ex. depression).

### 6.5.1 Bröstcancer

De avgjort största insatserna inom området har varit fokuserade mot bröstcancer, vilket kan förklaras av ett antal olika faktorer. Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor, cirka hälften av dem som får diagnosen är i arbetsför ålder och de allra flesta överlever; femårsöverlevnaden är numera nästan 90 %. Detta innebär att kvinnorna i hög utsträckning arbetar. Patienter med bröstcancer har byggt upp starka lobbyorganisationer.

Socialstyrelsen har visat att sjukskrivningar vid bröstcancer varit betydligt längre än vad som torde vara motiverat samt att det var mycket stora regionala skillnader i sjukskrivningslängd. Skillnaderna i medelsjukskrivningstid var hela sex månader även när man justerade för ålder, samsjuklighet och allvarlighetsgrad. Dock bör man beakta att de tunga behandlingarna med cytostatika tenderar att bli längre och mer krävande. Mer kunskap behövs därför också om vad som hindrar respektive främjar arbete efter bröstcancerdiagnos.

En nyligen ännu ej publicerad omfattande review artikel med titeln "Återgång i arbete och sjukfrånvaro efter bröst cancer – en explorativ systematisk litteraturöversikt" har sammanställts av Agneta Wennman-Larsen, Anders Norlund, Kristina Alexanderson, Lena-Marie Petersson, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet (7). För mer information kan kontakt tas med Agneta.wennman-larsen@ki.se.

Syftet med denna systematiska explorativa litteraturöversikt har varit att sammanställa den vetenskapliga kunskapen om arbete efter bröstcancerdiagnos hos kvinnor, vad avser andel som arbetar, sjukskrivningstid och faktorer som påverkar detta. Studierna som är publicerade på engelska eller skandinaviska språk i

referentbedömda vetenskapliga tidskrifter och har identifierats via flera olika litteraturlödbaser från databasens start till oktober 2009 (PubMed, MEDLINE, PsycINFO, AMED, CINAHL, Social Sciences Citation Index, Applied Social Sciences Index and Abstracts, CSA Sociological Abstracts och CSA Social Services Abstracts) med ett flertal sökord om arbete och sjukfrånvaro i kombination med bröstcancer. I dessa sökningar identifierades 352 unika artiklar av vilka 38 bedömdes som relevanta. Utifrån dessa gjordes därefter författar- och referenslistsökningar vilket tillförde ytterligare 19 artiklar, dvs. totalt 57 artiklar inkluderades i översikten. Data extraherades från dessa 57 studier enligt en mall och en kategorisering av resultat genomfördes i olika områden med subkategorier.

De 57 artiklarna är publicerade mellan 1977 och 2009 varav drygt hälften från och med 2005. Den stora ökningen på senare år står till stor del ett fåtal grupper för i respektive länder vilket innebär att flera studier ofta utgår ifrån samma områden och/eller delvis är baserade på samma urval. Majoriteten, 51 %, av studierna är från USA, cirka en fjärdedel är från de nordiska länderna varav fyra är från Sverige. Vanligaste datainsamlingsmetod var intervjuer och enkäter men även registerdata eller en kombination av olika metoder fanns representerade. I mer än hälften av studierna fanns återgång i arbete inte med i studiens syfte, utan resultat om detta presenterades som bifynd.

I 45 studier fanns data om andel kvinnor som återgått i arbete. Emellertid framgår endast vilka som var i arbete innan diagnos i 17 av studierna, och nedan presenteras resultat från dessa 17 studier. Det är stor variation mellan studierna i hur länge kvinnorna följts efter att de fått bröstcancerdiagnosen (1–36 månader). Tre studier presenterar data om återgång i arbete vid flera uppföljningstillfällen och tre studier att uppföljning skett inom ett specifikt tidsspänn, t.ex. 1–24 månader. I 13 studier finns en tydlig tidpunkt för uppföljning angiven och i dessa rapporterades att 76–93 % hade återgått i arbete vid 12 månader och 83–94 % vid 24 månader. Dessa siffror varierar med tumörstadium vid inklusion. I de studier där endast kvinnor med mindre avancerad sjukdom inkluderats är andelen som återgår något högre än om även kvinnor med mer avancerad sjukdom inkluderats. I elva studier jämförs andel kvinnor med bröstcancer som återgår i arbete med kvinnor som inte har cancer. Resultaten från några studier visar att andelen i arbete är

större bland bröstcancerpatienter, i andra att det är lägre, dvs. resultaten är motstridiga.

Femton studier redovisar data om tid till återgång i arbete eller sjukfrånvarolängd. I de olika studierna rapporteras tiden i relation till diagnos eller i relation till kirurgi eller bröstrekonstruktion. Det är stor variation i vilka utfallsmått som använts, vilket försvårar jämförelser mellan studierna och därmed går det inte att få en enhetlig bild av tid till återgång i arbete. I elva studier är data självrapporterad och i fyra registerbaserad och endast i en av dessa beskrivs hur sjukförsäkringssystemet är uppbyggt och om t.ex. karensdagar är inräknade.

I 28 studier presenteras data om faktorer som kan ha betydelse för återgång i arbete eller sjukfrånvaro. Dessa faktorer kunde kategoriseras i åtta övergripande områden och listas här i fallande ordning utifrån antal studier de förekom i; behandlingsrelaterade, sociodemografiska, socioekonomiska, cancerrelaterade, tidigare hälsa och multisjuklighet, bemötande, organisation av vården samt arbetsrelaterade. Utfall som studerats i relation till dessa faktorer är framförallt om man återgått till arbete, förändringar i sysselsättningsstatus och sjukfrånvarons längd.

*Behandlingsrelaterade faktorer* innefattar olika typer av kirurgi och andra icke kirurgiska tilläggsbehandlingar (t.ex. cytostatika, strålbehandling, hormonterapi) eller kombinationer av dessa. Typ av behandling har betydelse för återgång i arbete och sjukfrånvaro. Mer omfattande kirurgi, cytostatika- eller hormonbehandling samt vissa specifika kombinationer av behandlingar har visat sig kunna förlänga sjukskrivning och tid till återgång i arbete.

*Sociodemografiska faktorer* innefattar ålder, etnicitet, civilstånd, barn, boende i relation till klinik och behov av hjälp med transport. Äldre kvinnor återgår i lägre utsträckning till arbete men det gäller också de allra yngsta kvinnorna <40 år. Dock har det visats att de äldre kvinnor som återgår till arbete har kortare sjukfrånvaro än yngre.

*Socioekonomiska faktorer* innefattar utbildning, inkomstnivåer samt, i studier från USA, olika typer av försäkringar. Lägre inkomst har samband med ökad sannolikhet för att inte vara i arbete både strax efter behandling och vid långtidsuppföljning. Lägre utbildningsnivå har i ett fåtal studier visat sig kunna medföra längre sjukfrånvaro och lägre frekvens av återgång i arbete.

*Cancerrelaterade faktorer* handlar om respons på behandling och återfall i sjukdom, hur avancerad sjukdomen är, samt konsekvenser



av sjukdom och behandling t.ex. symtom från arm och skuldra eller trötthet (fatigue). Generellt visar de resultat som finns att återfall i sjukdom och dålig respons på behandling samt mer avancerad sjukdom är förknippat med längre sjukfrånvaro och färre som återgår i arbete. När de gäller symtom och biverkningar efter sjukdom och behandling återfanns endast fem studier. Generella nedsättningar och försämrad funktion i arm och skuldra kan leda till inskränkningar i återgång i arbete, medan man i en studie inte finner något samband med trötthet.

*Faktorer relaterade till tidigare hälsa* handlar om multisjuklighet och kvinnans självskattade hälsa före diagnos. Både multisjuklighet mätt som fler än en sjukdom utöver bröstcancer och självskattad hälsa vid eller före diagnos har visat sig ha betydelse för återgång i arbete och längd på sjukfrånvaro.

Faktorer som rör bemötande handlar om läkares bemötande kring sjukskrivning, arbetsgivares vilja och möjlighet till anpassning eller diskriminering i relation till cancer samt betydelse av en stödintervention. Detta område är mycket sparsamt studerat men har visat att läkares råd kring sjukskrivning samt arbetsplatsfaktorer, såsom anpassning och diskriminering har samband med återgång i arbete och sjukfrånvarolängd.

*Faktorer kring organisation av vården* handlar framför allt om policys kring korta och långa vårdtider samt kring dag- kontra slutenvårdskirurgi. Detta är också ett mycket utforskat område, men en studie visar ett u-format samband mellan korta och långa vårdtider där kliniker med de kortaste och längsta vårdtiderna hade längst sjukskrivningar.

*Arbetsrelaterade faktorer* handlar om hel- eller deltidsarbete, typ av anställning och arbete, möjlighet att påverka arbetstider samt fackföreningsmedlemskap. Anställningsform, egenföretagare/anställd kan ha betydelse både för återgång i arbete och för sjukfrånvarolängd medan hel- eller deltidsanställning inte har det. Kvinnor med låga krav i arbetet, icke flexibla arbetstider och fysiskt ansträngande jobb har lägre sannolikhet för att återgå i arbete och hade längre sjukfrånvaro.

Sammanfattningsvis var antalet studier om återgång i arbete och sjukfrånvaro efter bröstcancerdiagnos få, speciellt med tanke på hur många som berörs och det mycket stora antal studier om bröstcancerbehandling som publicerats under motsvarande period. Det är tydligt att forskningsområdet är outvecklat, vad avser såväl

studiedesign som utfallsmått och i flertalet av studierna fanns inte dessa områden med i studiens syfte.

Den absoluta majoriteten av kvinnorna återgår i arbete under de första 12 månaderna efter diagnos och vissa är inte alls sjukskrivna. Tiden varierar beroende på typ av och antal olika behandlingar, sjukdomens allvarlighetsgrad, samt mellan länder där studien utförts. Studierna ger dock inte ett svagt kunskapsunderlag vad avser faktorer som kan främja återgång i arbete. För behandlings- och sjukdomsrelaterade faktorer är kunskapsläget mest utvecklat.

Kring multisjuklighet och arbetsrelaterade faktorer finns kunskap om att det har betydelse medan kunskap om hur och vad som påverkar är mindre. Kunskapen kring kvarstående symtom och biverkningar av behandling är också relativt svag medan kunskap om bemötande från olika aktörer och vårdorganisation i princip saknas helt.

Det går inte utifrån dessa studier att se några stora skillnader mellan länder i utfall, vilket är en fördel, dvs. vi kan lära av andra länder. Det får dock ses som anmärkningsvärt att så få studier kommer från Sverige. Det resultat som Hoving och medarbetare (2009) kommer fram till i sin review "Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies" (8) understryker också på bristen av interventionsstudier som fokuserar på återgång till arbete.

## Referenser

1. Tamminga SJ, de Boer AG, Verbeek JH, Taskila T, Frings-Dresen MH. Enhancing return-to work in cancer patients, development of an intervention and design of a randomised controlled trial. *BMC Cancer* 2010, 10:345.
2. de Boer AGM, Taskila T, Tamminga SJ, Frings-Dresen MHW, Feuerstein M, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1.
3. Hoving JL, Broekhuizen ML, Frings-Dresen MH. Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies. *BMC Cancer* 2009 Apr 21;9:117.
4. de Boer AGEM & Frings-Dresen MHW. Employment and the common cancers: return to work of cancer survivors. *Occup Med* 2009;59:378–380
5. Tamminga SJ, de Boer AG, Verbeek JH, Frings-Dresen MH. Return-to-work interventions integrated into cancer care: a systematic review. *Occup Environ Med* 2010 Sep;67(9):639–48.
6. Mehnert, A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol/Hematol*, 2010. Jan 28.).
7. Petersson L-M, Wennman-Larsen A, Nilsson M, Olsson M, Alexanderson K. Work situation and sickness absence in the initial period after breast cancer surgery. *Acta Oncologica*, accepted 2010.
8. Hoving JL, Broekhuizen ML, Frings-Dresen MH. Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies. *BMC Cancer* 2009, 9:117.

### 6.5.2 Pågående svenska studier rörande återgång till arbetet vid cancersjukdom

I Stockholm pågår utvärderingen av ett vårdutvecklings/forskningsprojekt där syftet är att förbättra rehabiliteringsprocessen för patienter med öron-, näsa-, halscancer (Laurell, Ahlgren, Sharp med flera). I detta projekt betonas värdet av egenvård och patientens aktiva roll i rehabiliteringen.

Ett liknande projekt för samma patientgrupp med den uttalade ambitionen att kartlägga och utveckla rehabiliteringsmöjligheterna i ett glesbygdssammanhang, pågår i norra regionen (Laurell, Salander med flera).

Kuratorn Aina Johnsson disputerade år 2008 på en avhandling om hur kvinnor kan återgå till arbetslivet efter att ha gått igenom en bröstcancerbehandling. Hon konstaterar bland annat att för dessa kvinnor är faktorer som arbetsbelastning och behandlingsfaktorer, såsom lymfkörtelutrymning och cytostatikabehandling, av betydelse för återgång i arbetet.

Detta omfattande projekt fortsätter i Stockholm "Livssituation och återgång i arbete efter bröstcanceroperation – en prospektiv kohortstudie" (Kristina Alexanderson med flera). Syftet är att erhålla ett brett kunskapsunderlag för bättre behandling och bemötande av kvinnor som opererats för bröstcancer, speciellt faktorer kring återgång i arbete, sjukfrånvaro och dess effekter på livskvalitet och hälsa.

I en prospektiv kohortstudie följs ca 750 kvinnor över två år med en omfattande datainsamling. Studien kommer bl.a. att ge kunskap om sjukskrivningsmönster vid bröstcancer, om effekter av sjukskrivning, om faktorer som påverkar återgång i arbete, samt om livskvalitet. En central aspekt i projektet är att få kunskap om betydelsen av tidigare sjukfrånvaro, av samsjuklighet, av livssituation, livsstil, mående, arbetssituationen, bemötande från hälso- och sjukvård, arbetsgivare, Försäkringskassa etc. Dessa aspekter kan förändras mycket efter diagnosen och därför får kvinnorna bl.a. enkäter många gånger under uppföljningen. Resultat från studien ska utgöra underlag för utveckling av interventioner och ska även användas för utbildning av personal inom sjukvård, Försäkringskassa och arbetsgivare.

Försäkringsmedicinska riktlinjer för sjukskrivning vid bröstcancer infördes 2008 och effekten av dessa kommer också att studeras.

I Umeå ansvarar professor Pär Salander för en konsekutiv prospektiv studie av bröstcancerpatienter där vardagens återkomst utvärderas i livets olika centrala arenor med arbetslivet som en av dessa centrala frågor. Studien fokuserar på kvinnornas egna berättelser kring i vad mån, och i så fall hur, livet transformeras under de minst fem år som man följer kvinnorna med upprepade samtal.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröst-, kolon- och prostatacancer innehåller avsnitt som är fokuserade på omvårdnad, bemötande och psykosocialt omhändertagande, men inget avsnitt som direkt fokuserar på rehabiliteringsaspekter.

En prospektiv studie har genomförts och ligger för närvarande i analysfas vad gäller sjukskrivningsmönster av cancersjuka vid onkologkliniken, Karolinska, Stockholm (Björnsdottir med flera) med stöd av Stockholms läns landsting. I studien studeras sjukskrivningsmönster, bedömning av arbetsförmåga, rehabilitering hos cancerpatienter och inkluderar synen av både läkare och sköterskor på dessa aspekter.

## 6.6 Samsjuklighet

En mycket stor del av sjukskrivna cancerpatienter har uppnått den åldern då samsjuklighet är en realitet och det är inte ovanligt att patienten redan innan cancerdiagnosen har en eller flera sjukdomar som påverkar funktionsförmågan. De patienter som har ett rehabiliteringsbehov på grund av samsjuklighet hamnar ofta mellan två stolar. Antingen var patienten sjukskriven redan före cancerbehandlingen. Det betyder att sjukskrivningsdagar är förbrukade när cancerbehandlingen väl inleds. Efter avslutad behandling är de dagar som står till förfogande för rehabilitering betydligt färre än för en tidigare väsentligen frisk patient. Samtidigt är sannolikheten mycket hög att det tar längre tid för patienten att uppnå full arbetsförmåga jämfört med en tidigare väsentligen frisk patient.

Det andra alternativet är att patienten på grund av sin samsjuklighet redan innan cancerdiagnosen har en nedsatt funktionsförmåga. Dock är denna nedsättning inte så stor att den har föranlett sjukskrivning. Restsymtomen efter cancer-

behandlingen förstärker ofta patientens tidigare symtom, vilket leder till nedsatt funktionsförmåga under längre tid jämfört med en tidigare väsentligen frisk patient. Framtida konsekvenser av patientens samsjuklighet beaktas sällan under tiden som patienten genomgår cancerbehandlingarna. Tvärtom avbryts ofta de rehabiliteringsinsatser som påbörjats före cancerdiagnosen, även i de fall då det skulle vara till gagn för patienten att de fullföljdes. När väl cytostatika- eller strålbehandlingen lider mot sitt slut sker ingen samordning av patientens totala rehabiliteringsbehov för att återfå sin arbetsförmåga. Dessa patienter får ofta problem med Försäkringskassan eftersom de har diagnoser som var för sig inte motiverar sjukskrivning, men sammantaget nedsätter de i allra högsta grad arbetsförmågan. Följden blir ofta att de patienter som är i störst behov av rehabiliteringsinsatser är de som får minst hjälp. Här behövs en förbättring i samordningen.

## **6.7 Den randomiserade studien och den psykosociala interventionen – en omöjlig kombination?**

Svårigheterna att erhålla klara positiva utfallsmått vid olika typer av psykosociala interventioner har återkommande påpekats (1–3). Trots den ansevärd mängd studier som är publicerade, konkluderar man vanligtvis i de flesta studierna att ytterligare studier behövs. Det är naturligtvis möjligt att psykosociala interventioner överlag de facto inte har kraften att underlätta den cancersjukas rehabilitering eller återgång i arbete, men vi bör också fundera över alternativa förklaringar till varför förväntade resultat uteblir.

Mer övergripande måste vi beakta att patienter med cancer är en ytterst heterogen grupp, medicinskt såväl som psykosocialt. Inom forskningsområdet används en bred flora av olika interventionsmetoder på patienter som kanske delar medicinsk diagnos men i övrigt befinner sig i helt olika livssituationer och har helt väsensskilda olika behov av rehabiliteringsinsatser. Detta försvårar naturligtvis mer konklusiva resultat.

Till detta kommer att studiernas design mycket ofta brister i följsamhet till det fenomen man avser att undersöka. Randomiserade kontrollerade studier (RCT) är på goda grunder den kliniska studiens (biomedicinens) 'golden standard', men att de fått samma status då utfallet av rehabiliteringsinsatser ska undersökas kan vara

problematiskt. Det finns ett påtagligt översättningsproblem mellan det strikt genomförda experimentet och den mångfacetterade kliniska verkligheten. Detta fundamentala problem har negligerats och det finns skäl att fråga sig vilken bäring RCT-utfallet egentligen har för klinisk praxis (4,5). En aspekt av detta problem är att man rutinmässigt inkluderar patienter konsekutivt och ju färre som avböjer deltagande desto bättre. Detta är med rätta centralt för den kliniska studien, men blir problematiskt i studier av framför allt psykosociala interventioners effekt då man därmed inkluderar patienter som inte upplever sig ha några psykosociala svårigheter och/eller inte önskar någon hjälp. De flesta patienter klarar nämligen av sina svårigheter i sitt eget sociala sammanhang och en mindre del av patienter med cancer är intresserade av kontakt med psykosocial expertis (6). Att då i inklusionen exklusivt utgå ifrån diagnos och därmed inkludera patienter som inte uppfattar sig behöva hjälp (men som inte tackar nej när de aktivt erbjuds deltagande i en studie) påverkar rimligtvis studiens utfall och kan förleda oss att tro att den inte har tillräcklig effekt (typ 2 fel). Problemet blir att den då inte har provats på de patienter som vi är till för, dvs. de som själva knackar på våra dörrar och uttrycker en önskan om psykosocial hjälp. Det tycks vidare vara mycket som talar för att hur behandlaren lyckas möta den enskilde patientens mer personligt färgade önskemål om hur behandlingen ska gå till, påverkar utfallet av behandlingen (7). Vi måste naturligtvis ta stor hänsyn till vad patienter vill ha. Men man måste också ska lyfta blicken till exempelvis fysiska rehabiliteringsbehov. Få patienter kommer spontant och önskar gapträning vid head-neckcancer – vi måste närma oss dem och ofta lägga ned mycket motivationsarbete för träning då denna är plågsam – men ofta helt nödvändig för bibehållen funktion.

Rehabilitering vid cancersjukdom behöver fortsätta att utvecklas som forskningsområde inom många områden vad gäller arbetslivets betydelse, men det behövs framför allt fler studier som tar sin utgångspunkt i den kliniska vardagens gestaltning och komplexitet – hos de som söker hjälp och deras önskemål om hjälp (8,9). Renodlade RCT-studier saknar den flexibilitet som krävs och bör därför kompletteras med kvasiexperimentella studier och kvalitativa studier konkret fokuserade på förändring/utebliven förändring av levd vardag.

## Referenser

1. Fors EA, Bertheussen GF, Thune I, Juvet LK, et al. Psychosocial interventions as part of breast cancer rehabilitation programs? Results from a systematic review. *Psychooncology* 2010;preview.
2. Johansson B, Brandberg Y, Hellbom M, Persson C, et al. Health-related quality of life and distress in cancer patients: results from a large randomised study. *Br J Cancer* 2008;99:1975–1983.
3. Ross L, Boesen EH, Dalton SO, Johansen C. Mind and cancer – does psychosocial intervention improve survival and psychosocial well-being? *Eur J Cancer* 2002;38(11):1447–1458.
4. Glasgow R. What type of evidence are most needed to advance behavioural medicine? *Ann Behav Med.* 2008;35:19–25.
5. Rothwell PM. Treating individuals 1: External validity of randomised controlled trials: “To whom do the results of this trial apply?”. *Lancet.* 2005;365:82–93.
6. Merckaert I, Libert Y, Messin S, et al. Cancer patients’ desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients’ psychological needs. *Psychooncology* 2010;19:141–149.
7. Bragesjö M, Clinton D, Sandell R. The credibility of psychodynamic, cognitive, and cognitive-behavioural psychotherapy in a randomly selected sample of the general public. *Psychol Psychother-T.* 2004;77:297–307.
8. Koch U. IPOS Sutheerland Memorial Lecture: psycho-oncology and health care research. *Psychooncology* 2008;17(6):533–537.
9. Salander P. Motives that cancer patients in oncological care have for consulting a psychologist – an empirical study. *Psychooncology* 2010;19:248–254.



## 6.8 Screening och psykosociala interventioner

Det finns ett ökande intresse för olika former av screening-instrument för att detektera psykiska besvär hos patienter med cancer. Tanken är att man på mottagningar administrerar ett formulär för att via detta bättre fånga upp patienter med någon form av psykosocial problematik. Kanske kan man beskriva en rational bakom detta som ser klara relationer mellan insjuknande i cancer, förtvivlan och önskan om rehabilitering via psykosocial hjälp. Det finns dock skäl för viss reservation inför den psykosociala screeningens möjligheter.

Screeningen måste ses i sitt vardagskliniska sammanhang och närmare granskning av de få studier som fokuserat på dess praktiska konsekvenser ger inga imponerande resultat (1). Ett screeninginstrument kan möjligen underlätta ett mer systematiskt samtalande kring psykosociala områden men det tycks av olika skäl ha påtagliga svårigheter att leva upp till sitt egentliga syfte – att underlätta för de som mår dåligt att söka hjälp.

I en nyligt publicerad studie bekräftades det som man tidigare anat, nämligen att det inte finns något klart samband mellan psykosocial ohälsa (vanligtvis mätt som ångest/depression) och intresse av att träffa psykosocial expertis (2). Patienter har också andra skäl än ångest/depression för att söka hjälp (3). Rationalen för screeninginstrument faller därmed samman och det rimligaste är kanske i stället att systematiskt fråga patienter om han/hon är intresserad av att träffa psykosocial expertis och/eller expertis inom fysisk rehabilitering. Kanske är det också lättare att integrera denna fråga i den pressade kliniska vardagen än att hitta nya logistiska rutiner kring ett tillagt instrument. Det behövs bättre studier om hur vi kan identifiera de som behöver olika former av stöd och åtgärder som kan främja återgång i arbete.

Det finns flera mätinstrument som potentiellt kan användas som hjälpmedel för att identifiera problem med oro och nedstämdhet, eller mäta symptom och fysisk och psykosocial funktion hos cancerpatienter. Exempel på den förra kategorin är Hospital Anxiety and Depression Scale (4), och exempel på den senare kategorin är European Organisation for Research and Treatment of Cancers livskvalitetsformulär (Quality of life Questionnaire Core-30) som även har ett stort utbud av diagnosspecifika moduler (5). De flesta av dessa mätinstrument är vetenskapligt utprovade och har goda psykometriska egenskaper.

De har dock aldrig fått något större genomslag inom klinisk onkologisk verksamhet, utan används företrädesvis vid forskning. En anledning till detta är att de oftast kräver samman- och/eller omräkning av resultat för att kunna ge meningsfull data, och att de därför av klinikern kan uppfattas som krångliga och tidsödande att använda.

En forskargrupp vid Sloan Kettering Cancer Center, New York, har tagit fram Brief Screening Tool and Problem List, även kallad Distress Thermometer (6), på svenska "Problemtermometern", vilken består av en visuell-analogskala där patienten ombeds indikera med streck eller kryss hur "distressed" han eller hon känner sig, och en lista på olika anledningar (psykologiska, familjerelaterade, sociala, religiösa, praktiska, fysiska) till patientens aktuella "distress".

Termometern upptar ett A4-ark och ifylls i väntrummet. Den kräver ingen samman- eller omräkning av poäng eller liknande utan är tänkt att ge en snabb överblick över patientens aktuella situation och rehabiliteringsbehov. Problemtermometern rekommenderas för screening för psykosocial problematik i poliklinisk vård i de kliniska riktlinjer som utges av National Comprehensive Cancer Network i USA (7). De psykometriska egenskaperna hos svensk översättning av Problemtermometern är under utprovning i Uppsala.

Oavsett vilken metod som används för screening är det viktigt att man följer upp med samtal eller konsultation då man kan se att patienter har problem. Screeninginstrument är hjälpmedel, och får aldrig ersätta medicinska undersökningar eller samtal om man misstänker förekomst av rehabiliteringsbehov.

## Referenser

1. Garssen B, deKok E. How useful is a screening-instrument? *Psychooncology* 2008;17:726–728.
2. Merckaert I, Libert Y, Messin S, et al. Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psychooncology* 2009; preview.
3. Salander P. Motives that cancer patients in oncological care have for consulting a psychologist – an empirical study. *Psychooncology* 2010.
4. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361–70.
5. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993;85(5):365–76.
6. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer* 1998;82(10):1904–8.
7. Holland JC. Distress management: National Comprehensive Cancer Network; 2004.

## 6.9 Regionala perspektivet och Regionala cancercentra (RCC)

Den nationella cancerstrategin har fem viktiga delmål inom ramen för RCC;

1. Att minska risken för insjuknande i cancer
2. Att förbättra kvalitén i omhändertagandet av patienter med cancer
3. Att förlänga överlevnaden och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos
4. Att minska regionala skillnader i överlevnadstid efter cancerdiagnos.
5. Att minska skillnader mellan befolkningsgrupper i insjuknande och överlevnadstid.

Inom flertalet av dessa mål inryms arbetet med rehabilitering av cancerpatienterna med målet att åstadkomma en optimal livskvalitet, vilket också inkluderar att underlätta återgången till ett arbete.

Med en växande population av kroniskt sjuka cancerpatienter blir behovet att dessa ska kunna leva ett meningsfullt liv påtagligt.

I takt med att den somatiska cancer vården utvecklats med förbättrade överlevnadsresultat ökar behoven av psykosocialt stöd och fysiska rehabiliteringsinsatser. Dessa verksamheter är till sin natur multidisciplinära och multiprofessionella och inkluderar många yrkesgrupper. Därav följer också att en mer optimal organisation inom ramen för RCC kan möta behoven och önskemålen från patienter, anhöriga och professionen utanför de speciella centra som i dag finns.

Organiserad cancerrehabilitering utförs i dag av psykosociala onkologiska team och mottagningar för psykosocialt stöd och rehabilitering. Formerna för denna verksamhet skiljer sig väsentligt mellan olika delar av landet och mellan vårdgivare och kliniker.

De kommande RCC ska således vara en del i arbetet att skapa mer enhetliga och jämlika möjligheter för alla cancerpatienter i Sverige att även erhålla rehabiliteringsmöjligheter för att erhålla bättre möjligheter till återgång i arbete.

Det har uppskattats av den nationella cancerstrategiutredningen att minst en tredjedel av cancerpatienterna har behov av sådana

insatser och det är uppenbart att på många håll i landet behöver denna typ av verksamhet byggas upp eller förstärkas. Samarbetet med arbetsgivare, arbetsförmedling och Försäkringskassan kommer också att vara nödvändigt att utveckla vidare.

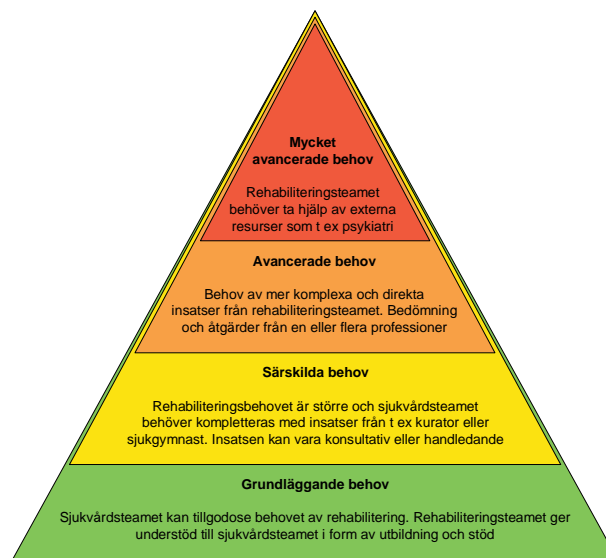
Speciella kompetensenheter för psykosocialt stöd och fysisk rehabilitering kopplade till de kommande RCC bör därför etableras. Dessa enheter ska ges möjligheter dels till direkt arbete med egen patientnära verksamhet och dels ha resurser för att ge stöd till det egna upptagningsområdets patienter och anhöriga men även kompetens för förmedling till den egna regionens professionella utövare. Dessa centra ska fungera som en resursenhet för hela regionen.

Specialistteam för onkologisk rehabilitering finns i dag i Stockholm (Sektionen för Cancerrehabilitering vid onkologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset), Skåne (Enheten för rehabilitering och stöd vid Skånes onkologiska klinik och Fenix – enheten för cancerrehabilitering i Kristianstad). Ytterligare ett team är under uppbyggnad i Halmstad. Mindre team för psykosocialt stöd finns i Göteborg (Psykoonkologiskt team, Sahlgrenska universitetssjukhuset) och Umeå (Psykosociala enheten, Norrlands Universitetssjukhus). Således saknas specialistteam för onkologisk rehabilitering i större delen av landet.

De flesta patienter med cancer har inte kontakt med stora universitetssjukhus eller regionkliniker utan befinner sig i sin vardag ofta långt från dessa. I denna periferi finns inga centra med sina specialiserade professioner men däremot bör patienter här ha möjlighet till kontakt med mer lokal psykosocial expertis vid lokalt sjukhus eller vårdcentral, företrädesvis socionomer i hälso- och sjukvård. Dessa kuratorer, ofta generalister i somatisk sjukvård, är centrala i den psykosociala onkologin och bör också ha möjlighet till kontakt, utbildning och handledning via den regionala rehabiliteringsenheten. I detta teamarbete är det självklart att den patientansvariga onkologen (eller annan aktuell specialitetsläkare) och kontaktsjuksköterska räknas in i teamet. Huvudansvaret för att en optimal rehabilitering ges till varje patient bör ligga på patientansvarig cancerläkare.

En tänkt nivåstrukturering av arbetet med cancerrehabilitering inom olika delar av vården kan möjligen åskådliggöras med följande figur

Figur 3 Rehabiliteringsnivåer efter behov



*Nivå 1:* Grundläggande behov-Sjukvårdsteamet kan tillgodose behovet av stöd och rehabilitering. Kontakt med Försäkringskassa och andra externa intressenter som arbetsgivare bör övervägas i alla faser.

*Nivå 2:* Särskilda behov – behovet av stöd är större och sjukvårdsteamet behöver kompletteras med insatser från t.ex. kurator, psykolog eller sjukgymnast. Insatsen kan vara konsultativ eller handledande.

*Nivå 3:* avancerade behov – Behov av mer komplexa och direkta insatser från rehabiliteringsteamet. Bedömning och åtgärder från en eller flera professioner.

*Nivå 4:* Mycket avancerade behov – Rehabiliteringsteamet behöver ta hjälp av externa resurser som t.ex. psykiatrisk klinik eller rehabiliteringsklinik.

## 6.10 Internationella perspektiv

I en nyligen genomförd kartläggning av system för cancerrehabilitering i de nordiska länderna samt Tyskland och Nederländerna (1) konstateras att dessa i stort har samma utgångspunkt i en syn på cancerrehabilitering som en multidisciplinär verksamhet med många dimensioner. Utbudet och hur verksamheten finansieras skiljer sig åt, främst beroende på att organisation av sjukvård och socialförsäkring ser olika ut i olika länder. Som exempel kan nämnas att Tyskland har ett system där finansiering av rehabiliteringsåtgärder sker från samma budgetbas som finansiering av förtidspensioner, medan man i Danmark har lagt huvudansvaret på kommunerna ("amt"). I Finland har den finska Cancerfonden sedan 1970-talet haft ett starkt initiativ i rehabiliteringsprocessen

och där finansieras rehabiliteringsåtgärder via socialförsäkrings-systemet.

I Danmark har Novo Nordisk Fonden och Kræftens Bekæmpelse nyligen utdelat ett forskningsanslag på 30 miljoner danska kronor för forskning om cancerrehabilitering. Anslaget ska gå till att inrätta ett nytt "Center for Integreret Rehabilitering af Kræftpatienter" och ska ledas av professor Lis Adamsen. Forskningen fokuseras på både barn och vuxna och omfattar patienter med olika diagnoser (lung-, bröst-, prostata-, tjocktarms- och testikelcancer samt leukemi och hjärntumörer). Forskningen bygger på tre centrala principer: tidig insats, fysisk aktivitet och tillvaratagandet av patientens egna resurser.

## Referenser

1. Hellbom, M, Bergelt, C, Bergenmar, M, Gijssen, B, Loge, JH, Rautalathi, M, Smaradottir, A, Johansen. C Cancer rehabilitation: A Nordic and European perspective. Accepted for Acta Oncologica i oktober 2010.



## 6.11 Rehabilitering i internatform

Ett flertal landsting erbjuder rehabilitering i internatform efter avslutad cancerbehandling. Denna rehabiliteringsform är mycket uppskattad av patienterna. Det är angeläget att denna rehabiliteringsinsats inte är en enskild fristående åtgärd utan är väl övervägd och ingår i den individuella behandlingsplanen. Innan remissen skrivs bör en kartläggning av patientens rehabiliteringsbehov ha skett och målet med vistelsen ha diskuterats i dialog med patienten. Fokus bör ligga på rehabiliteringsanläggningar som har som mål att uppnå en evidensbaserad vård. Vårdinsatsen ska vara multiprofessionell. De aktiviteter som erbjuds ska ske enligt metoder som har stöd i vetenskap och/eller beprövad erfarenhet. Eventuella kostråd och förslag på livsstilförändringar ska stå i överenskommelse med Socialstyrelsens rekommendationer. All personal som deltar i rehabiliteringsaktiviteterna bör ha utbildningar som normalt förekommer inom hälso- och sjukvården. I behandlingsteamet bör finnas kunskap om såväl rehabilitering som psykosocialt stöd. Den läkare som är medicinskt ansvarig för vården bör ha specialistkunskaper i onkologi alternativt rehabiliteringsmedicin. Undersökning av patienttillfredsställelsen med särskild betoning på i vilken omfattning uppställda rehabiliteringsmål har uppnåtts bör genomföras systematiskt. Utvärdering bör även göras av i vilken utsträckning rehabiliteringsinsatsen bidrar till att underlätta återgången i arbete.

Det bör också beaktas att i dagsläget går en stor del av rehabiliteringsresurserna, inte minst vad gäller rehabiliteringsenheter, till adjuvant behandlade kvinnor med bröstcancer. Det ska i sig inte kritiseras, men dock bör man även reflektera över om hur befintliga resurserna optimalt borde vara fördelade. En grupp som bör beaktas i större utsträckning är de kroniskt sjuka patienterna vilket naturligtvis också kan inkludera kvinnor drabbade av bröstcancer. Tidsperioden från känd avancerad sjukdom till död blir allt längre – vilket även gäller vissa grupper av kvinnor med bröstcancer. Denna grupp behöver sannolikt återkommande rehabiliteringsperioder för att orka med sitt vardagsliv som i dag även inkluderar att orka med ett förvärvsarbete på hel- eller deltid. Detsamma gäller även "botade" cancerpatienter där boten medför bestående skador och funktionsinskränkningar (t.ex. cancer i huvud-halsområdet) och patienter med obotliga sjukdomar som i dag har en väsentligt längre överlevnadstid än tidigare.

I Stockholm och stora delar av landet har dessa patientgruppen svårighet att erhålla optimala rehabiliteringsinsatser ofta med motivering att rehabilitering kan beviljas först efter att alla aktiva cancerbehandlingar har avslutats. Med denna diskussion som grund inses behovet av väl fungerande rehabiliteringsenheter med optimal kompetens inom cancerrehabilitering.

## **6.12 En optimal integrering av rehabiliteringskedjan i cancervården**

Vid cancersjukdom kan vårdprocessen vara utsträckt i tid och involvera olika delar av vården vid medicinsk utredning, behandling och uppföljning. Även samhällsaktörer utanför sjukvården, så som till exempel Försäkringskassa, arbetsgivare, arbetsförmedling kommunal service, sociala myndigheter, skola och barnomsorg är ofta aktuellt att involveras. Hur avgränsningen mellan dessa olika aktörer bör utvecklas och utvärderas mer utförligt än vad denna utredning haft möjlighet till. Alla arbetsplatser har i dag inte tillgång till en optimal företagshälsovård för att kunna handha cancersjuka patienter och erfarenheten är att i många fall är arbetsgivaren inte intresserad av en diskussion om rehabilitering av en cancersjuk medarbetare, till stor del beroende på okunskap om de möjligheter som finns att återkomma till arbetet. Till detta ska läggas att cancersjukdomen i de absolut flesta fall ej är relaterat till arbetsplatsen vilket exempelvis sjukdomar i rörelseorganen i många fall är. Cancerpatienter kan därför vara i behov av extra stöd från sjukvården när det gäller aspekter runt återgång till arbete.

Rehabilitering är aktuellt under hela vårdprocessen, från det patienten får sin diagnos och framåt, och involverar alla de delar av vården som patienten kommer i kontakt med. Ett praktiskt förslag som för närvarande diskuteras i gruppen är följande:

Bedömning av rehabiliteringsbehov bör rutinmässigt och återkommande ingå i alla cancerpatienters vård under hela vårdprocessen, vilket bör diskuteras redan vid första läkarbesöket men även kontinuerligt uppmärksammas vid alla kontakter. Samtidigt måste den privata innebörden av sjukdomen bejakas och patientens egna möjligheter att bidra till rehabiliteringsprocessen, t.ex. rökstopp och aktiv gapträning efter botande strålbehandling av huvudhals cancer. Fysisk aktivitet bör vara ett ledord i all rehabilitering för att öka möjligheten att bibehålla olika funktioner

Patientens rehabiliteringsbehov och insatta rehabiliteringsåtgärder bör kontinuerligt dokumenteras i journalen under speciell rubrik "Rehabilitering" för att underlätta fortsatta åtgärder i vårdkedjan. En rehabiliteringsplan ska finnas redan under pågående behandling.

För att öka möjligheterna med återgång till arbete bör också i vissa fall aktiva kontakter ske med arbetsgivaren om vad som kan göras på arbetsplatsen, inte minst då cancersjukdomen kan väcka många olika reaktioner på arbetsplatsen och det i dag fortfarande saknas kunskap om vad de olika cancersjukdomarna kan medföra och fördomar om att en cancersjuk inte kan räknas med för en längre tid. Vid cancer finns behov av flexibilitet och öppenhet vid återgång i arbete.

Patienter som bedöms vara i behov av mer intensifierade och individualiserade rehabiliteringsinsatser bör hänvisas till specialistteam för vidare utredning och åtgärder

Alla cancerpatienter (och närstående) bör erbjudas att delta i väletablerade informations- och stödprogram som ett led i rehabiliteringen, t.ex. Kom-i-gång-grupper eller Lära sig leva med cancer. Dessa kan dock inte ersätta tidigt insatta och individuellt utformade åtgärder.

### **6.13 Individuell rehabiliteringsplan**

Med individuell behandlingsplan menar vi den planering och målsättning som patient och behandlare kommer överens om. Rehabiliteringsbehoven vid cancersjukdom ser ofta olika ut från patient till patient beroende på diagnos, behandling, ålder, resurser och arbets- och familjesituation. Det är därför viktigt att rehabiliteringen planeras och genomförs i nära samarbete med patient och närstående samt utgår från personens egna resurser. Patient och närstående behöver ibland stöd att se vad patienten själv kan göra för att fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt bli rustad att gå igenom ett ofta långvarigt behandlingsförlopp.

### 6.13.1 Tydliga mål och utfall

Med tydliga mål och utfall menar vi att målen i rehabiliteringsplanen ska vara tydliga, mätbara och följas upp regelbundet i dialog med patienten. Målen ska bygga på en noggrann kartläggning av den enskilda patientens rehabiliteringsbehov. Det är viktigt att vara uppmärksam på att patientens behov kan ändra sig genom sjukdomsförloppet. Bedömning av rehabiliteringsbehov bör därför göras vid alla brytpunkter såsom vid diagnos samt vid start och avslutning av olika behandlingar. Utfallet av rehabiliteringsinsatsen ska vara möjligt att bedöma eller mäta i relation till de uppställda målen.

### Tidsbegränsad process

Med tidsbegränsad process menar vi att rehabiliteringsprocessen i anslutning till de i den aktuella rehabiliteringsplanen uppställda målen ska ha en för patient och behandlare tydlig slutpunkt.

I ett längre perspektiv måste vi skapa en bättre kunskap för underlag för utveckling av interventioner och erhålla resultat som även ska användas för utbildning av personal inom sjukvård, Försäkringskassa och arbetsgivare.

### Bilagor:

- Bilaga 1: Litteraturgenomgång – kontrollerade interventionsstudier cancerrehabilitering
- Bilaga 2: Lungcancerformulär rehabiliteringsbehov
- Bilaga 3: Kvalitetsindikatorer

## Bilaga 1

### Litteraturgenomgång av randomiserade rehabiliteringsstudier inom cancerområdet

Litteratursökningen avseende rehabiliteringsstudier inom cancerområdet genomfördes under april i samarbete med Christine Wickmans, informatiker vid KI. Sökning gjordes i databaserna Medline, Embase och PsycINFO. Dessa databaser överlappar varandra till en del, dvs samma tidskriftsartiklar indexeras för dessa databaser och återfinns då i sökresultatet från respektive databas. Efter diskussion och bedömning av olika sökresultat bestämdes följande:

- sökningen sker med hjälp av termer från de valda databasernas kontrollerade vokabulär (thesauri). EXP (explode) betyder att sökningen inkluderar den termens underordnade termer.
- sökresultaten begränsades till vuxna, till randomiserade studie, till artiklar skrivna på engelska
- ingen tidsbegränsning gjordes
- sökresultatet importerades till referenshanteringsprogram för att bl.a. kunna exkludera dubletter

#### Sökning i Medline via OvidSP:

1. exp neoplasms/rh
2. exp neoplasms/ and exp rehabilitation/
3. exp neoplasms/ and rh.fs.
4. 1 or 2 or 3
5. limit 4 to (english language and humans and "all adult (19 plus years)" and randomized controlled trial)

rh = rehabilitation som aspektord

Sökning i PsycInfo via OvidSP:

1. exp neoplasms/ and exp rehabilitation/
2. limit 1 to (human and english language and "2000 treatment outcome/randomized clinical trial" and "300 adulthood <age 18 yrs and older>")

Sökning i Embase via Embase.com

# 1 'neoplasm'/exp AND 'rehabilitation'/exp

# 2 'neoplasm'/exp/dm\_rh

# 3 #1 OR #2 AND [randomized controlled trial]/lim AND ([adult]/lim OR [aged]/lim) AND [humans]/lim AND [english]/lim AND [embase]/lim

När dubbletter filtrerats bort i EndNote, resulterade sökningarna i Medline, PsychInfo och Embase i totalt 621 träffar. Abstracten till dessa 621 artiklar är granskade av Mia Bergenmar avseende "population", "rehabiliteringsintervention", "outcome" och en bedömning om artikeln ska granskas i nästa steg. De abstract där MB gjort bedömningen att de bör gå vidare för närmare granskning samt de abstract där MB varit tveksam eller där det funnits otillräcklig information bedömdes av ytterligare en person (Maria Hellbom). Samtliga artiklar där en eller båda bedömarna, utifrån abstrakten, ansett att artikeln bör ingå alternativt granskas närmare innan beslut fattas beställdes (n=216).

Efter diskussioner med Roger Henriksson och Lena Sharp bestämde vi att selektera studier där populationen utgjordes av patienter med kurativ sjukdom och med undersökningsgrupper som utgjordes av 20 eller fler personer (n=151).

Med anledning av att Norwegian Knowledge Centre for Health Service 2009 publicerat en review, "Rehabilitation of breast cancer patients", beslöt vi att selektera studier som uppfyllde de tidigare nämnda kriterierna samt där studiepopulationen, åtminstone delvis, utgjordes av patienter med andra diagnoser än bröstcancer. I 64 av de ovanstående 151 artiklarna var studiepopulationen enbart patienter med bröstcancer, dessutom var 13 artiklar dubbletter (n=74).

Av de 74 artiklarna där studiepopulationen inte enbart utgjordes av patienter med bröstcancer visade det sig att 27 artiklar även

inkluderade patienter med metastaserande sjukdom samt 3 dubbletter (n=44).

Ytterligare 5 studier visade sig vara dubbletter och i tabellen nedan är de 39 kvarvarande artiklarna listade. Trettiofem artiklar är publicerade under de senaste 10 åren.

Tjugotvå artiklar beskriver rehabiliteringsinterventioner riktade till patienter med en specifik diagnos eller patienter inom en diagnosgrupp med 11 artiklar om patienter med prostatacancer. De övriga (n=17) beskriver rehabiliteringsinterventioner där population består av patienter med blandade diagnoser. Variationen i de 39 studierna i vad man försökt påverka (primär endpoint) är stor, från global livskvalitet till antal blodtransfusioner. I en studie (ID 300) fanns sjukskrivning med som en variabel, dock inte som primär endpoint. Ungefär hälften av studierna beskriver interventioner som sätts in under pågående behandling. Genomsnittsåldern var under 60 år i 17 studier, 60–62 år i åtta studier och 64–70 år i 14 studier. Interventionerna innehöll fysisk aktivitet (träning, uppmuntran till träning), information eller utbildning, medicinering, träning i avspänning/avslappning, kognitiv träning med eller utan fysisk träning, motiverande samtal, massage, musikterapi och interventioner med flera olika komponenter. Sammanfattningsvis finns inget vetenskapligt stöd i de publicerade, randomiserade studier med undersökningsgrupper på  $\geq 20$  personer för någon enskild rehabiliteringsåtgärd för att främja återgång till arbete.

ID	Publication	Diagnosis	n	Primary endpoint	Intervention	Remark
12	Jahn, P., P. Renz, et al. (2009). "Reduction of chemotherapy-induced anorexia, nausea, and emesis through a structured nursing intervention: a cluster-randomized multicenter trial." <u>Supportive Care in Cancer</u> <b>17</b> (12): 1543-52.	Gynecological, urologic tumors, hematological malignancies, other tumors <b>During chemotherapy</b>	n=208, 60% women, mean age 50/53 ys Germany	Anorexia, nausea, emesis	Nursing intervention, (information leaflet and advisory consultation)	
13	Galvao, D. A., D. R. Taaffe, et al. (2010). "Combined resistance and aerobic exercise program reverses muscle loss in men undergoing androgen suppression therapy for prostate cancer without bone metastases: a randomized controlled trial." <u>Journal of Clinical Oncology</u> <b>28</b> (2): 340-7.	Prostate cancer <b>During androgen suppression therapy</b>	n=57, mean age 70 ys Australia	Muscle mass and physical strength	12-weeks group exercise training program	
18	Griffith, K., J. Wenzel, et al. (2009). "Impact of a walking intervention on cardiorespiratory fitness, self-reported physical function, and pain in patients undergoing treatment for solid tumors." <u>Cancer</u> <b>115</b> (20): 4874-84.	Breast, prostate and other cancers <b>During chemo- or radiotherapy or both</b>	n=126, 61% women, mean age 60 ys, USA	Fitness and physical functioning	Individual home-based walking intervention during treatment	138/620 gave informed consent!
22	Adamsen, L., M. Quist, et al. (2009). "Effect of a multimodal high intensity exercise intervention in cancer patients undergoing chemotherapy: a randomised controlled trial." <u>BMJ</u> <b>339</b> : b3410.	Breast, bowel, other malignancies <b>During adjuvant chemotherapy</b>	n=263, 73% women, mean age 47 ys, Denmark	QoL, physical activity, muscle strength	6-week group exercise intervention	
31	Lawwick, S., D. J. Kim, et al. (2009). "Functional walking capacity as an outcome measure of laparoscopic prostatectomy: the effect of lidocaine infusion." <u>British Journal of Anaesthesia</u> <b>103</b> (2): 213-9.	Prostate cancer <b>During surgery and first postoperative day</b>	n=40, mean age 60 ys, Italy / Canada	Walking capacity	Infusion of lidocain during surgery and the first post-operative day	During surgery
38	Morey, M. C., D. C. Snyder, et al. (2009). "Effects of home-based diet and exercise on functional outcomes among older, overweight long-term cancer survivors: RENEW: a randomized controlled trial." <u>JAMA</u> <b>301</b> (18): 1883-91.	Breast-, prostate- and colorectal cancer <b>At least 5 ys after diagnosis</b>	n=641, 54% women, mean age 73 ys, USA	Change in self-reported functional status	Tailored workbook, quarterly newsletters + telephone counseling	
40	May, A. M., I. Korsjens, et al. (2009). "Long-term effects on cancer survivors' quality of life of physical training versus physical training combined with cognitive-behavioral therapy: results from a randomized trial." <u>Supportive Care in Cancer</u> <b>17</b> (6): 653-63.	Breast, hematological, gynecological, urogenital, lung, colon and other cancers <b>≥ 3 months after treatment</b>	n=147, 84% women, mean age 49 ys, The Netherlands	Global QoL, physical activity	12-weeks group activity: physical exercise and cognitive-behavioural training	Stages? "life expectancy at least 1 year" Same population as in ID 60?



ID	Publication	Diagnosis	n	Primary endpoint	Intervention	Remark
58	McNeely, M. L., M. B. Parliament, et al. (2008). "Effect of exercise on upper extremity pain and dysfunction in head and neck cancer survivors: a randomized controlled trial." <u>Cancer</u> <b>113</b> (1): 214-22.	Oral/oropharynx, larynx/hypopharynx, thyroid, parotid, sarcoma mandible, unknown <b>After surgery (2-180 months)</b>	n=52, 29% women, mean age 52 ys, Canada	Physical function (change in patient-rated shoulder pain and disability)	12-weeks progressive resistance training	
60	May, A. M., E. Van Weert, et al. (2008). "Improved physical fitness of cancer survivors: a randomised controlled trial comparing physical training with physical and cognitive-behavioural training." <u>Acta Oncologica</u> <b>47</b> (5): 825-34.	Breast, hematological, gynecological, urogenital, lung, colon and other cancers <b>≥ 3 months after treatment</b>	n=147, 84% women, mean age 49 ys, The Netherlands	Physical function (oxygen uptake, muscle strength)	12-weeks group activity: physical exercise and cognitive-behavioural training	Stages? "life expectancy at least 1 year" Same population as in ID 40?
68	Coleman, E. A., S. K. Coon, et al. (2008). "Effects of exercise in combination with epoetin alfa during high-dose chemotherapy and autologous peripheral blood stem cell transplantation for multiple myeloma." <u>Oncology Nursing Forum</u> <b>35</b> (3): E53-61.	Multiple myeloma <b>During high-dose chemotherapy</b>	n=120, 42% women, mean age 55 ys, USA	Number of red blood cells and platelet transfusions during transplantation	Home-based exercise	
81	Poppelreuter, M., J. Weis, et al. (2008). "Rehabilitation of therapy-related cognitive deficits in patients after hematopoietic stem cell transplantation." <u>Bone Marrow Transplantation</u> <b>41</b> (1): 79-90.	Acute leucemia, lymphoma, myelodysplastic syndroms <b>After treatment (mean 7 months)</b>	n=75, 49% women, mean age 43 ys, Germany	Memory (cognitive functioning)	PC-training 1 hour/4 times/week during 3-5 weeks	
86	Krischer, M. M., P. Xu, et al. (2007). "Self-administered stress management training in patients undergoing radiotherapy." <u>Journal of Clinical Oncology</u> <b>25</b> (29): 4657-62.	Breast, prostate, lung, head and neck, lymphoma, other <b>During RT</b>	n=310, 72% women, mean age 61 ys, USA	QoL, psychological distress	Self administered stress management (video and brochure)	
99	Demark-Wahnefried, W., E. C. Clipp, et al. (2007). "Main outcomes of the FRESH STAR I trial: a sequentially tailored, diet and exercise mailed print intervention among breast and prostate cancer survivors." <u>Journal of Clinical Oncology</u> <b>25</b> (19): 2709-18.	Breast and prostate cancer <b>Within 9 months of diagnosis</b>	n=543, 56% women, mean age 57 ys, USA	Healthy life style (activity, fruit and fat intake)	Personalised mailed intervention	

ID	Publication	Diagnosis	n=	Primary endpoint	Intervention	Remark
108	Filocamo, M. T., V. Li Miarzi, et al. (2007). "Pharmacologic treatment in postprostatectomy stress urinary incontinence." <u>European Urology</u> <b>51</b> (6): 1559-64.	Prostate cancer <b>4 weeks after surgery</b>	n=112, mean age 65 ys, Italy	Urinary continence	Pharmacological treatment (duloxetine)	
119	Bennett, J. A., K. S. Lyons, et al. (2007). "Motivational interviewing to increase physical activity in long-term cancer survivors: a randomized controlled trial." <u>Nursing Research</u> <b>56</b> (1): 18-27.	Breast cancer and other <b>After treatment (mean 42 months)</b>	n=56, 89% women, mean age 55-60 ys, New Zealand	Physical activity	Motivating interviews	
121	Norager, C. B., M. B. Jensen, et al. (2006). "Effect of darbepoetin alfa on physical function in patients undergoing surgery for colorectal cancer. A randomized, double-blind, placebo-controlled study." <u>Oncology</u> <b>71</b> (3-4): 212-20.	Colorectal cancer <b>During treatment (before and after surgery)</b>	n=151, 41% women, mean age 63/65 ys, Denmark	Physical performance	Pharmacological treatment (darbepoetin alfa)	
130	Carmack Taylor, C. L., C. Demoor, et al. (2006). "Active for Life After Cancer: a randomized trial examining a lifestyle physical activity program for prostate cancer patients." <u>Psycho-Oncology</u> <b>15</b> (10): 847-62.	Prostate cancer <b>After treatment (mean 33 months)</b>	n=113, mean age 69 ys, USA	QoL	Group meetings (apx 20 meetings during 6 month)	
144	Barclay, J., J. Vestey, et al. (2006). "Reducing the symptoms of lymphoedema: is there a role for aromatherapy?" <u>European Journal of Oncology Nursing</u> <b>10</b> (2): 140-9.	? patients referred for lymphoedema treatment <b>After treatment</b>	n=81, 95% women, mean age 60/61 ys, UK	Reduction in limb volume	Daily self-massage with aroma oils during 3-6 months	<b>Diagnosis? Stages?</b>
193	Thorsen, L., E. Skovlund, et al. (2005). "Effectiveness of physical activity on cardiorespiratory fitness and health-related quality of life in young and middle-aged cancer patients shortly after chemotherapy." <u>Journal of Clinical Oncology</u> <b>23</b> (10): 2378-88.	Breast, gynaecological, lymphoma, testicular <b>After treatment (1 month)</b>	n=220, 66% women, mean age 38/39 ys, Norway	Cardiorespirator y fitness	Supervised, home-based, flexible training program	
208	Windsor, P. M., K. F. Nicol, et al. (2004). "A randomized, controlled trial of aerobic exercise for treatment-related fatigue in men receiving radical external beam radiotherapy for localized prostate carcinoma." <u>Cancer</u> <b>101</b> (3): 550-7.	Prostate cancer <b>During RT</b>	n=66, mean age 68 ys, UK	Fatigue	Home-based 30 min walking 3 days/week	

ID	Publication	Diagnosis	n	Primary endpoint	Intervention	Remark
216	Stiegelis, H. E., M. Hagedoorn, et al. (2004). "The impact of an informational self-management intervention on the association between control and illness uncertainty before and psychological distress after radiotherapy." <u>Psycho-Oncology</u> 13(4): 248-59.	Breast, prostate, Head and neck, cervix After treatment (2 weeks)	n=209, 65% women, mean age 61 ys, The Netherlands	Reduced distress	Booklet	
217	Christman, N. J., L. B. Cain, et al. (2004). "The effects of concrete objective information and relaxation on maintaining usual activity during radiation therapy." <u>Oncology Nursing Forum</u> 31(2): E39-45.	Gynecological, Head and neck, lung During RT	n=76, 68% women, mean age 55 ys, USA	Usual activity during treatment	Objective information (audiotape, summaries, instructions in relaxation)	
225	Cassileth, B. R., A. J. Vickers, et al. (2003). "Music therapy for mood disturbance during hospitalization for autologous stem cell transplantation: a randomized controlled trial." <u>Cancer</u> 98(12): 2723-9.	Hematologic malignancies During treatment	n=69, 54% women, mean age 51/53 ys, USA	Mood	Individually adapted live music	
234	Segal, R. J., R. D. Reid, et al. (2003). "Resistance exercise in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer." <u>Journal of Clinical Oncology</u> 21(9): 1653-9.	Prostate During androgen deprivation therapy	n=155, men age 68 ys, Canada	Fatigue, QoL	12-week physical exercise program	All stages but results for curative and palliative patients are presented separately
236	Cheung, Y. L., A. Molassiotis, et al. (2003). "The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients." <u>Psycho-Oncology</u> 12(3): 254-66.	Colorectal cancer After surgery but before chemo or RT	n=59, 32% women, mean age 56/60 ys, China / UK	Anxiety, QoL	Home-based muscle relaxation training	Stages not reported!
253	Jacobsen, P. B., C. D. Meade, et al. (2002). "Efficacy and costs of two forms of stress management training for cancer patients undergoing chemotherapy." <u>Journal of Clinical Oncology</u> 20(12): 2851-62.	Breast, lung, ovarian, lymphoma, colon, prostate, endometrial During chemotherapy	n=382, 76% women, mean age 56 ys, USA	QoL	Stress management during chemotherapy	Stages not reported!

ID	Publication	Diagnosis	n	Primary endpoint	Intervention	Remark
265	Wall, L. M. (2000). "Changes in hope and power in lung cancer patients who exercise." <i>Nursing Science Quarterly</i> <b>13</b> (3): 234-42.	Lung cancer <b>Before treatment (surgery)</b>	n=97, 46% women, mean age 65 ys USA	Changes in hope	Physical exercise	
300	Berglund, G., C. Bolund, et al. (1994). "One-year follow-up of the 'Starting Again' group rehabilitation programme for cancer patients." <i>European Journal of Cancer</i> <b>30A</b> (12): 1744-51.	Breast, ovarian, other <b>After treatment</b>	n=199, most women, mean age 52/53 ys, Sweden	Development of short-term programme gains over a follow-up period of 1 year.	7-week group intervention (information, physical training, coping)	<b>No difference in sick leave</b>
332	Faller, H., G. F. Koch, et al. (2009). "Effectiveness of education for gastric cancer patients: A controlled prospective trial comparing interactive vs. lecture-based programs." <i>Patient Education and Counseling</i> <b>76</b> (1): 91-98.	Gastric cancer <b>After surgery</b>	n=121 36% women, mean age 61 ys, Germany	Illness-related knowledge	Interactive patient education program	
339	Gehring, K., M. M. Sitskoom, et al. (2009). "Cognitive rehabilitation in patients with gliomas: a randomized, controlled trial." <i>Journal of Clinical Oncology</i> <b>27</b> (22): 3712-3722.	Low-grade and anaplastic gliomas <b>After treatment (at least 6 months of stable disease)</b>	n=140 42% women, mean age 42/44 ys, The Netherlands	Cognitive functioning	6-week individual cognitive rehabilitation	
387	Dangsuwan, P. and T. Manchana (2010). "Blood transfusion reduction with intravenous iron in gynecologic cancer patients receiving chemotherapy." <i>Gynecologic Oncology</i> <b>116</b> (3): 522-525.	Ovarial, corpus <b>During chemotherapy</b>	n=44, mean age 50/53 ys, Thailand	Incidence of transfusions at next cycle	Intravenous iron during chemotherapy	<b>Stages not reported! Suboptimal surgical debulking: 36-41%</b>
425	Segal, R. J., R. D. Reid, et al. (2009). "Randomized controlled trial of resistance or aerobic exercise in men receiving radiation therapy for prostate cancer." <i>Journal of Clinical Oncology</i> <b>27</b> (3): 344-351.	Prostate cancer <b>During RT</b>	n=121, mean age 66 ys, Canada	Fatigue	24-week individual physical exercise program	
444	Overgard, M., A. Angelsen, et al. (2008). "Does Physiotherapist-Guided Pelvic Floor Muscle Training Reduce Urinary Incontinence After Radical Prostatectomy?. A Randomised Controlled Trial." <i>European Urology</i> <b>54</b> (2): 438-448.	Prostate cancer <b>After surgery</b>	n=80, mean age 60/62 ys, Norway	Self-reported continence at 3-months follow-up	Pelvic floor muscle training	

ID	Publication	Diagnosis	n	Primary endpoint	Intervention	Remark
495	Inerocci, L., C. Slagter, et al. (2006). "A randomized, double-blind, placebo-controlled, cross-over study to assess the efficacy of tadalafil (Cialis(registered trademark)) in the treatment of erectile dysfunction following three-dimensional conformal external-beam radiotherapy for prostatic carcinoma." <u>International Journal of Radiation Oncology Biology Physics</u> <b>66</b> (2): 439-444.	Prostate cancer <b>After treatment (at least 12 months after RT)</b>	n=60, mean age 69 ys, The Netherlands	Erectile function	Pharmacological treatment with Tadalafil	
504	Penedo, F. J., I. Molton, et al. (2006). "A randomized clinical trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: Development of stress management skills improves quality of life and benefit finding." <u>Annals of Behavioral Medicine</u> <b>31</b> (3): 261-270.	Prostate cancer <b>After treatment</b>	n=191, mean age 65 ys, USA	QoL, benefit finding	10-week cognitive-behavioral group stress management	
523	Filocamo, M. T., V. Li Marzi, et al. (2005). "Effectiveness of early pelvic floor rehabilitation treatment for post-prostatectomy incontinence." <u>European Urology</u> <b>48</b> (5): 734-738.	Prostate cancer after radical retropubic prostatectomy <b>After treatment</b>	n=300, mean age 65 ys, Italy	Incontinence	Early pelvic floor muscle training program	
573	Iconomou, G., A. Koutras, et al. (2003). "Effect of recombinant human erythropoietin on quality of life in cancer patients receiving chemotherapy: Results of a randomized, controlled trial." <u>Journal of Pain and Symptom Management</u> <b>25</b> (6): 512-518.	Lung, breast, colorectal, ovarian, unknown primary, kidney, stomach, other <b>During chemotherapy</b>	n=122, 58% women, mean age 61/63 ys, Greece	QoL, Hb	Subcutaneous injections of Erythropoietin 3 times/week during 12 weeks	<b>Stages?</b>
622	Mansson, A. (1997). "Which patients will benefit from psychosocial intervention after cystectomy for bladder cancer?" <u>British Journal of Urology</u> <b>80</b> (1): 50-57.	Bladder cancer <b>After surgery</b>	n=50, 20% women, mean age 66 ys, Sweden	Psychosocial rehabilitation (?)	Early post-operative psychosocial intervention	
625	Joyce Davison, B. and L. F. Degner (1997). "Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer." <u>Cancer Nursing</u> <b>20</b> (3): 187-196.	Prostate cancer <b>Newly diagnosed (1-13 weeks)</b>	n=60, mean age 66/70 ys, Canada	Role in decision making	Empowerment intervention	

## Bilaga 2

### Bedömning och sjukskrivning av patienter med lungcancer

Prelinärt förslag från socialstyrelsens arbetsgrupp för Nationella riktlinjer – vård av lungcancerpatienter 2010 (Jan Nyman och Eva Branden)

#### Lungcancer, lokaliserad

ICD 10: C34.0-34.3

<b>Symtom, prognos och behandling</b>	En fjärdedel av patienterna med nydiagnostiserad lungcancer har en <i>lokaliserad sjukdom</i> . Behandlingen består av kirurgi där oftast en lunglob, eller mer ovanligt ena lungan, bortopereras. Majoriteten av dessa patienter behandlas med cellgifter i 3 månader efteråt för att minska risken för återfall. Medelåldern vid insjuknandet är 69 år. Symptom kan vara hosta, blodhosta, bröstsmärta, ökad andfåddhet. En stor andel tumörer upptäcks dock av en slump i samband med röntgenundersökning. Cirka en femtedel av patienterna med lokaliserad lungcancer är medicinskt inoperabla på grund av dålig lungfunktion eller hjärt-kärl sjukdom. Dessa patienter behandlas oftast med strålbehandling i en till sex veckor, beroende på behandlingsteknik. Drygt hälften av patienterna med lokaliserad lungcancer blir botade från sin sjukdom.
<b>Förväntad konsekvens för funktionstillstånd</b>	Operationen är ett relativt stort ingrepp med trötthet, smärta i bröstkorgen och nedsatt funktion i efterförloppet beroende på omfattningen av ingreppet och lungfunktionen före operationen. Komplikationer med sårinfektion och hjärtpåverkan förekommer ibland. Under cellgiftsbehandlingen förekommer trötthet och ökad infektionsrisk.
<b>Bedömd tid för återvunnen funktion och normal läkning</b>	Efter operation med okomplicerat förlopp (utan tilläggsbehandling): 8 veckor. Efter operation och tilläggsbehandling med cellgift: Cirka 6 månader. Enstaka patienter kan utveckla en långvarigt smärttillstånd.

<b>Rekommendationer gällande bedömning av arbetsförmåga</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sjukskrivning är alltid motiverad efter en operation i minst 8 veckor.</i> Bedöm arbetsanpassning och deltidssjukskrivning individuellt efter arbetssituationen.</li> <li>• <i>Under cellgiftsbehandling är sjukskrivning under själva behandlingen motiverad.</i> I undantagsfall finns arbetsförmåga (under 1–2 veckor) mellan behandlingarna. Arbetsanpassning och deltidsarbete kan vara aktuellt.</li> </ul>
<b>Behov av tidiga insatser. Särskilda överväganden och åtgärder</b>	Anpassning av arbetsuppgifter är ofta aktuellt, särskilt för patienter med tyngre fysiskt arbete.
<b>Åtgärder vid sjukfall som inte avslutats inom ramen för rekommendation</b>	Efter behandlingen följs patienten en längre tid av sjukvården. För patienter med god funktionsnivå utan tecken till återfall finns inte motiv för fortsatt sjukskrivning.

## Lungcancer, lokalt avancerad

### ICD 10: C34.9

<b>Symtom, prognos och behandling</b>	<p>Vid diagnos har cirka en tredjedel av patienter med <i>lungcancer lokalt avancerad</i> sjukdom. Detta innebär att tumören växer in i centrala strukturer mellan lungorna och/eller är spridd till lymfkörtlar i brösthålan. Förutom lokala symptom i form av hosta, blodhosta, bröstsmärta och ökad andfåddhet kan generella symptom finnas med trötthet, viktsnedgång och feber. Behandlingen består av en kombination med cellgifter och strålbehandling för patienter med hyggligt allmäntillstånd.</p> <p>Behandlingslängden varierar beroende på tumörens celltyp, cellgifter i 3–6 månader kombinerat med strålbehandling i 4–6 veckor som oftast ges samtidigt. För patienter med påverkat allmäntillstånd och/eller stor tumörbörda ges oftast behandling med enbart cellgifter i 3 månader eller en kortare serie med lindrande strålbehandling. Prognosen för denna patientgrupp är på sikt dålig, men upp till en femtedel kan bli långtidsöverlevande/ botade.</p>
<b>Förväntad konsekvens för Funktionstillstånd</b>	Sjukdomen i sig ger ofta en del symptom. Under cellgiftsbehandlingen förekommer trötthet och infektionskänslighet. Under och efter strålbehandlingen uppkommer ofta inflammation i matstrupen med sväljningssvårigheter och ökad hosta. Viss lungfunktionsnedsättning får man räkna med som resttillstånd.

<b>Bedömd tid för återvunnen funktion och normal läkning</b>	Det föreligger en stor individuell variation i återhämtnings tid. För patienter som haft en god effekt av behandlingen kan man ofta se en förbättring och stabilisering av hälsotillståndet 3 månader efter avslutad behandling. För patienter som ej svarat på behandlingen kan ytterligare behandling bli aktuellt, se spridd sjukdom.
<b>Rekommendationer gällande bedömning av arbetsförmåga</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sjukskrivning är alltid motiverat under behandlingstiden.</i> Hos en mindre andel av patienterna kan arbetsförmåga återkomma från 3 månader efter behandlingen, ofta på deltid.</li> </ul>
<b>Behov av tidiga insatser. Särskilda överväganden och åtgärder</b>	En tidig dialog med patienten om sjukskrivningen rekommenderas. Kontakt med arbetsplats och arbetsgivare angående situationen underlättar patientens återgång i arbete. Anpassning av arbetsuppgifterna är ofta aktuell.
<b>Åtgärder vid sjukfall som inte avslutats inom ramen för rekommendation</b>	Patienten har alltid fortsatt kontakt med sjukvården för kontinuerlig uppföljning. Diskutera sjukskrivningen vid dessa tillfällen.

## Lungcancer, spridd

### ICD 10: C34.9

<b>Symtom, prognos och behandling</b>	Knappt hälften av nydiagnostiserade patienter har <i>spridd lungcancer</i> vid diagnos, och en andel av patienterna med lokaliserad och lokalt avancerad lungcancer utvecklar en spridning senare. Behandlingen består oftast av cellgifter i 3–6 månader. Lindrande strålbehandling mot tumören och/eller metastaser är vanligt. Individualiserad symptomlindrande behandling krävs. Prognosen är dålig och medelöverlevnaden är under ett år.
<b>Förväntad konsekvens för funktionstillstånd</b>	Tillståndet ger nästan alltid funktionsnedsättning och olika typer av symptom. Cellgiftsbehandlingen ger trötthet och andra bieffekter.
<b>Bedömd tid för återvunnen funktion och normal läkning</b>	Många patienter förbättras något efter behandling men majoriteten har kvar funktionsnedsättning, för att sedan sakta försämrans.
<b>Rekommendationer gällande bedömning av arbetsförmåga</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sjukskrivning är alltid motiverad.</i></li> <li>• Enstaka patienter kan återfå viss arbetsförmåga under en kortare tid.</li> </ul>



<b>Behov av tidiga insatser. Särskilda överväganden och åtgärder</b>	En tidig dialog med patienten angående sjukskrivningsfrågor rekommenderas. Kontakt med arbetsplats och arbetsgivare angående situationen underlättar patientens eventuella återgång i arbete. Anpassning av arbetsuppgifterna kan vara aktuellt.
<b>Åtgärder vid sjukfall som inte avslutats inom ramen för rekommendation</b>	Patienten har alltid fortsatt kontakt med sjukvården för kontinuerlig uppföljning. Diskutera sjukskrivningen vid dessa tillfällen.

### Bilaga 3

#### Kvalitetsindikatorer för rehabiliteringsprogram/motsvarande

*Maximalt 35 poäng samt fem + , om internatform bedöms den servicen separat*

#### Ansvariga (max 6 poäng, min 0):

0. Ingen ansvarig för verksamheten finns angiven
1. Ansvarig för verksamheten namngiven och med kontaktuppgifter på hemsida eller i broschyr/motsvarande
2. Medicinskt ansvarig för verksamheten namngiven och med kontaktuppgifter på hemsida eller i broschyr/motsvarande
3. Utvecklings/utvärderingsansvarig för verksamheten namngiven och med kontaktuppgifter på hemsida eller i broschyr/motsvarande

#### Program (max 1 poäng, min 0):

0. Inget program finns redovisat eller beskrivet på hemsida eller i broschyr
1. Program för aktiviteter under vistelse/motsvarande redovisas detaljerat på hemsida eller i broschyr

#### Evidensbas (max 15 poäng, min 0):

0. Ingen evidens, utvärdering av tillfredställelse, erfarenheter eller liknande anges
1. Patienter ger vid fråga övervägande goda referenser (gäller ej ”reklamcitat” i broschyr eller på hemsida)
2. Patienttillfredställelse utvärderas systematiskt (frågeformulär) och resultat redovisas (vetenskaplig publikation, hemsida, motsvarande)
3. Aktiviteter enligt metoder med stöd i vetenskap och/eller beprövad erfarenhet
4. Program utvärderas med etablerade frågeformulär (t.ex. HADS, EORTC-QLQC30) och resultat redovisas öppet (vetenskaplig publikation, hemsida, motsvarande)

5. Evidensbaserade metoder utifrån vetenskapliga publikationer (se GRADE)

**Personal** (max 10 poäng, min 0):

0. Har ingen särskild utbildning/ingen utbildning anges
1. Har utbildning (redovisas på hemsida eller i broschyr/motsvarande) med relevans för det program som erbjuds
2. Kunskap om rehabilitering och/eller om psykosocialt stöd
3. Sjukvårdsutbildad (legitimationsyrke eller motsvarande)
4. Utbildning i eller erfarenhet från onkologi

**Ekonomi** (max 3 poäng, min 0):

0. Patienten bekostar själv vistelse
  1. Deltagande/vistelse stöds av fondmedel från etablerad fond
  2. Vistelse finansierad av vårdavtal från minst ett landsting
- + Deltagande/vistelse kostnadsfri för patienten

**Övrigt**

- + Närstående välkomna
- + Anpassat till barn som närstående
- + Handikappanpassat
- + Möjlighet till tolkservice alt. program på hemspråk

**Om internatform**

- o Möjlighet till anpassad kost
- o Personal på plats dygnet runt
- o Möjlighet till ADL-hjälp av utbildad personal

# Kommittédirektiv



**Följa och föreslå förbättringar inom  
rehabiliteringsområdet**

**Dir.  
2009:131**

---

Beslut vid regeringssammanträde den 21 december 2009.

## Sammanfattning

En särskild kommitté ska

- vid behov lämna förslag på hur rehabiliteringen i sjukskrivningsprocessen kan förbättras,
- lämna förslag till en fortsatt utformning av rehabiliteringsgaranti efter 2010 samt
- stötta och bistå regeringen i frågor med koppling till rehabiliteringsområdet.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 10 december 2010.

## Bakgrund

### *Rehabilitering*

Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för en mängd olika åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art för att hjälpa sjuka och skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga för ett normalt liv. Hälso- och sjukvården har ansvar för medicinsk rehabilitering och kommunernas socialtjänst har ansvar för social rehabilitering. Arbetsgivaren har en central roll när det gäller den anställdes arbetsmiljö och rehabilitering vid sjukdom. Arbetsgivaren har en skyldighet att klargöra den enskildes behov av rehabilitering, och ansvar för att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas. Arbetsförmedlingen har ansvar för arbetslivsinriktad rehabilitering inom arbetsmarknadspolitiken.

Försäkringskassans roll är att samordna och ha tillsyn över hela rehabiliteringsprocessen. Den enskilde har ett ansvar för att aktivt medverka i rehabiliteringen.

Den 1 juli 2008 trädde den nya sjukförsäkringsreformen, den s.k. rehabiliteringskedjan, i kraft. Reformen innebär fasta tidsgränser för prövning av arbetsförmågan och rätten till ersättning från sjukförsäkringen. Regeringens intentioner med reformen är att de nya tidsgränserna ska leda till att såväl individen som de andra aktörerna i sjukskrivningsprocessen, arbetsgivaren, Försäkringskassan, läkare, Arbetsförmedlingen m.fl. agerar tidigare i sjukfallet.

Regeringen har under senare år vidtagit flera åtgärder för att genom ekonomiska incitament stötta landstingen att sätta i gång tidiga insatser och utveckla sitt arbete med att minska sjukfrånvaron bl.a. genom den s.k. sjukvårdsmiljarden. Vissa åtgärder har bidragit till att samordna grunderna för beslut inom Försäkringskassan och hälso- och sjukvården, medan andra har stimulerat hälso- och sjukvårdens arbete med att tillhandahålla rehabiliteringsåtgärder som t.ex. rehabiliteringsgarantin.

### *Rehabiliteringsgarantin*

Regeringen genom Socialdepartementet har tecknat en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti i syfte att åstadkomma en återgång i arbete. Utgångspunkten för vad som ska betraktas som evidensbaserade medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser är preciserat i rapporter från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) eller motsvarande internationella systematiska sammanställningar med evidens för att återfå arbetsförmågan. I takt med att nyare forskning kommer fram ska uppdatering och sammanställning av det aktuella evidensläget ske kontinuerligt så att det alltid erbjuds behandling och rehabilitering enligt nyaste evidens inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

Genom en tydlig urvalsprocess ska de individer som behöver rehabilitering eller behandlingsformer som har evidens för återvunnen arbetsförmåga garanteras skyndsam behandling inom ramen för det övergripande kravet på en god vård på lika villkor som följer av 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Personer i åldern 16–67 år med icke specificerad smärta i rygg, axlar och nacke och/eller lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress omfattas av rehabiliteringsgarantin.

Landstingen får ersättning per patient som påbörjat rehabiliterings- eller behandlingsinsatser. Rehabiliterings- eller behandlingsinsatserna kan genomföras antingen i egen regi i landstingen eller av privata leverantörer.

## Uppdraget

Rehabilitering är i många fall avgörande för att åstadkomma en snabb återgång i arbete. Regeringen har därför vidtagit åtgärder för att förstärka insatserna tidigt i sjukskrivningsprocessen. Genom rehabiliteringsgarantin har regeringen förstärkt den medicinska rehabiliteringen inom landstingens verksamhet. Regeringen anser att det finns behov av ökad kunskap för att följa utvecklingen och vid behov ta till ytterligare åtgärder inom rehabiliteringsområdet.

Kommittén får därför i uppdrag att stötta och bistå regeringen i frågor med koppling till rehabiliteringsområdet. Kommittén ska vid behov lämna förslag på hur rehabiliteringen kan förstärkas under sjukskrivningsprocessen, t.ex. när det gäller medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering.

Kommittén får föreslå hur ett fortsatt stöd till regeringen i rehabiliteringsfrågor bör utformas.

Kommittén ska lämna förslag till utformningen av en kommande överenskommelse om rehabiliteringsgaranti efter 2010. Särskilt viktigt att beakta i detta sammanhang är rapporter från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) eller motsvarande internationella systematiska sammanställningar. Av dessa rapporter framgår det som kan betraktas som evidensbaserade medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser med evidens för att återfå arbetsförmågan. Ett delbetänkande ska lämnas till regeringen senast den 16 augusti 2010.

## Redovisning av uppdraget

Kommittén ska vid genomförandet av sitt uppdrag hämta information från organisationer och myndigheter som kommittén bedömer har sådana kunskaper och erfarenheter som behövs för att

kommittén ska kunna fullfölja sitt uppdrag att vara uppdaterad beträffande utvecklingen inom området.

Ett delbetänkande ska lämnas till regeringen senast den 16 augusti 2010.

En slutredovisning av kommitténs uppdrag inklusive förslag till hur ett fortsatt stöd till regeringen i rehabiliteringsfrågor bör utformas ska redovisas senast den 10 december 2010.

(Socialdepartementet)

# Kommittédirektiv



**Tilläggsdirektiv till Kommittén med  
uppgift att följa och föreslå förbättringar  
inom rehabiliteringsområdet (S 2009:09)**

**Dir.  
2010:129**

---

Beslut vid regeringssammanträde den 2 december 2010.

## **Förlängning av utredningstid**

Med stöd av regeringens beslut den 21 december 2009 har socialförsäkringsministern gett en kommitté i uppdrag att lämna förslag på hur rehabiliteringen i sjukskrivningsprocessen kan förbättras, lämna förslag till en fortsatt utformning av rehabiliteringsgaranti efter 2010 samt stötta och bistå regeringen i frågor med koppling till rehabiliteringsområdet. Kommittén har begärt förlängd tid för uppdraget.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska redovisas senast den 15 februari 2011.

(Socialdepartementet)



# Statens offentliga utredningar 2011

---

## *Kronologisk förteckning*

1. Svart på vitt – om jämställdhet i akademien. U.
2. Välfärdsstaten i arbete. Inkomsttrygghet och omfördelning med incitament till arbete. Fi.
3. Sanktionsavgifter på trygghetsområdet. S.
4. Genomförande av EU:s regelverk om inre vattenvägar i svensk rätt. N.
5. Bemanningsdirektivets genomförande i Sverige. A.
6. Missbruket, Kunskapen, Vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga. S.
7. Transporter av frihetsberövade. Ju.
8. Den framtida gymnasiesärskolan – en likvärdig utbildning för ungdomar med utvecklingsstörning. U.
9. Barnen som samhället svek. Åtgärder med anledning av övergrepp och allvarliga försummelse i samhällsvården. S.
10. Antidopning Sverige. En ny väg för arbetet mot dopning. Ku.
11. Långtidsutredningen 2011. Huvudbetänkande. Fi.
12. Medfinansiering av transportinfrastruktur – utvärdering av förhandlingsarbetet jämte överväganden om brukaravgifter och lånevillkor. N.
13. Uppföljning av signalspaningslagen. Fö.
14. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2011 – geologin, barriärerna, alternativen. M.
15. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. S.

# Statens offentliga utredningar 2011

---

## Systematisk förteckning

### **Justitiedepartementet**

---

Transporter av frihetsberövade. [7]

### **Försvarsdepartementet**

---

Uppföljning av signalspaningslagen. [13]

### **Socialdepartementet**

---

Sanktionsavgifter på trygghetsområdet. [3]

Missbruket, Kunskapen, Vården.

Missbruksutredningens forskningsbilaga.  
[6]

Barnen som samhället svek.

Åtgärder med anledning av övergrepp och  
allvarliga försummelser i samhällsvården.  
[9]

Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. [15]

### **Finansdepartementet**

---

Välfärdsstaten i arbete.

Inkomsttrygghet och omfördelning med  
incitament till arbete. [2]

Långtidsutredningen 2011. Huvudbetänkande.  
[11]

### **Utbildningsdepartementet**

---

Svart på vitt – om jämställdhet i akademien. [1]

Den framtida gymnasiesärskolan  
– en likvärdig utbildning för ungdomar  
med utvecklingsstörning. [8]

### **Miljödepartementet**

---

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2011  
– geologin, barriärerna, alternativen. [14]

### **Näringsdepartementet**

---

Genomförande av EU:s regelverk om inre  
vattenvägar i svensk rätt. [4]

Medfinansiering av transportinfrastruktur  
– utvärdering av förhandlingsarbetet  
jämfört överväganden om brukaravgifter  
och lånevillkor. [12]

### **Kulturdepartementet**

---

Antidopning Sverige.

En ny väg för arbetet mot dopning. [10]

### **Arbetsmarknadsdepartementet**

---

Bemanningsdirektivets genomförande i  
Sverige. [5]