



Vi kallar våra patienter för klienter!

**Behandlingsresultat 1996–2008 för
1389 klienter:**

**Kraftig och hållbar minskning av
besvär och sjukskrivning. Mycket hög
klientnöjdhet.**

2009-04-25

Erik Olsson, leg. psykolog

PBM, Gävle

doktorand, Institutionen för psykologi,

Uppsala Universitet

(erik.olsson@pbm.se)

Odd Lindell, leg. läkare

PBM, Stockholm

doktorand, Centrum för allmänmedicin,

Stockholm

(odd.lindell@pbm.se)



Innehållsförteckning

| | Sida |
|--|-------|
| Bakgrund och sammanfattning..... | 3 |
| Psykiska besvär med tonvikt på stress: 610 klienter 2005–2008..... | 4-9 |
| Rygg/nackbesvär, inklusive whiplashbesvär: 780 klienter 1996–2005..... | 10-13 |
| Referenser..... | 14-15 |
| Bilagor..... | 16-18 |



Bakgrund och sammanfattning

Inom blockparentes hänvisas till referenslista sist.

De vanligaste diagnoserna vid längre sjukskrivning är i tur och ordning: hos kvinnor depression och stress, hos män ryggbesvär, depression och stress. Tillsammans förklarar psykiska besvär, inklusive stress, och besvär från rörelseapparaten 7 av 10 nya sjukersättningar (tidigare kallat förtidspension)[1].

PBM erbjuder utredning och behandling för psykiska besvär, inklusive stress, besvär från rörelseapparaten samt för whiplashbesvär, dvs för de flesta sjukfall.

Våra metoder – kognitiv beteendeterapi (KBT) och biofeedback – är vetenskapligt utprovade [2-8]. Inom båda är PBM bland de Sverigeledande. Behandlingen skräddarsys efter varje klients unika behov. Läkare, psykolog, sjukgymnast och/eller naprapat arbetar i team med klienten. Här redovisas resultaten för nära 1400 klienter:

Psykiska besvär med tonvikt på stress: 609 klienter som 2005–2008 behandlades på våra sex kliniker i Sverige, från Hudiksvall i norr till Malmö i söder. Sju av tio var kvinnor. Nära hälften var sjukskrivna vid start, de flesta på heltid och genomsnittligt sedan nästan 1 år. De fick i genomsnitt 20 behandlingar under knappt 10 månaders tid.

Från start till slut minskade andelen klienter med depression från 35 % till 11 %, med ångest från 58 % till 19 % och med utmattningssyndrom ("utbrändhet") från 20 % till 5 %. Stressbesvären (sömnstörning, trötthet etc) nästan halverades. Den genomsnittliga sjukskrivningsgraden mer än halverades (81 % till 38 %). Alla förbättringar var statistiskt signifikanta. 1 år efter behandlingsslut kvarstod förbättringarna utom för sjukskrivningen, som hade minskat ytterligare (38 % till 25 %).

Rygg/nackbesvär och whiplashbesvär: 780 klienter, som 1996–2005 rehabiliterades vid en annan klinik, vars verksamhet överfördes till PBM våren 2008. Kvinnor, personer med invandrarbakgrund och arbetslösa var kraftigt överrepresenterade. Vid rehabstart var nästan alla (96 %) sjukskrivna, 8 av 10 på heltid och genomsnittligt sedan ca 1 år. Rehabtiden vid "vanliga" rygg/nackbesvär var nio månader, vid whiplashbesvär 1 år.

Smärta och ångest/depression minskade påtagligt. Sju av tio klienter blev arbetsföra. Av dem med ideal rehabstart (dvs inom 12 veckors sjukskrivning) blev nio av tio arbetsföra. Flertalet förbättringar var starkt signifikanta.

Klientnöjdheten vid PBM är mycket hög: 14.3 av 16.0 möjliga. 100 % av klienterna tycker att bemötandet är mycket bra eller bra.

Psyksiska besvär med tonvikt på stress: 609 klienter 2005-2008

Här visas resultaten för dem som 2005-2008 fått minst tre behandlingar. Oftast anges genomsnittet (medelvärde) för hela gruppen. Inom parentes hänvisas till bilagor för den specialintresserade.

Klienter

Kön och ålder

Kvinnor dominerade (69 %). Genomsnittsåldern var 42 år.

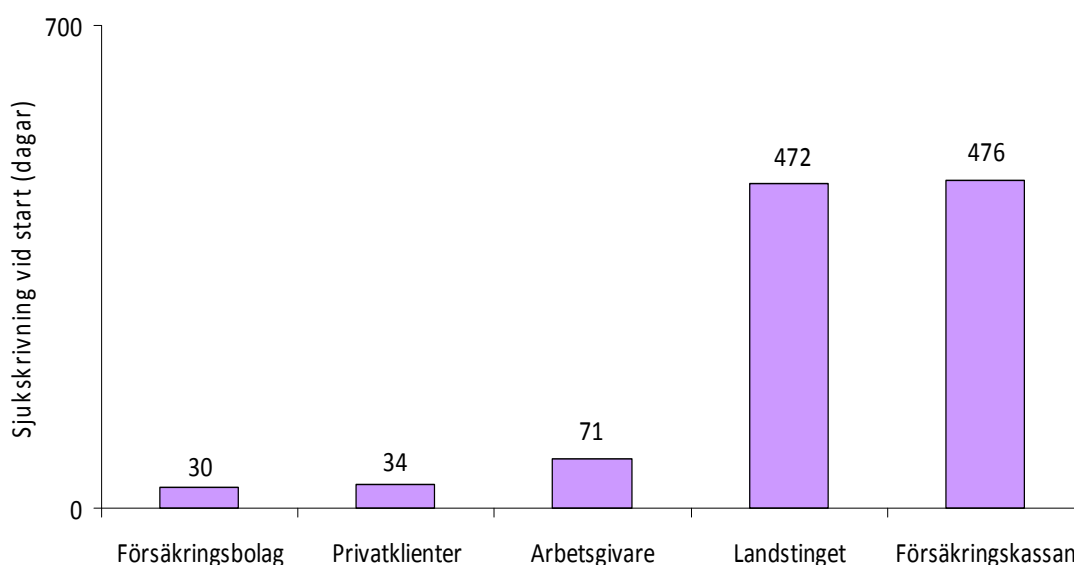
Remittent och klinikfördelning

Vanligast var remiss från landstinget (30 %) arbetsgivare (28 %), eller försäkringsbolag (21 %). Var tionde klient (10 %) sökte privat och betalade behandlingen själv. En liten andel (6 %) kom via försäkringskassan.

Klinikfördelningen framgår av Bilaga 1.

Sjukskrivning

Knappt hälften av klienterna (47 %) var sjukskrivna vid start. Flertalet på heltid (62 %) eller halvtid (22 %). Sjukskrivningstiden var genomsnittligt nästan 1 år (307 dagar), men varierade kraftigt mellan remittenterna:



Figur 1. Klienter från försäkringsbolag och arbetsgivare samt privatklienter startade i optimal tid (4:e tom 12:e sjukskrivningsveckan). Försäkringskassan och landstinget hade en påtaglig försening i inremitteringen (ca 16 månaders sjukskrivning vid starten).

Behandling

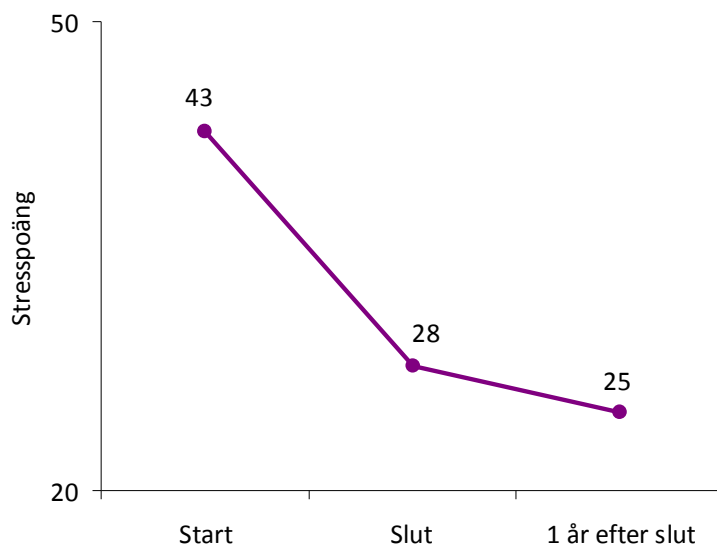
19.8 behandlingar gavs, de flesta individuellt (17.5), en mindre andel i grupp (2.3). Behandlingstiden var knappt 10 månader (293 (33–990) dagar).

Resultat

Sk p -värde anges. p = probability = sannolikhet. Ett p -värde mindre än 0.05 ($p < 0.05$) säger att sannolikheten är mindre än 5 % att en förändring beror på slumpen. En sådan förändring kallas statistiskt signifikant. Ett p -värde mindre än 0.001 ($p < 0.001$) innebär mycket stark signifikans. Beskrivs närmre i Bilaga 2.

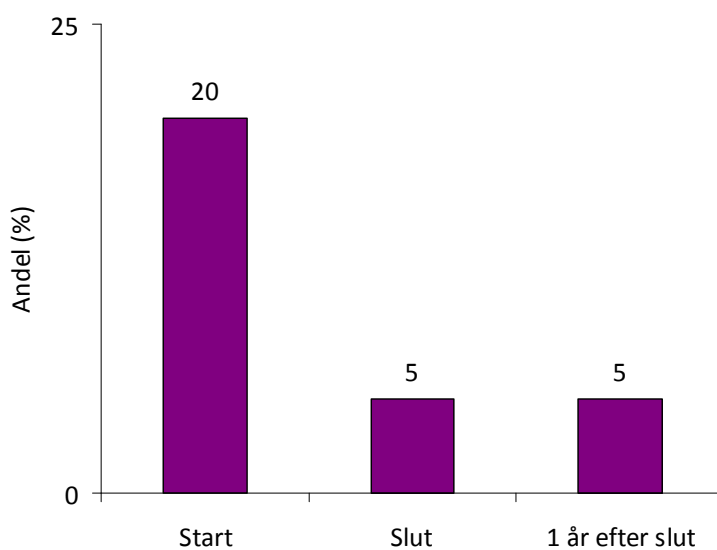
Stressbesvär

Sömnstörning, trötthet, huvudvärk etc summeras (Bilaga 3 a).



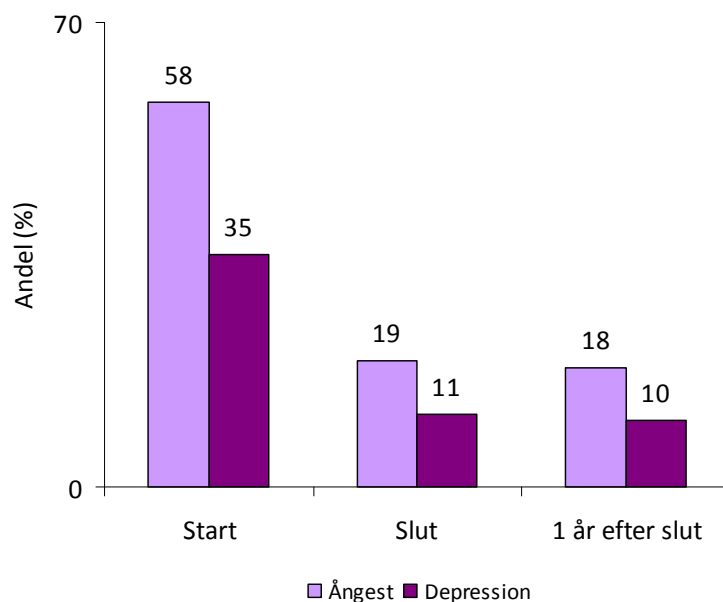
Figur 2. Minskningen var mycket stor ($p < 0.001$) och tenderade att minska ytterligare efter behandlingens slut.

Utmattningssyndrom



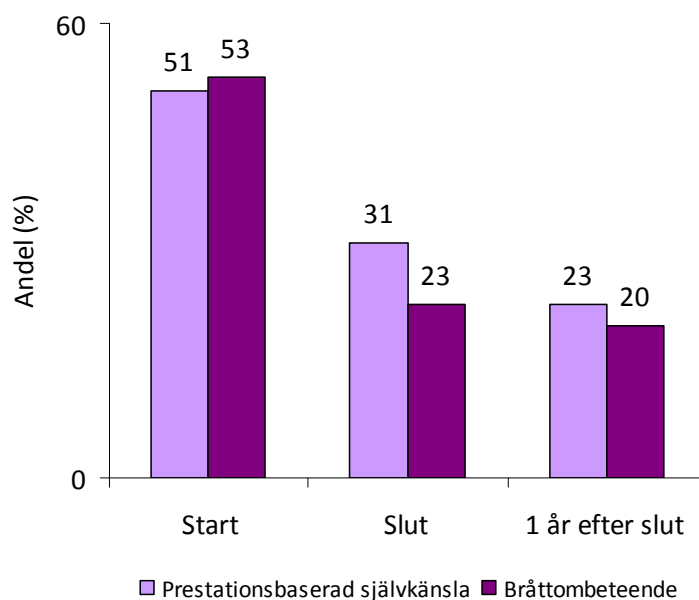
Figur 3. Andelen klienter med utmattningssyndrom, ett av de svåraste stressbesvären, minskade kraftigt ($p < 0.001$) och kvarstod så efter 1 år (Bilaga 3 b).

Ångest och depression



Figur 4. Andelen klienter med medelsvår/svår ångest/depression minskade mycket kraftigt ($p < 0.001$) och kvarstod så efter 1 år (Bilaga 3 c).

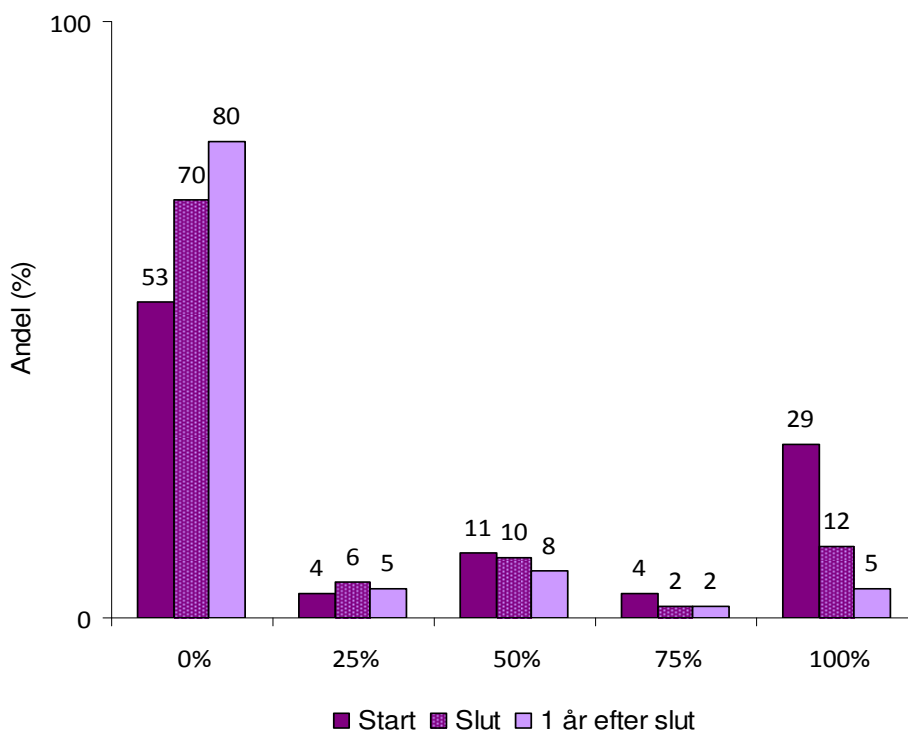
Prestationsbaserad självkänsla och bråttombeteende



Figur 5. Stress har samband bla med prestationsbaserad självkänsla ("mitt människovärde beror på hur mycket jag presterar") och sk bråttombeteende (typ A-beteende) [12,13]. Andelen minskade mycket kraftigt ($p < 0.001$) och tenderade att ha minskat ytterligare efter 1 år (Bilaga 3 d och e).

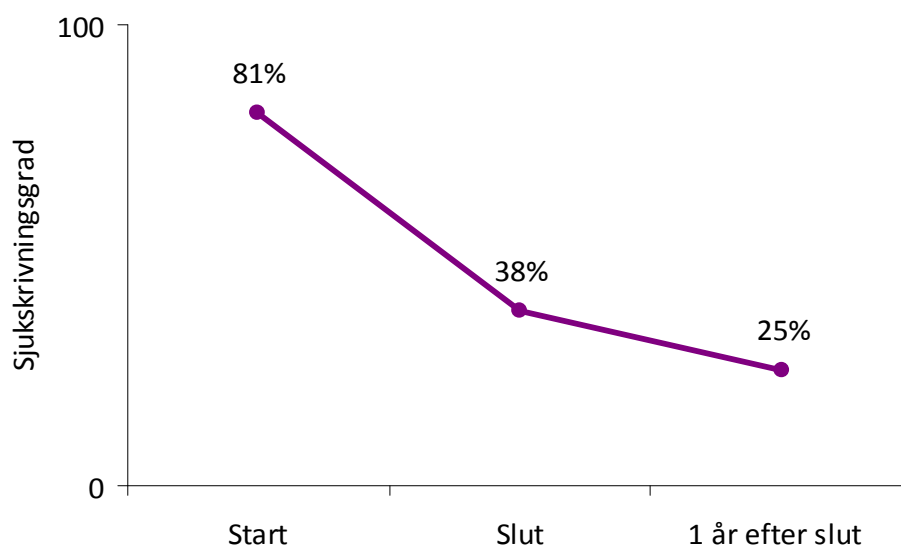
Sjukskrivningsgrad

Klienterna angav grad av sjukpenning/rehabiliteringspenning, tidsbegränsad sjukersättning/aktivitetsersättning och sjukersättning. Graden kan vara 0 % (= inte sjukskriven alls), 25 %, 50 %, 75 % eller 100 % (= helt sjukskriven). Detta summerades till total sjukskrivningsgrad, som då kan bli från 0 upp till 100 %.



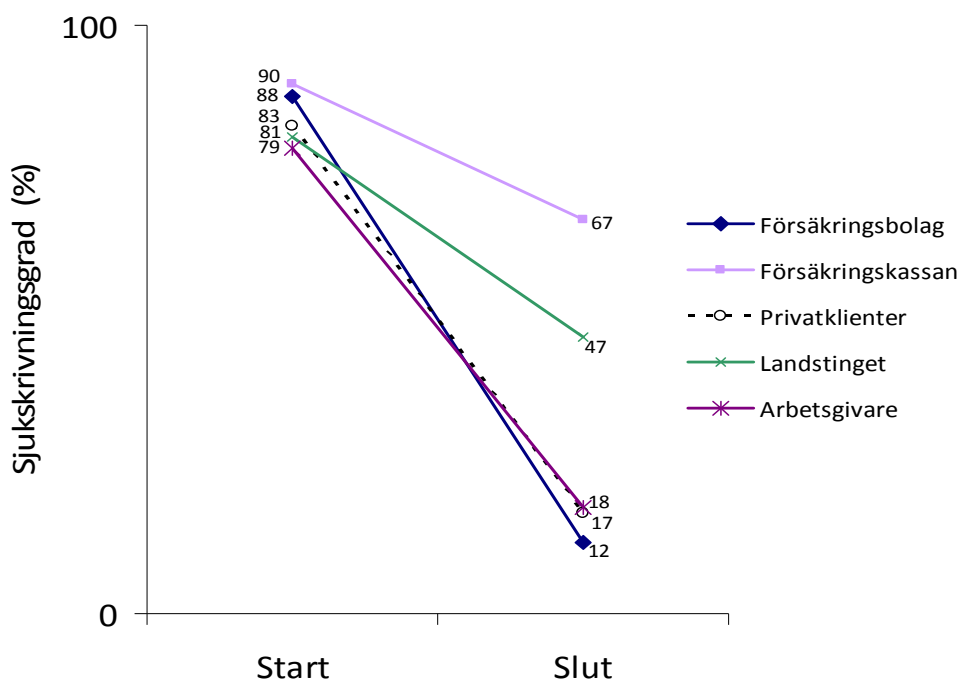
Figur 6. Andelen helt friskskrivna ökade från start till slut ($p < 0.05$) och slut till 1 år efter slut (ej signifikant). Vid starten var nästan 1 av 3 (29 %) helt sjukskrivna, 1 år efter slut 1 av 20 (5 %).

Genomsnittlig sjukskrivningsgrad



Figur 7. För de klienter som vid start var sjukskrivna mer än halverades graden start till slut ($p < 0.001$). 1 år efter slut sågs en ytterligare kraftig minskning ($p < 0.05$).

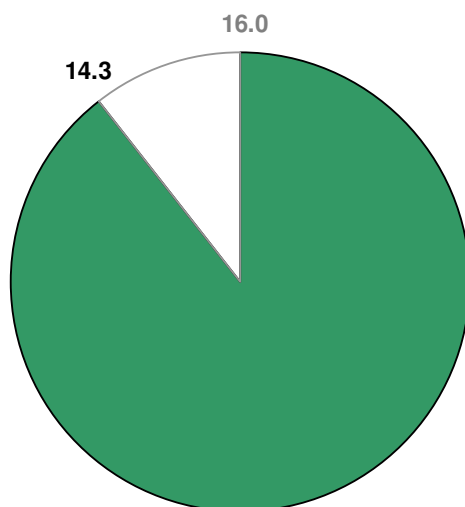
Olika remittenters sjukskrivning



Figur 8. Den genomsnittliga sjukskrivningsgraden minskade mest för försäkringsbolagens klienter: Nästan alla som var helt sjukskrivna vid start blev helt friskskrivna. Näst störst var minskningen för privatklienterna med arbetsgivarna på tredje plats. Minst var minskningen för försäkringskassan och landstinget, dvs för dem med störst remissförsening (se Figur 1).

Klientnöjdhet

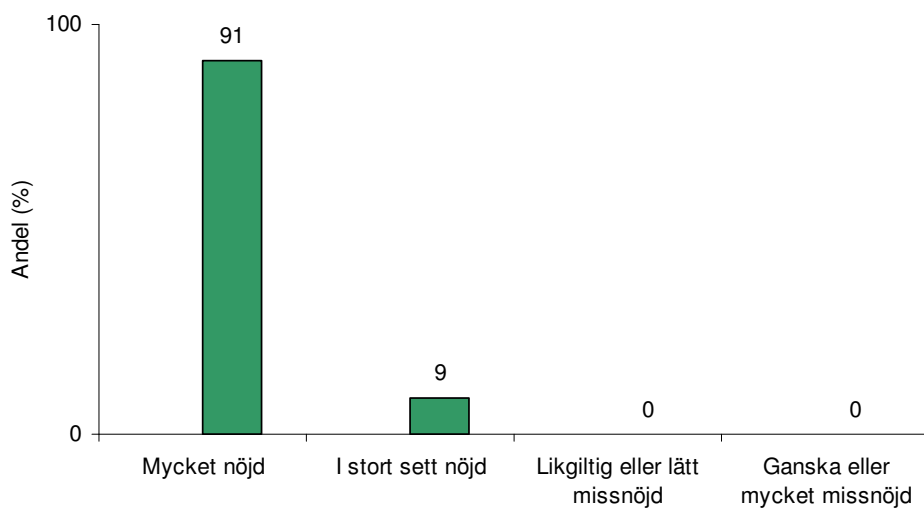
Enligt Client Satisfaction Questionnaire (Bilaga 2 f). Anonymt besvarat vid behandlingsslut:



Figur 9. Nöjdheten var utomordentlig hög, 14.3 av 16.0 möjliga.

En av delfrågorna i CSQ:

”Som helhet, hur nöjd är du med PBM avseende bemötande?”



Figur 10. 100% av klienterna var mycket nöjda eller i stort sett nöjda med bemötandet.

Rygg/nackbesvär, inklusive whiplashbesvär: 780 klienter 1996-2005

Fram till 2005 bedrevs rehabilitering för rygg/nackbesvär och whiplashbesvär vid en rehabenhet i Haninge, söder om Stockholm. Våren 2008 överfördes den verksamheten till PBM. Väntetid och klientnöjdhet redovisas för hela gruppen, de övriga resultaten separat.

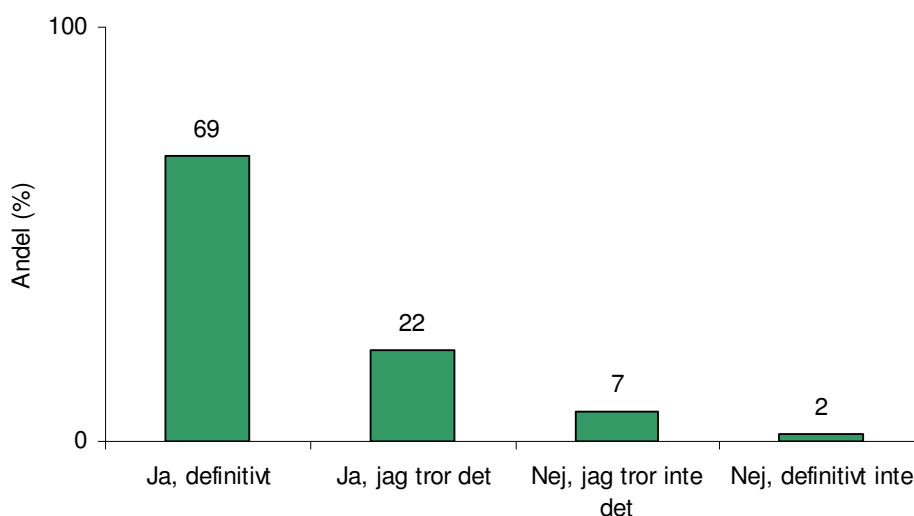
Väntetid

Väntetiden från det att finansieringen av rehabiliteringen var klar till rehabstart var genomsnittligt 5.2 dagar (0-35 dagar).

Klientnöjdhet

Fom 2001 besvarade klienterna vid rehabslut (anonymt) Client Satisfaction Questionnaire [14]. En av frågorna var:

”Om Du sökte hjälp igen, skulle Du vilja komma tillbaka till vår rehabilitering?”



Figur 10. 91 % av klienterna ville definitivt eller troligen komma tillbaka till denna typ av rehabilitering.

Rygg/nackbesvär (utom whiplashbesvär): 605 klienter 1996-2005

Klienter

Kön och ålder

Kvinnor dominerade (60 %), genomsnittsåldern var 42 år. Utlandsfödda 35 % (att jämföra med genomsnittet för riket: 11 %). Arbetslösa 32 % (riket 8 %).

Besvär

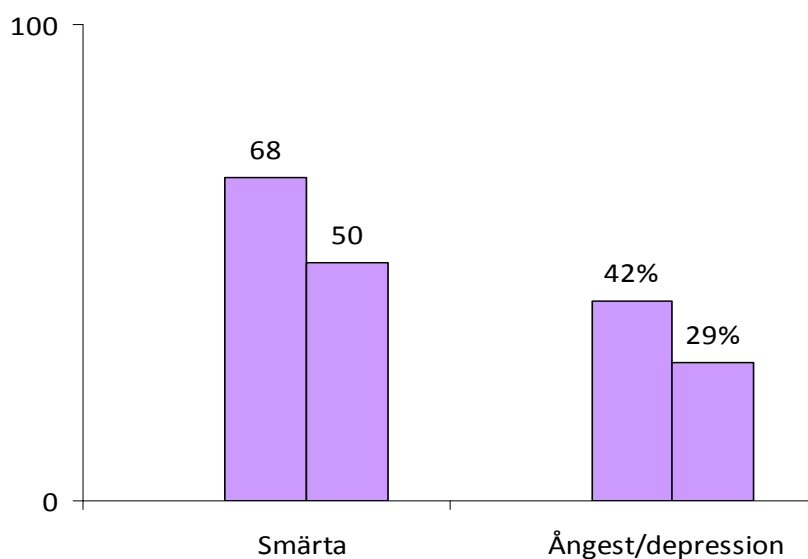
Ryggbesvär dominerade hos 64 %, nackbesvär hos 36 %. De flesta hade besvär från både rygg och nacke (72 %). Nästan alla (96 %) var sjukskrivna vid rehabstart, i genomsnitt sedan 1 år (356 dagar).

Rehabtid

Nio månader (282 dagar).

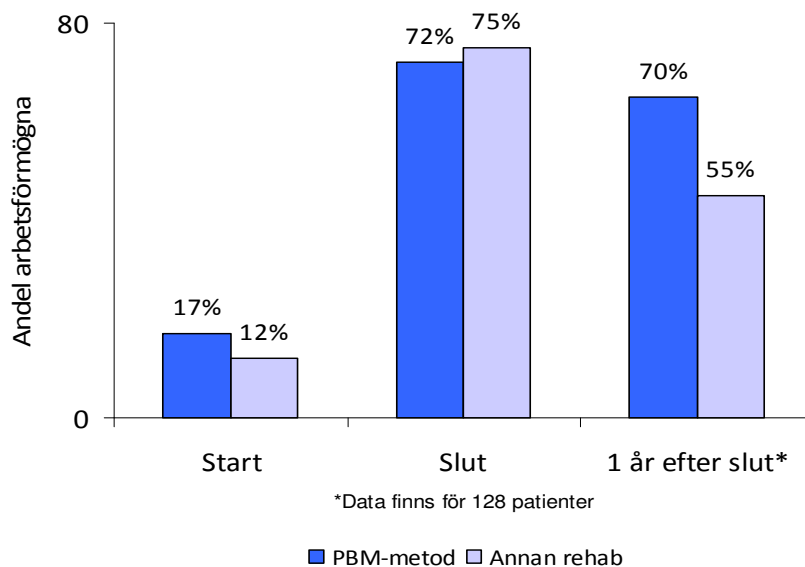
Resultat

Smärta och ångest/depression start - slut



Figur 11. Smärtan (0-100) [15] och andelen klienter med ångest och/eller depression (Bilaga 3 b) minskade starkt ($p < 0.001$).

Arbetsförmåga jämfört med annan rehabilitering



Figur 12. Ännu 1 år efter rehabslut var arbetsförmågan avsevärt högre än vid rehabstart och tycktes betydligt högre än genomsnittet för annan ryggrehabilitering [16].

Whiplashbesvär: 175 klienter 1996-2005

Klienter

Kön och ålder

Kvinnor 61 %. Ålder 36 år. Utlandsfödda 21 %. Arbetslösa 25 %.

Skada och besvär

Bilolycka var den vanligaste skadeorsaken (90 %). Flertalet (78 %) hade skadegrad II (= inte nervskada), de övriga (22 %) grad III (= nervskada förelåg). Från skadedatum till rehabstart hade det genomsnittligt gått 2½ år (911 dagar). Nackbesvär dominerade hos nästan alla (94 %). De flesta (65 %) hade utbredda besvär (= nacke + rygg). Nästan alla (96 %) var sjukskrivna vid rehabstart, i genomsnitt sedan drygt 1 år (404 dagar).

Väntetid

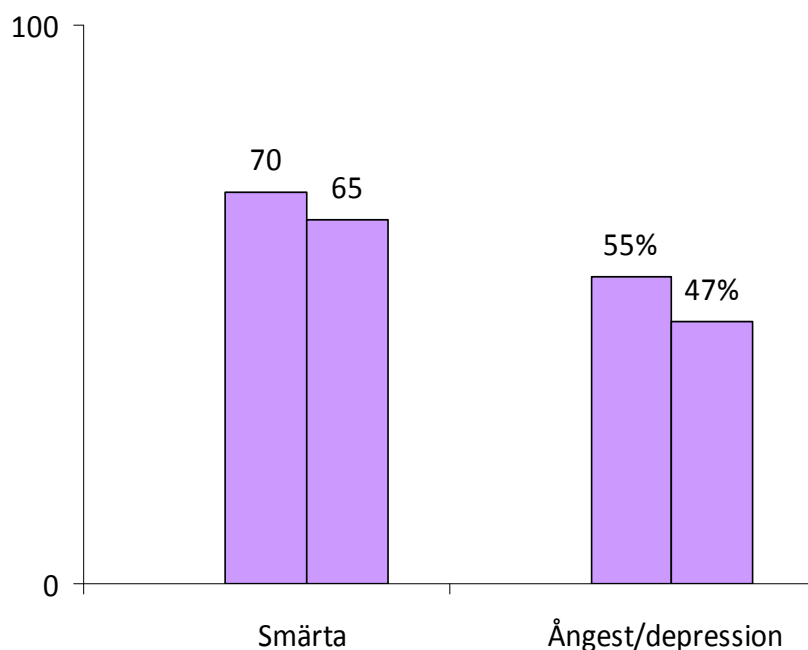
6.1 dagar.

Rehabtid

Drygt 11 månader (347 dagar).

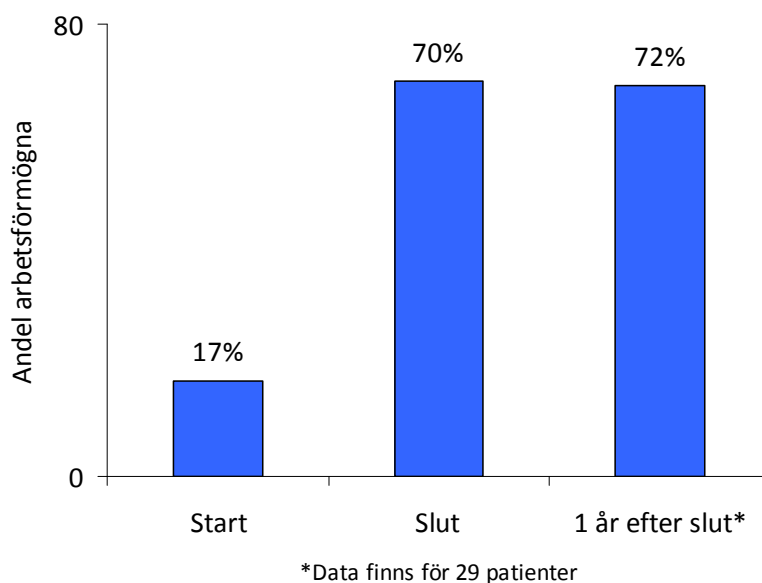
Resultat

Smärta och ångest/depression start - slut



Figur 13. Smärtan minskade ($p<0.05$) och andelen klienter med ångest och/eller depression minskade (ej signifikant).

Arbetsförmåga



Figur 14. Andelen arbetsförmögna ökade mycket starkt start-slut ($p < 0.001$) och kvarstod 1 år efter rehabslut.

Grad av arbetsförmåga vid rehabslut

Knappt hälften av klienterna nådde halvtids arbetsförmåga, knappt 1/3 heltid, ¼-tid eller ¼.

Diskussion

Vår rehabilitering för whiplashbesvär finns beskriven mer i detalj [18]. Sammanfattningsvis kan påtalas att vi uppfyller Whiplashkommissionens kriterier på god rehabilitering [9]:

- Kort väntetid
- Vetenskaplig metodik
- Skriftlig rehabplan med tydlig arbetsinriktning

I jämförbara, vetenskapliga studier är resultaten mindre bra, bla ökade inte arbetsförmågan. De rehabprogrammen hade en fix rehabtid på 2-8 veckor. Våra goda resultat kan bero på individuella, genomsnittligt betydligt längre rehaftider. Beteendeförändringar hinner konsolideras, arbetsträning genomföras etc.



Referenser

1. Försäkringskassan. Nybeviljade sjukersättningar/aktivitetsersättningar. Statistik, 2007:2
[http://statistik.forsakringskassan.se/rfvexcel/statpub/Statistik_2007-02.pdf].
2. Socialstyrelsen. Utmattningsyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm 2005 [<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/389587AF-9ECD-4338-B84F-8A94415F4D0C/1069/200312319.pdf>].
3. Åsberg M (ordförande). SBU:s sammanfattning och slutsatser. Ur Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Stockholm 2004:9-38.
[http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/depression_2004/Sammanfattn_slutsats.pdf]
4. von Knorring L (ordförande). SBU:s sammanfattning och slutsatser. Ur Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturöversikt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Stockholm 2005:11-14.
[http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/SBU_sammanfattning_angest.pdf]
5. Nachemson A (ordförande). SBU:s sammanfattning och slutsatser. Ur Ont i ryggen, ont i nacken. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Stockholm 2000
[http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/ontiryggen_2000/ont%20i%20ryggen/vol1/Rygg_vol1_samm.pdf]
6. Lundberg D (ordförande). Sammanfattning av SBU:s rapport om metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Stockholm 2006
[http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/smarta_sammanfattning.pdf]
7. Rehabilitering av personer med långvariga besvär. Ur Whiplashkommissionens slutrapport 2005:125-136
[http://www.whiplashkommissionen.se/pdf/Wk_slutrapport2005.pdf].
8. Yucha C, Montgomery D. 2008 edition of the Evidence-Based Practice in Biofeedback and Neurofeedback [www.aapb.org].
9. Olsson EMG, Nordlund M. Behandlingsresultat 2006. Gävle, PBM Stressmedicine: 2 (kan beställas från erik.olsson@pbm.se).
10. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983;67:361-370.
11. Lisspers J, Nygren Å, Söderman E. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. Acta Psychiatrica Scandinavica 1997;96:281-286.



12. Hallsten L, Bellaagh K, Gustafsson K (Redaktörer). Utbränning i Sverige. Arbete och hälsa, Arbetslivsinstitutet 2002.
13. Jenkins CD, Rosenman RH, Friedman M. Development of an objective psychological test for the determination of the coronary-prone behavior pattern in employed men. *Journal of Chronic Disorders* 1967;20:371-379.
14. Attkisson CC, Zwick R. The client satisfaction questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluating and Program Planning*, 1982;5:233-237.
15. Wewers ME, Lowe NK. A critical review of Visual Analogue Scales in the Measurement of Clinical Phenomena. *Research in Nursing & Health* 1990;13:227-236.
16. Linton SJ. Är uppföljning nyckeln till en lyckad rehabilitering för belastningsbesvär? Ur. Lisspers J, Nygren Å (redaktörer) *Ny livsstil på livstid - om vidmakthållande av livsstilsförändringar*. 1992:54-75.
17. Jensen IB, Linton SJ. Coping Strategies Questionnaire: reliability of the Swedish version of the CSQ. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy* 1993;22:139-145.
18. Lindell O. Minskade besvär. 175 deltagare i whiplashrehabilitering 1996-2005. *Svensk Rehabilitering* 2005, nr 3:26-29.
19. Börelius L, Foldemo A, Holmberg T, Schöld AK, Thorell LH, Ylikivelä R, Nettelbladt P. Själens i primärvården – psykisk ohälsa hos unga vuxna och deras upplevelser av vården. Landstinget i Östergötland. Rapport FoUrnalen 2007:3 ISSN 1102 – 3805
[<http://www.lio.se/upload/10481/Sj%C3%A4len%20i%20prim%C3%A4rv%C3%A5rden.pdf>].

Bilagor

Bilaga 1

Tabell 1. Klientfördelning efter klinik inom PBM.

| | % |
|------------|-----|
| Hudiksvall | 11 |
| Bollnäs | 2 |
| Söderhamn | 11 |
| Gävle | 8 |
| Stockholm | 40 |
| Göteborg | 14 |
| Malmö | 14 |
| Totalt | 100 |

Bilaga 2

Statistiska metoder

Vanligen används deskriptiv statistik, såsom *t*-test för upprepad mätning. Analyserna gjordes i statistikprogrammet Statistica 7.0 (StatSoft, 2004).

Bilaga 3

a. Stressrelaterade besvär

Stress Medicine Symptom Scale (SMSS). Är framtagen av PBM. Fjorton vid långvarig stress vanliga symptom skattas avseende grad och frekvens 0-7 (tex. sömnsvårigheter, trötthet, huvudvärk). Skattningarna summeras till ett totalindex, 0-98, där en hög poäng motsvarar hög symptomnivå. En ej ännu publicerad studie har uppvisat god homogenitet. SMSS har samband med i stort sett alla andra mått på stress, hälsa och välbefinnande inklusive sjukskrivning. Särskilt hög var korrelationen med Pines utbrändhetsskala (0.69)[9].

b. Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom [2]

Samtliga kriterier som betecknats med stor bokstav måste vara uppfyllda för att diagnosen ska kunna ställas.

A. Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst två veckor. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.

B. Påtaglig brist på psykisk energi dominerar bilden, vilket visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning.

C. Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod:



1. Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning
2. Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
3. Känslomässig labilitet eller irritabilitet
4. Sömnstörning
5. Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet
6. Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, magtarmsbesvär, yrsel eller ljudkänslighet.

D. Symtomen orsakar ett kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

E. Beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypothyroidism, diabetes, infektionssjukdom).

F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggsbeskrivning till den aktuella diagnosen.

c. Ångest och depression

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Utvecklades ursprungligen för patienter i somatisk vård. Den har sedan använts flitigt inom forskningen. Fjorton frågor, 7 för vardera ångest och depression, poängsätts 0-3 och summeras för ångest och depression för sig med 21 som maximalvärde. 0-7 = normal, 8-10 = mild, 11-14 = måttlig och 15-21 = svår ångest/depression. Både originalskalan [12] och dess svenska översättning [13] har goda psykometriska egenskaper.

d. Prestationsbaserad självkänsla (PBS-skalan)

Utvecklad på Arbetslivsinstitutet och normerad utifrån en stor svensk population [12]. Medelvärde per fråga var för män 2.7 och kvinnor 2.9. Enligt en teori om utmattning krävs en viss grad av prestationsbaserad självkänsla för att diagnosen utmattningssyndrom ska vara aktuell. Som relevant indikation på utmattningssyndrom har föreslagits medelvärdet 3.5 eller högre.

e. Jenkins korta Typ A-beteende-formulär

Detta är en modifiering och översättning av Jenkins Activity Survey gjord av professor Ulf Lundberg vid Stockholms universitet. Skalan är användbar av Alexander Perski i hans bok "Det stressade hjärtat". Elva frågor poängsätts 1-4 och summeras. 31-40 = tendens till och >40 extremt typ A-beteende. Goda psykometriska egenskaper är rapporterade [13].

f. Klientnöjdhet

Vid behandlingens slut fyller klienten i ett formulär angående behovstillfredsställelse, bemötande etc, Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)[14]. Det görs helt anonymt, via ett separat svarskuvert, som gör det omöjligt att koppla ihop svaret med någon bestämd klient. Fördelen är att klienten gör ifyllandet helt anonymt, vilket vi tycker väger upp nackdelen av att inte kunna göra delredovisningar för klientnöjdheten för undergrupper. CSQ, modifierad specifikt för PBM, består av följande frågor:



1. *"Har PBM svarat upp mot dina behov?"*:

Nästan alla mina behov har mötts – De flesta av mina behov har mötts – Bara några av mina behov har mötts – Inget av mina behov har mötts.

2. *"Har PBM:s insats hjälpt dig att mer effektivt handskas med dina problem?"*:

Ja, den var till stor hjälp – Ja, den hjälpte något – Nej, den har inte hjälpt – Nej, den verkar ha gjort det värre.

3. *"Som helhet, hur nöjd är du med PBM avseende... Bemötande...*

Information... Tillgänglighet... Din känsla av delaktighet?" (För var och en av underfrågorna skattas): Mycket nöjd – I stort sett nöjd – Likgiltig eller lätt missnöjd – Ganska eller mycket missnöjd.

4. *"Om du skulle söka hjälp igen, skulle du då vända dig till PBM?"*:

Ja, definitivt – Ja, jag tror det – Nej, jag tror inte det – Nej, definitivt inte.

Svarsalternativen poängsätts 4 – 1 och räknas samman till ett totalvärde (fråga 3 poängsätts enligt medelvärdet för dess fyra underfrågor), som maximalt kan nå 16.0 = maximal klienttillfredsställelse. Vi har jämfört vårt resultatet med en studie gjord av Landstinget i Östergötland, gällande behandling inom primärvården av psykisk ohälsa hos unga vuxna [19]. Där användes CSQ-8, dvs vår typ av formulär men med fler huvudfrågor, som då ger en maximalpoäng på 32.0. Medelvärdet i den studien blev 20.4 av 32.0, motsvarande 10.2 av 16.0, dvs betydligt lägre än för våra klienter.