



PBM i projektet "Ögat på sjukskrivning"

Behandlingsresultat
januari 2008–augusti 2009:

Kraftig och hållbar minskning
av besvär och sjukskrivning. Mycket
nöjda klienter.

2009-10-25
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
Redovisning av "Ögat på sjukskrivning", 2008–09.....	4-8
Referenser.....	9
Bilagor.....	10-11

Bakgrund och sammanfattning

Inom blockparentes hänvisas till referenslista sist.

Av tre långtidssjukskrivna är två kvinnor. Vanligaste diagnoserna 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 [1]. PBM erbjuder utredning och behandling för båda grupperna samt för whiplashbesvär och annan skadebetingad sjukdom, dvs för de allra flesta längre sjukfall.

PBM har sex kliniker i Sverige, från Hudiksvall i norr till Malmö i söder. Våra metoder – kognitiv beteendeterapi (KBT) och biofeedback – är evidensbaserade [2-8]. Inom båda är vi bland de Sverigeledande. Behandlingen skräddarsys efter varje klients (som vi kallar våra patienter) unika behov. Läkare, psykolog, sjukgymnast och/eller naprapat arbetar i team.

Fom 2008 driver Stockholms Läns Landsting "Ögat på sjukskrivning" i samarbete med fyra enheter i Storstockholm, varav en är PBM. Projektets mål är att för "psykiska besvär med tonvikt på stress" förkorta pågående och förebygga hotande sjukskrivning. Här visas resultatet för 88 av de 97 klienter som inom projektet januari 2008 tom augusti 2009 genomfört behandling vid PBM samt besvarat minst 1 uppföljningsformulär (svarsfrekvens 82 %):

Jämfört med regionen var betydligt fler kvinnor (80 %) och arbetslösa, betydligt färre invandrare. Tre av fyra var sjukskrivna, flertalet heltid och sedan mycket länge (nästan 1 ½ år). Väntetid 3 ½ vecka till utredning, sedan 1 ½ månad till behandlingsstart. 24.0 behandlingar gavs (15.6 individuellt och 8.4 i grupp) under en behandlingstid av 9 ½ månader. Förbättringarna var markanta:

Från start till slut minskade andelen med ångest från 61 till 21 %, depression från 47 till 16 %. Stressrelaterade besvär (trötthet, utbrändhets känsla etc) minskade från 5.1 (av 7.0 möjliga) till 3.8. Andelen med prestationsbaserad självkänsla och bråttombeteende (båda vanliga vid stress), minskade från 77 till 40 % respektive 64 till 45 %. Andelen helt sjukskrivna mer än halverades (39 till 16 %). Den genomsnittliga arbetsförmågan ökade kraftigt (44 till 72 %) liksom hälsorelaterad livskvalitet: mental hälsa från 25 till 38 och fysisk hälsa 41 till 44 (genomsnittsbefolkningen har 50 respektive 51).

6 månader efter behandlingsslut kvarstod resultatet, i flera fall ytterligare förbättrat: tex hade den genomsnittliga arbetsförmågan ökat från 72 till 78 %.

Nästan all förbättring var starkt statistiskt signifikant.

Den övergripande klientnöjdheten (anonymt besvarad) var utomordentligt hög: 14.3 av 16.0 möjliga och vad gäller bemötandet var 100% av klienterna mycket nöjda (91%) eller ganska nöjda (9%).

Klientflöde

2008-01-01 tom 2009-09-01 hade 162 klienter inremitterats och avslutats vid PBM inom ramen för "Ögat på sjukskrivning". Tabell 1 ger en flödesöversikt.

Antal inremitterade	162
Återsända utan bedömning	20
Återremitterade efter bedömning	29
Tidigt avhopp	6
Vidare till behandling	107
Sent avhopp	10
Minst 1 besvarad uppföljningsenkät	88
Svarsfrekvens	82%

Tabell 1. Inremitterade och avslutade PBM-klienter inom "Ögat på sjukskrivning", januari 2008–augusti 2009. Närmre förklaring nedan.

20 remisser återsändes utan bedömning för att det av remissen tydligt framgick att avtalets kriterier (tex för diagnos eller sjukskrivning) inte var uppfyllda, att comorbiditeten var alltför stor (dvs andra långvariga sjukdomar som skulle omöjliggöra behandling här) eller att klienten redan påbörjat annan, alltför tidskrävande vårdaktivitet. Efter bedömning av läkare och psykolog här på PBM avböjdes av liknande skäl behandling för ytterligare 29 klienter. 107 klienter började behandling. På eget initiativ avbröts behandlingen av sex klienter efter högst tre tillfällen (sk tidigt avhopp). Tio klienter hoppade av efter mer än tre tillfällen (sk sent avhopp) men är inkluderade i statistiken nedan.

Denna utvärdering baseras på de 88 (av 107) klienter som besvarat minst 1 uppföljningsenkät (svarsfrekvens 82 %). För 23 av de 88 har vi uppföljningsdata för 6 månader efter rehabslut för flertalet mätvärden (för många har dock ej ännu 6 månader förflutit sedan avslut). Resultaten redovisas som genomsnittet (medelvärdet) för hela gruppen. För närmre förklaring av olika hänvisas inom parentes till bilagor sist.

Klienter

Socioekonomi

Jämförelser görs med regionen (= Storstockholm) med uppgifter från SCB.

Kvinnor 80 %, män 20 %, 43 (18-62) år respektive 42 (29-62) år (att jämföra med regionens 41 år respektive 38 år). Invandrare (= födda utanför Sverige) 11 % (regionen 21 %). Högsta slutförda utbildningsnivå var högskola hos 57 %, gymnasium 36 % och grundskola 7 % (regionen 49 %, 38 % respektive 11 %). Arbetslösa 6.8 % (regionen 2.2 %).

Sjukskrivning

75 % var sjukskrivna vid behandlingsstart, 52 % av dessa på heltid, 29 % halvtid. Den sammanhängande sjukskrivningstiden före behandlingsstart var knappt 1 ½ år (532 (20-5142) dagar).

Väntetid

3 ½ vecka (25 (2-108) dagar) från remissankomst till PBM till utredningsstart och 1 ½ månad (48 (4-172) dagar) från utredning till behandlingsstart. Här är inräknat en del klienters önskan om senarelagd start, vilket ibland också varit kliniskt motiverat.

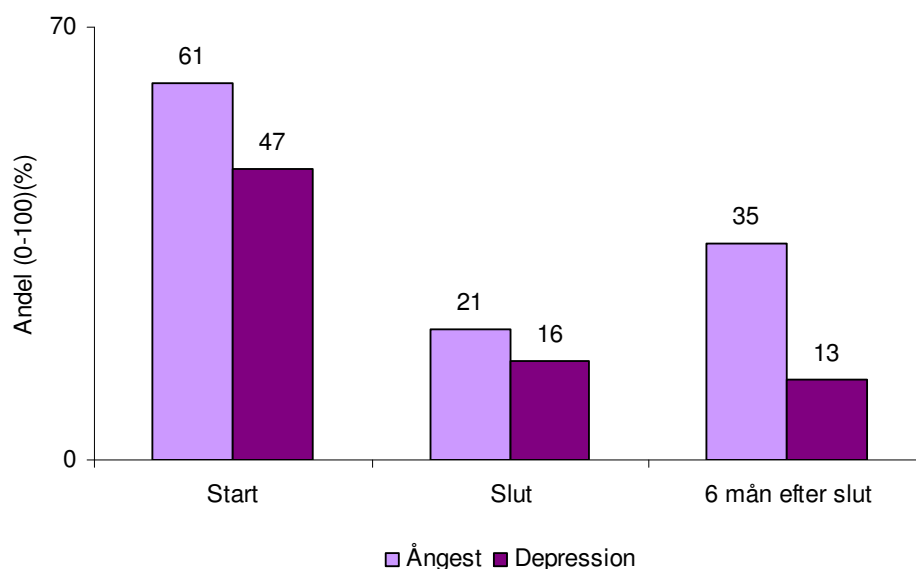
Behandling

24.0 (3-32) behandlingar gavs, de flesta individuellt (15.6), en mindre andel i grupp (8.4). Behandlingstiden var 293 (88–599) 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 är statistiskt signifikant. Ett p -värde mindre än 0.001 ($p < 0.001$) innebär mycket stark signifikans, dvs att sannolikheten för att förändringen är reell är större än 99.9 %. Se vidare Bilaga 1.

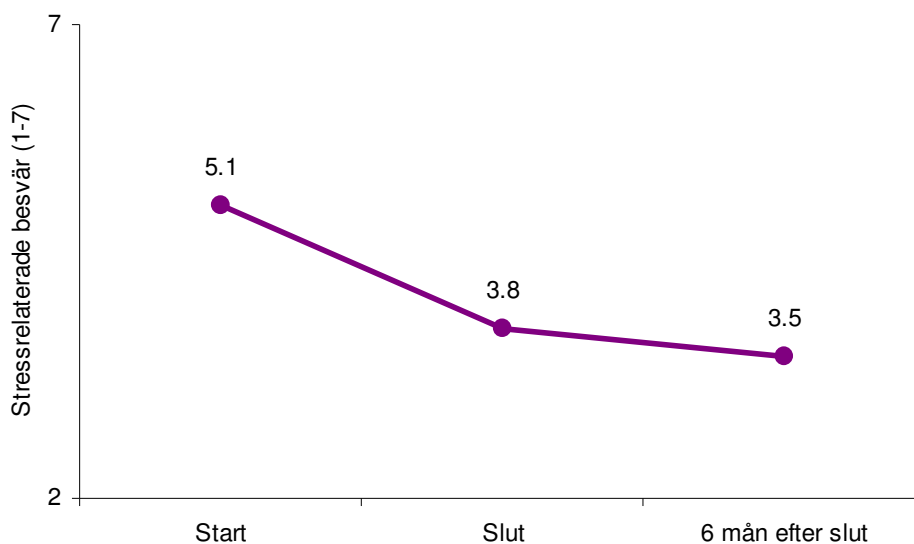
Ångest och depression



Figur 1. Andelen klienter med medelsvår/svår ångest/depression (Bilaga 2 a) minskade mycket kraftigt från start till slut ($p < 0.001$). 6 månader efter slut tenderade andelen med ångest att stiga och depression att sjunka ytterligare. En tydlig minskning jämfört med starten kvarstod för båda.

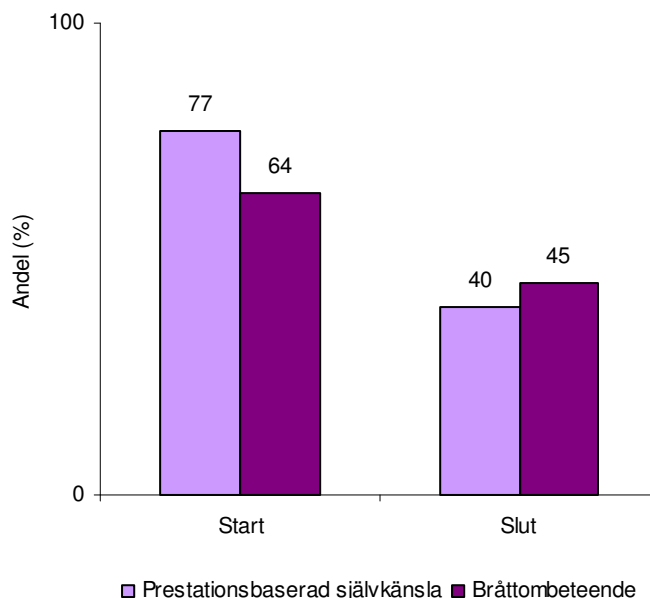
Stressrelaterade besvär

Trötthet, fysisk utmattning, utbrändhetskänsla etc, enligt Shirom-Melamed Burnout Measure (Bilaga 2 b).



Figur 2. Minskade med mycket stark signifikans ($p < 0.001$). 6 månader efter rehabslut tenderade besvären att ha minskat ytterligare. Vid rehabstart var nivån som vid utmattningssyndrom (5.0 eller högre), ej längre vid rehabslut (se Bilaga 2 b).

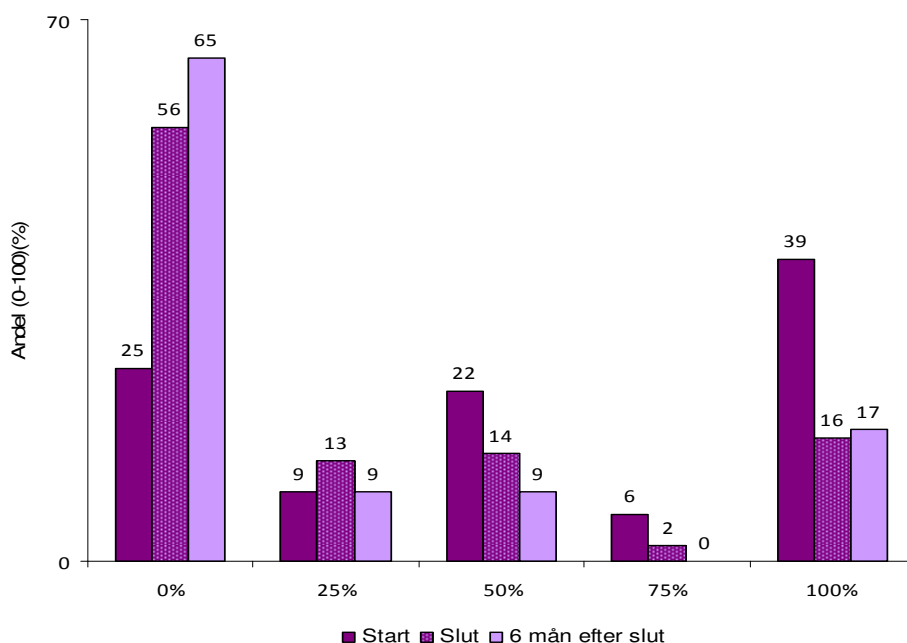
Prestationsbaserad självkänsla och bråttombeteende



Figur 4. Stress har samband bla med prestationsbaserad självkänsla ("mitt människovärde beror på hur mycket jag presterar") och sk bråttombeteende (typ A-beteende)(Bilaga 2 c och d). Andelen minskade mycket kraftigt ($p < 0.001$). Antalet där det förflutit 6 månader efter slut för litet för beräkningar.

Sjukskrivningsgrad

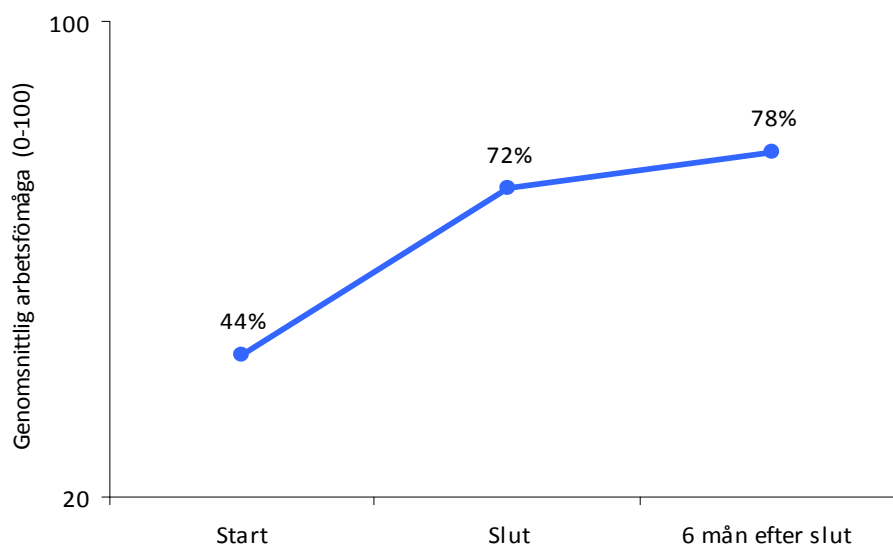
Klienterna angav grad av sjukpenning/rehabiliteringspenning, tidsbegränsad sjukersättning/aktivitetsersättning och sjukersättning. Graden kan vara 0 % (= inte sjukskriven alls), 25 %, 50 %, 75 % eller 100 % (= helt sjukskriven). Detta summerades till total sjukskrivningsgrad, som då kan bli från 0 upp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



Figur 5. Andelen helt friskskrivna mer än fördubblades (25 % till 56 %) och ökade ytterligare till 6 månader efter slut ($p < 0.001$). Vid starten var 4 av 10 helt sjukskrivna, vid rehabslut färre än 2 av 10. Den kraftiga minskningen kvarstod efter 6 månader.

Genomsnittlig arbetsförmåga

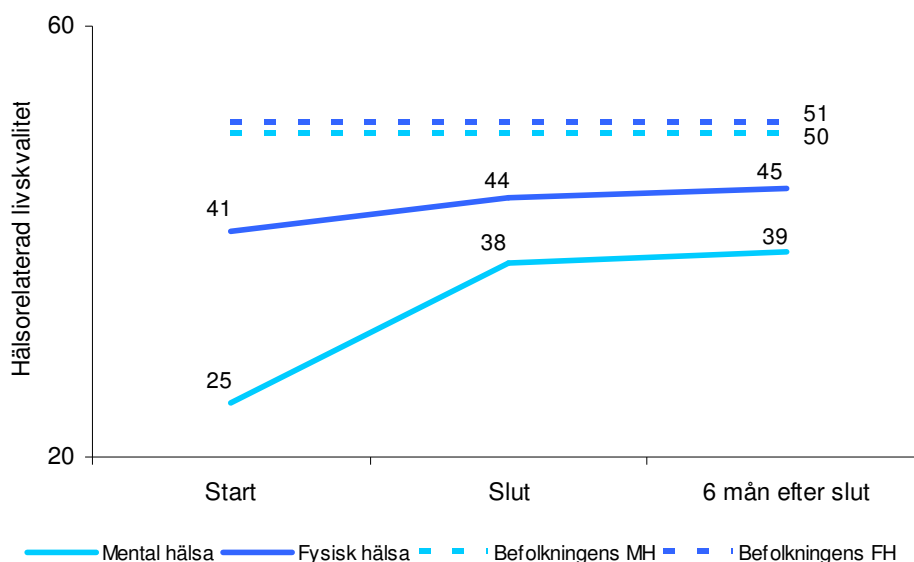
100 minus genomsnittlig sjukskrivningsgrad = genomsnittlig arbetsförmåga.



Figur 6. Den genomsnittliga arbetsförmågan ökade kraftigt och tenderade att öka ytterligare till 6 månader efter rehabslut ($p < 0.001$).

Hälsorelaterad livskvalitet

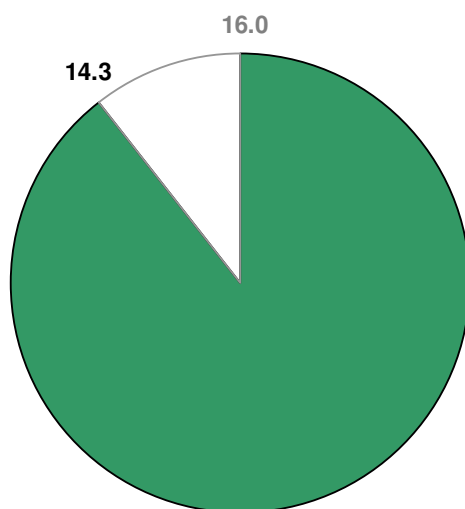
Mental och fysisk hälsa enligt SF-36 (Bilaga 2 e).



Figur 7. Mental hälsa förbättrades mycket påtagligt ($p < 0.001$). Även fysisk hälsa ökade signifikant ($p = 0.03$). 6 månader efter behandlingsslut tenderade båda att öka ytterligare. Som jämförelse visas det svenska befolkningens genomsnitt för motsvarande åldrar. Från att ha varit långt under vid start är klienterna vid behandlingsslut betydligt närmare.

Klientnöjdhet

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

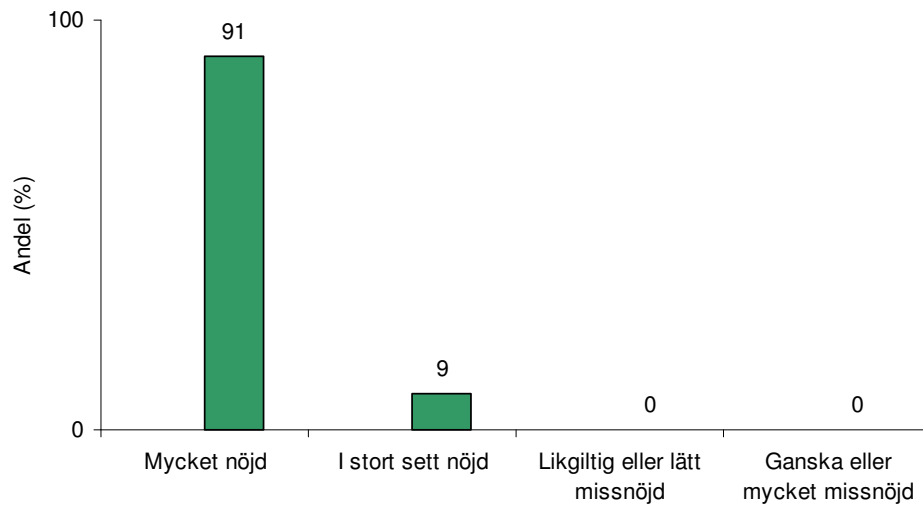


Figur 9. Nöjdheten var utomordentlig hög, 14.3 av 16.0 möjliga poäng, att jämföra med 10.2 av 16.0 möjliga i en studie från Landstinget i Östergötland (se Bilaga 2 f).



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.

Referenser

1. Försäkringskassan. Nybeviljade sjukersättningar/aktivitetsersättningar. Statistik, 2007:2 [http://statistik.forsakringskassan.se/rfvexcel/statpub/Statistik_2007-02.pdf].
2. Socialstyrelsen. Utmattningssyndrom. 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 litteraturoversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Stockholm 2004:9-38 [http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/depression_2004/Sammanfattn_slutsat s.pdf].
4. von Knorring L (ordförande). SBU:s sammanfattning och slutsatser. Ur Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturoversikt 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/v ol1/Rygg_vol1_samm.pdf].
6. Lundberg D (ordförande). Sammanfattning av SBU:s rapport om metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. 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. Hallsten L, Bellaagh K, Gustafsson K (Redaktörer). Utbränning i Sverige. Arbetet och hälsa, Arbetslivsinstitutet 2002.
10. 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.
11. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983;67:361-370.
12. 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.
13. Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular disease. Behavioral Medicine 1992;18:53-60.
14. Main CJ. The Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ). J Psychosomatic Research. 1983;27:503-514.
15. Sullivan M, Karlsson J, Ware JE. The Swedish SF-36 health survey. I: Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. Social science & medicine 1995;41:1349-1358.
16. 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.
17. Börelus L, Foldemo A, Holmberg T, Schöld AK, Thorell LH, Ylikivelä R, Nettelblatt P. Själens primärvården – psykisk ohälsa hos unga vuxna och deras upplevelser av vården. Landstinget i Östergötland. Rapport FoU-erien 2007:3 ISSN 1102 – 3805 [http://www.lio.se/upload/10481/Sj%C3%A4len%20i%20prim%C3%A4rv%C3%A5rden.pdf].

Bilagor

Bilaga 1

Statistiska metoder

Vanligen används deskriptiv statistik, såsom t-test för upprepad mätning. Analyserna gjordes i statistikprogrammet Statistica 8.0 (StatSoft, 2004).

Bilaga 2

a. 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, sju 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 [11] och dess svenska översättning [12] har goda psykometriska egenskaper.

b. Stressrelaterade besvär

Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) är det i världen mest använda instrumentet för att mäta den självuppskattade frekvensen av 22 olika stressrelaterade besvär, "Nästan aldrig"- "Nästan alltid", 1-7. Totalpoängen, 22-154, summeras och divideras med 22 varvid erhålls ett medelvärde 1.0-7.0. Tre undergrupper av besvär, fysisk trötthet, känslomässig utmattning och kognitiva besvär kan räknas ut separat, men det vanligaste (och här använda) är att redovisa medelvärdet för total poängen [13]. Ett totalmedelvärde 5.0 eller högre anses indikera utmattningssyndrom, dvs ett av de mest uttalade stressrelaterade tillstånden, vissa sätter gränsen så lågt som 4.0 eller högre.

c. Prestationsbaserad självkänsla (PBS-skalan)

Utvecklad på Arbetslivsinstitutet och normerad utifrån en stor svensk population [9]. Medelvärdet 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.

d. 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 använd bla 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 [10].

e. Hälsorelaterad livskvalitet

SF-36 är ett av världens mest använda instrument för att mäta hälsorelaterad livskvalitet. Dess 36 frågor berör allmän hälsa, fysiska aktivitetsbegränsningar, fysiska hälsoproblem, känslomässiga hälsoproblem, sociala aktivitetsbegränsningar, smärta, energi och känslor. Här används den sammanräknade poängen för två delskalor: mental respektive fysisk hälsa. Via breda undersökningar har man fått fram befolkningsgenomsnittet för olika åldersgrupper [15].

f. Klientnöjdhet

Vid behandlingens slut fyller klienten i ett formulär angående behovstillfredsställelse, bemötande etc, Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)[16]. 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. Således kommer svaret på detta formulär inte bara från klienter inom "Ögat på sjukskrivning" utan även en del andra (sammanlagt 138 klienter = alla dem som hittills besvarat formuläret). 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 inom Landstinget i Östergötland, gällande behandling inom primärvården av psykisk ohälsa hos unga vuxna [17]. Där användes CSQ-8, dvs vår typ av formulär men med fler frågor, 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.