



Effekten av multimodal rehabilitering på hälsa vid utmattningssyndrom – En observationsstudie.

David Parker. Leg. sjukgymnast

Institutionen för Samhällsmedicin och rehabilitering
Fysioterapi
Ht 2016 – Vt 2017
Examensarbete 30 hp



Masterprogrammet i fysioterapi 120hp

Titel: Effekten av multimodal rehabilitering på hälsa vid utmattningssyndrom – En observationsstudie.	År: 2017
Författare: David.parker dapa0002@umu.se	Handledare: Rehabiliteringsmedicin KIDS, leg. Läkare, Docent Gunilla Brodda Jansen, PBM Sweden AB, gunilla.broddajansen@ki.se Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, fysioterapi, leg.sjukgymnast, Docent Martin Björklund, martin.bjorklund01@umu.se
Nyckelord: Utmattningssyndrom, smärta, kvinnor, män, multimodal rehabilitering, livskvalitet, SMBQ, RAND-36	
Sammanfattning: Introduktion: Psykisk ohälsa utgör idag den främsta anledningen till långvarig sjukskrivning i Sverige. Utmattningssyndrom är en av underdiagnoserna som ökar mest. Utmattningssyndrom är en ung diagnos och rehabilitering för utmattningssyndrom saknar evidens. Syfte: Att undersöka effekten av multimodal rehabilitering på 24 veckor på hälsa för patienter med utmattningssyndrom, och om effekten på hälsa skiljer sig åt beroende om det är kvinnor eller män, eller patienter med respektive utan begränsning av samtidig smärta. Metod: Studien är en observationsstudie med jämförande sub-gruppsanalys. Studiedeltagare var patienter som genomgått multimodal rehabilitering på PBM Sweden AB för utmattningssyndrom. Patienterna svarade på enkäter före och efter rehabiliteringen. Utfallsvariabler var grad av utmattning (SMBQ) och fysisk samt psykisk hälsa (RAND-36). Resultat: Antalet studiedeltagare var 367 patienter varav 317 kvinnor. Samtidiga besvär på grund av smärta rapporterades av 252 individer. Rehabiliteringen gav signifikanta förbättringar på samtliga studerade variabler för hela studiepopulationen. Inga signifikanta skillnader erhöles gällande effekt av rehabiliteringen mellan kvinnor och män. Patienterna som rapporterade samtidig smärta erhöles större effekt av rehabiliteringen jämfört med de som ej rapporterade samtidig smärta på RAND-36 variablerna fysisk funktion, smärta samt psykiskt välbefinnande. Slutsats: Resultatet indikerar att patienter med utmattningssyndrom förbättras av ett multimodalt rehabiliteringsprogram på 24 veckor. Behandlingseffekten påverkas inte beroende på kön. Behandlingseffekten är större om patienterna upplever en samtidigt begränsande smärtproblematik.	



Master Programme in Physiotherapy 60 credits

Title: Effect of multimodal rehabilitation on health for patients with exhaustion disorder – An observational study.		Year: 2017
Author: David Parker dapa0002@umu.se	Tutor: Rehabilitationmedicine KIDS, senior lecturer, dr Gunilla Brodda Jansen, PBM Sweden AB, gunilla.broddajansen@ki.se Department of community medicine and rehabilitation, senior lecturer, PT, Martin Björklund. martin.bjorklund01@umu.se	
Keywords: Exhaustion disorder, pain, women, men, multimodal rehabilitation, quality of life, SMBQ, RAND-36		
Abstract: Introduction: In Sweden mental illness constitutes the foremost reason to prolonged sickness absence. Exhaustion disorder is one of the diagnoses that increases the most. Exhaustion disorder is a young diagnose and rehabilitation for exhaustion disorder has a lack of evidence. Aims: To explore effects of a multimodal rehabilitation for 24 weeks on health for patients with exhaustion disorder, and if the effect on health differs between men and women and between patients with respectively without concurrent pain. Methods: This is an observational study with a comparing sub-group analysis. Study participants where patients that passed a multimodal rehabilitation program for exhaustion disorder on PBM Sweden AB. The patients answered surveys before and after the rehabilitation. Outcome variables where degree of exhaustion disorder (SMBQ) and physical and psychological health (RAND-36). Results: Number of participants was 367 whereof 317 where women. Concurrent pain where reported by 252 patients. The rehabilitation showed significant improvements on all studied variables for the entire study population. No significant differences where shown on effect of the rehabilitation between men and women. The patients that reported concurrent pain obtained larger effects from the rehabilitation than patients that did not report concurrent pain on RAND-36 variables physical functioning, pain and mental health. Conclusion: The result indicates that patients with exhaustion disorder improves from a 24 week multimodal rehabilitation program. The effect from the rehabilitation is not affected by gender. The effect from the rehabilitation increases if the patients are experiencing a concurrent pain problem.		

Bakgrund

Sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa och rörelseorganens sjukdomar bestod av 59% respektive 18% av den sammanlagda sjukskrivningsökningen under åren 2010-2015 i Sverige (1). Psykisk ohälsa utgör idag den främsta orsaken till långvarig sjukskrivning i Sverige (1). Av sjukskrivningar som sker på grund av psykisk ohälsa består 40% av stressrelaterad problematik, varav diagnosen utmattningssyndrom (UMS) utgör en stor andel (2). Kostnaderna för den psykiska ohälsan beräknas uppgå till cirka 65 miljarder kronor per år i Sverige när utgifter för sjukvård, socialförsäkring och förlorad produktivitet för arbetsgivare läggs samman (3, 4). Smärta är en av de vanligaste besöksorsakerna i sjukvården. Av besöken hos läkare i primärvården anges 20-40% vara på grund av smärttillstånd. De samhällsekonomiska kostnaderna för långvarig smärta i Sverige beräknas till cirka 87,5 miljarder kronor (5). I en studie från 2006 på patienter med långvarig smärta uppgav 40 % att de inte hade fått adekvat vård och 2 % att de erhöll specialiserad smärtrehabilitering (6).

Utmattningssyndrom

Långvarig stress kan övergå till ett tillstånd där individens förmåga till återhämtning blir nedsatt och inte längre är tillräcklig. Historiskt har det använts flera olika uttryck för tillståndet till exempel utbrändhet, utmattningsdepression eller utmattningssyndrom (7). I Sverige etablerades en diagnos 2005 som benämndes utmattningssyndrom (se bilaga 1, Underlag för diagnos F43.8), syftet var att nå ökad samsyn kring hur arbetsrelaterad stress som resulterar i psykisk ohälsa bäst ska utredas, diagnostiseras och behandlas (8-10). Elva år senare är antalet publicerade behandlingsstudier fortsatt få. Kunskapsläget inom UMS är lågt, detta kan delvis tillskrivas att det historiskt använts flera olika begrepp men även att det råder ett begreppsligt överlapp mellan det amerikanska begreppet ”burnout”, diagnosen egentlig depression och diagnosen utmattningssyndrom. Detta har försvårat forskningen inom området (11-13). Befintlig forskning vid UMS tyder på att rehabiliteringen bör vara lågintensiv och kan förväntas ta lång tid (14, 15). Forskning antyder att det finns ett samband mellan UMS, ångest, depression, post-traumatisk stress och andra psykologiska sjukdomstillstånd (10, 14, 16-18). UMS kan även ge ospecifika symtom däribland: koncentrationssvårigheter, trötthet, sömnsvårigheter, spänningar, rygg- och nackvärk samt mag- och tarmproblem (18-20).

Långvarig smärta

Definitionen av långvarig smärta är enligt IASP “smärta utan uppenbart biologiskt värde som har varat längre än den normala tiden som krävs för vävnadens läkningsprocess” (21). Psykologiska faktorer (depression, ångest, oro, smärtrelaterad rädsla och katastroftänkande) är framträdande riskfaktorer för utveckling av långvarig smärta (22-24). Långvarig smärta leder ofta till besvär såsom sömnsvårigheter, klinisk

depression och arbetsrelaterad stress (25). Det tyder på att UMS och långvarig smärta samvarierar. En komplexitet föreligger där psykisk ohälsa påverkar smärta och där smärta påverkar psykisk ohälsa.

Multimodal rehabilitering (MMR)

Multimodal rehabilitering kännetecknas av tvärprofessionella team som arbetar med patienten i centrum. Stockholms läns landsting etablerade 2014 vårdval ”Rehabilitering för långvarig smärta med eller utan samsjuklighet och för utmattningssyndrom” (26). Syftet var att låta fler patienter få ta del av specialiserad multimodal rehabilitering (MMR) för patientgrupperna med UMS och långvarig smärta. Vårdgivare som arbetar i vårdvalet ska arbeta multimodalt (26). Det finns ingen litteraturöversikt för effekten av MMR på UMS men det finns indikationer på att MMR torde ge bättre resultat jämfört med unimodal rehabilitering (27). UMS är en relativt ung diagnos där det krävs utvärdering av rehabilitering för att bättre kunna utforma effektiva rehabiliteringsförlopp och förstå de komponenter som leder till ökad funktion. Patientpopulationen är heterogen och det finns en variation i symtombilden som skapar en komplexitet i både diagnostisering och behandling. Det finns begränsad kunskap angående samsjuklighet och hur den påverkar patienterna i ett rehabiliteringsförlopp, samt om det föreligger skillnader mellan kvinnor och män gällande utfall av rehabilitering.

Syfte

Syftet med aktuell studie var att utvärdera effekt av multimodal rehabilitering i klinisk praktik för patienter med utmattningssyndrom.

Frågeställning 1: Påverkar MMR under 24 veckor hälsa för patienter med UMS och är behandlingseffekten olika för kvinnor jämfört med män?

Frågeställning 2: Skiljer sig behandlingseffekten av MMR under 24 veckor med avseende på hälsa mellan patienter som har enbart UMS jämfört med patienter som även upplever smärta som begränsning.

Metod

Studiedesignen var en observationsstudie med jämförande sub-gruppsanalys. Studiedeltagare var de individer som remitterats till två kliniker på PBM Sweden AB, Stockholm city och Globen, och inkluderats i vårdval UMS. Remisser har skickats till mottagningarna primärt av läkare i primärvård, företagshälsovård eller psykiatri. I underlaget finns även patienter som fått remiss från andra yrkeskategorier samt patienter med egen-remiss. Ofullständiga remisser eller remisser där det tydligt framkom att mottagningarna inte var rätt instans återremitterades. För att erhålla multimodal rehabilitering krävdes att patienten skattade $\geq 4,0$ på Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ). Därtill genomfördes en klinisk bedömning av det multimodala teamet under tre bedömningsbesök med syfte att verifiera en UMS-diagnos, (för kriterier se bilaga 1). Bedömningskriterier för exklusion är andra psykiska sjukdomar som kan hindra rehabilitering eller bedömning att patienten inte klarar av att genomgå ett multimodalt rehabiliteringsförlopp, (för specifika exklusionskriterier se bilaga 2).

Inklusionskriterier för aktuell studie var patienter som har; 1) genomfört rehabilitering. 2) svarat på för- och efterenkäter mellan datumen 150401 och 161031. 3) givit sitt medgivande till att deras uppgifter får användas i forskningssyfte. Data som presenteras är insamlat från enkäter med multipla självskattningsformulär. Formulär som ingick i första enkäten var; Shirom-Melamed Burnout Questionnaire, EuroQol-5D, Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire, Job Content Questionnaire, PBS-skalan, Hospital Anxiety and Depression Scale, The RAND 36-Item Health Survey. Övriga frågor innehöll bakgrundsuppgifter som ålder, kön, civilstånd, utbildningsnivå, arbete och sjukskrivning, sjukdomar, BMI, läkemedel och levnadsvanor. Denna enkät besvarades innan bedömningsförloppet var slutfört. Den avslutande enkäten skickades ut när det återstod två veckor av rehabiliteringen och innehöll formulären Shirom-Melamed Burnout Questionnaire, EuroQol-5D, Hospital Anxiety and Depression Scale, The RAND 36-Item Health Survey samt bakgrundsfrågor gällande arbete och sjukskrivning, smärta och måluppfyllelse.

Varje patient erhöll ett MMR program på 24 veckor. Alla patienter har erhållit liknande komponenter, men det finns små variationer då programmen skräddarsyts för att möta de individuella behoven. De centrala delarna i MMR-programmet har innefattat psykologiska, medicinska, pedagogiska och fysiska komponenter vilka har som mål att ge patienter möjlighet till att genomföra beteendeförändringar som ska leda till ett förbättrat mående. Varje patient har tilldelats ett team bestående av de legitimerade professionerna fysioterapeut, psykolog, läkare och vid behov rehabiliteringskoordinator. Teamet har utfört delvis specifika insatser men även pedagogiska moment däribland utbildning av patienter om smärta eller UMS, och olika

metoder för hantering. Standardprogrammet har innehållit stresshanteringsföreläsning i grupp vid 9 tillfällen, integrerad tillämpad avslappning i grupp vid 7 tillfällen, 9 besök till psykolog med fördjupning av stresshanteringsgruppen och eventuell individuell problematik, 3 besök till fysioterapeut med fokus att stimulera till fysisk aktivitet utifrån allmänna rekommendationer, 2 besök hos läkare med fokus på läkemedel och sjukskrivning, upp till 4 besök för arbete med balanserad arbetsåtergång där arbetsgivare och försäkringskassan inbjudits att delta samt 2 teammöten där ansvariga behandlare och patienten träffats med syfte att stämna av och skapa samsyn kring rehabiliteringen och måluppfyllelse. De två grupperna har genomförts multimodalt med psykolog närvarande vid samtliga tillfällen och med fysioterapeut närvarande vid tillfälle 2-9 av stressgruppen samt vid tillfälle 5 på avslappningsgruppen. Sammanlagd behandlingstid för de som genomgått samtliga delar var ca 60 timmar.

Skattningsskalor

Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) är en självskattningsskala med 22 påståenden fördelade på fyra subskalor; fysisk trötthet, mental trötthet, spänning och håglöshet (28). Skattningen på frågorna sträcker sig från 1 (nästan aldrig) till 7 (nästan alltid). Formuläret är framtaget för att mäta grad av burnout enligt Shirom och Melameds modell. Diagnosen "burnout" var inte tänkt att användas i klinik som en kliniskt validerad diagnos utan blev framtagen och validerad mot olika former av arbetsgrupper (29). Associationen mellan SMBQ och andra instrument som mäter burnout; Pines Burnout Measure och subskalan "Känslomässig utmattning" på Maslach Burnout Inventory är hög. (30). Ett genomsnittligt värde på 4,0 i SMBQ indikerar en betydande grad av symptom på burnout (31). Tidigare studier har visat god intern reliabilitet för SMBQ (32).

The RAND 36-Item Health Survey (Rand-36) är ett självskattningsformulär som mäter generell hälsorelaterad livskvalitet. Respondenten svarar på 36 frågor om sitt hälsotillstånd baserat på de senaste fyra veckorna. Trettiofem av frågorna förs samman i åtta olika skalor med hjälp av en speciell beräkningsalgoritm. De åtta skalorna är fysisk funktion (PF), fysisk rollfunktion (RP), smärta (BP), allmän hälsa (GH), vitalitet (VT), social funktion (SF), emotionell rollfunktion (RE) och psykiskt välbefinnande (MH). De olika skalorna åskådliggörs sedan med ett värde från 0 till 100 där ett högre värde indikerar en bättre upplevd hälsa. RAND-36 har en algoritm för att hantera svarsbortfall, vilket gör instrumentet mindre känsligt för enstaka saknade värden. Skillnaderna mot MOS 36-item Short Form Survey (SF-36) är små förändringar i ordval. SF-36 har uppvisat god validitet (33-35). SF-36 är ett instrument som har haft en stor spridning i forskning, den är dock licensbelagd. RAND-36 är gratis att använda och det är översatt samt validerat för en svensk population. Den svenska översättningen väntar på publikation (Orwelius et al. Submitted) men resultatet var i

hög grad överensstämmande med den engelska versionen och visade sig reliabel för de olika patientgrupperna, (personlig kommunikation Anna Norrenge Söderstig Registercentrum sydost 170828). Av instrumenten som mäter hälsorelaterad livskvalitet är RAND-36 ett av världens mest använda instrument (36,37).

För att analysera patienternas besvär av smärta har patienterna svarat på frågan. *”Besväras du av smärta eller värk?”* Svarskategorierna var ja/nej. Denna fråga ligger till grund för subkategoriseringen. Som komplement till detta får patienterna gradera smärtintensitet och sin möjlighet att påverka sin smärta på en 10-gradig skala.

Etik

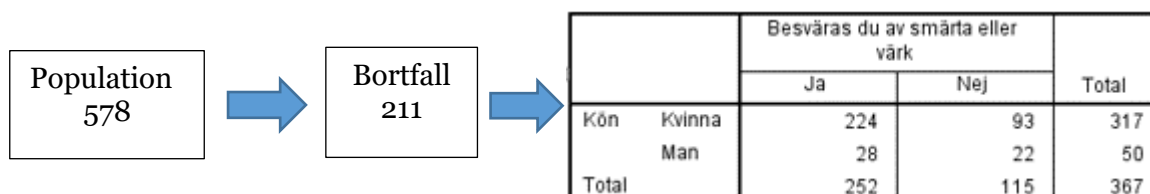
Patienterna tillfrågades skriftligt i samband med ifyllandet av testbatteriet om de accepterade att deras formulärsvår kunde ingå i forskningsprojekt. Patienternas rehabilitering påverkades inte av deras svar. Patienterna fyllde i sina svar via internet innan bedömningsperioden var slutförd och kunde genomföra det hemifrån. Datafilerna finns enbart på krypterade minnen och är avkodade.

Statistisk analys

Bakgrundsdata och deskriptiv statistik redovisas med medelvärde och standardavvikelse. Analys mellan män och kvinnor samt mellan gruppen som besvärades av smärta och gruppen som ej besvärades av smärta genomfördes med oberoende t-test som justerar för olika varians (Welch test). Analys av behandlingsresultatet på hela gruppen genomfördes med beroende t-test. Signifikansnivån sattes till $p < 0,05$. Behandlingseffekten definierades som skillnaden mellan mätningen före och mätningen efter rehabiliteringen. Analys och statistiska beräkningar utfördes i programmet IBM SPSS statistics version 23.

Resultat

Den ursprungliga studiepopulationen bestod av 578 patienter som genomfört rehabilitering. Antalet patienter som inkluderades i aktuell studie var 367 personer. Bortfall berodde på att patienterna ej godkänt att data fick användas i framtida forskning samt att de ej fyllt i enkäten efter rehabiliteringen. Studiepopulationen bestod av 317 (86%) kvinnor och 50 (14%) män. Antalet patienter som besvarade att de upplevde sig besvärade på grund av smärtproblematik var 252 personer (69%) (figur 1).



Figur 1 Flödesdiagram för urvalsprocessen.

Vid baslinjemätningen sågs signifikanta skillnader mellan patienter med smärta jämfört med patienter utan smärtproblematik gällande; högre värde på BMI ($p=0,001$), högre värde på depressivitet mätt med HADS ($p=0,002$), högre värde på stress mätt med SMBQ ($p=0,001$), lägre värde på vitalitet mätt med RAND-36 ($p=0,017$), lägre värde på smärta mätt med RAND-36 ($p<0,000$), lägre värde på fysisk rollfunktion mätt med RAND-36 ($p=0,011$) och lägre värde på fysisk funktion mätt med RAND-36 ($p<0,000$). Kvinnor rapporterar signifikant skillnad jämfört med män gällande lägre värde på fysisk funktion mätt med RAND-36 ($p=0,013$) (Tabell 1).

Tabell 1 Baslinjekarakteristika för patienter med UMS. Medelvärde ± SD.

	♂ Män n=50	♀ Kvinnor n=317	Smärta	Ej smärta	Totalt n=367
			n=252 ♂/♀ 28/224	n=115 ♂/♀ 22/93	
BMI	25,6±4,2	24,6±4,6	25,3±4,8	23,7±3,8	24,8±4,6
Ålder	43,8±9,2	43,8±9,4	44,3±9,4	42,6±9,0	43,8±9,4
Sömn ^a	5,1±2,0	5,3±1,7	5,3±1,7	5,1±1,7	5,3±1,7
HADS Å ^b	12,6±3,9	12,8±3,8	13,0±3,8	12,5±3,7	12,8±3,8
HADS D ^b	11,1±3,6	11,3±3,9	11,7±3,9	10,4±3,6	11,3±3,9
Utbildning ^c	3,0±1,0	3,2±0,9	3,0±1,0	3,2±0,9	3,1±0,9
Fysisk aktivitet låg ^d	3,9±2,8	3,5±2,8	3,9±2,8	3,8±2,9	3,9±2,8
Fysisk aktivitet hög ^d	1,2±1,4	0,9±1,2	0,9±1,3	1,0±1,2	0,9±1,2
Smärtskattning ^e	3,0±3,2	3,7±2,9	5,2±2,0	0	3,6±2,9
Påverkan på smärta ^e	5,3±2,5	4,9±2,4	4,9±2,4	-	4,9±2,4
SMBQ^f					
-total	5,5±0,7	5,6±0,7	5,7±0,8	5,4±0,7	5,6 ± 0,7
RAND-36^g					
- PF	84,8±16,3	78,3±17,2	77,0±17,9	84,1±14,5	79,2 ± 17,2
- RP	25,0±36,4	28,9±39,1	24,8±36,1	36,7±42,9	28,4 ± 38,7
- BP	59,3±26,8	54,6±24,2	45,6±19,8	76,0±20,8	55,3 ± 24,6
- GH	45,8±19,1	44,7±18,8	43,9±19,2	46,7±18,0	44,8 ± 18,8
- VT	15,5±14,1	13,6±11,4	12,8±11,7	16,0±11,6	13,8 ± 11,8
- SF	43,9±24,9	44,3±23,7	43,3±24,3	45,9±22,7	44,2 ± 23,9
- RE	21,1±36,5	18,5±32,3	17,8±32,2	21,5±34,5	18,9 ± 32,9
- MH	42,0±18,0	43,9±17,0	42,5±17,3	46,2±16,7	43,6 ± 17,1

a) Skala 0-7. Högre poäng - mer besvär.

b) Skala 0-21. Högre poäng - mer besvär

c) Utbildningsnivå. 1= Grundskola, 2= Gymnasium, 3= Högskola<120p, 4= Högskola> 120p

d) Tillfällen per vecka som aktiviteten utföres.

e) Skala 0-10. Högre poäng - mer besvär/påverkan.

f) Shirom-Melamed Burnout Questionnaire. Sammanvägda resultatet från samtliga frågor. Högre poäng – mer besvär.

g) The RAND36-item Health Survey. PF: fysisk funktion, RP: fysisk rollfunktion, BP: smärta, GH: allmän hälsa, VT: vitalitet, SF: social funktion, RE: emotionell rollfunktion, MH: psykiskt välbefinnande. Lägre poäng – mer besvär

För hela patientgruppen erhöjls signifikanta skillnader efter jämfört med innan rehabiliteringen för samtliga studerade variabler (tabell 2). Behandlingseffekten mellan män och kvinnor visade inga signifikanta skillnader. De patienter som upplevde en samsjuklighet med smärta visade på en signifikant ökning på RAND-36 variablerna fysisk funktion ($p=0,036$), smärta ($p<0,000$) samt psykiskt välbefinnande ($p=0,010$) jämfört med de som ej besvärades av smärta. (Tabell 3)

Tabell 2 Utmattning och hälsa innan och efter 24 veckors rehabilitering. Förändring i procent \pm SD.

	Pre	Post	% - förändring	p-värde
SMBQ^a				
Total	5,6 \pm 0,7	4,2 \pm 1,2	25,2 \pm 20,9	,000
RAND-36^b				
PF	79,2 \pm 17,2	84,5 \pm 16,6	11,0 \pm 33,3	,000
RP	28,4 \pm 38,7	52,3 \pm 42,1	33,2 \pm 119,7	,000
BP	55,3 \pm 24,6	67,9 \pm 25,2	43,4 \pm 95,5	,000
GH	44,8 \pm 18,8	54,6 \pm 21,3	38,7 \pm 82,6	,000
VT	13,8 \pm 11,8	30,9 \pm 18,4	173,0 \pm 246,5	,000
SF	44,2 \pm 23,9	65,2 \pm 23,5	87,4 \pm 142,1	,000
RE	18,9 \pm 32,9	46,7 \pm 41,7	15,5 \pm 92,2	,000
MH	43,6 \pm 17,1	61,6 \pm 19,1	67,3 \pm 114,8	,000

a) Shirom-Melamed Burnout Questionnaire. Sammanvägda resultatet från samtliga frågor. Högre poäng – mer besvär.

b) The RAND36-item Health Survey. PF: fysisk funktion, RP: fysisk rollfunktion, BP: smärta, GH: allmän hälsa, VT: vitalitet, SF: social funktion, RE: emotionell rollfunktion, MH: psykiskt välbefinnande. Lägre poäng – mer besvär

Tabell 3 Förändring av utmattning och hälsa efter 24 veckors rehabilitering uppdelat på kön och smärta. Förändring i procent \pm SD.

SMBQ ^a	♂ Män n=50	♀ Kvinnor N=317	p-värde	Smärta n=252 28/224	Ej smärta N=115 22/93	p-värde
Total	24,1 \pm 24,7	25,4 \pm 20,2	,721	25,2 \pm 20,7	24,6 \pm 20,9	,800

RAND-36 ^b	♂ Män n=50	♀ Kvinnor N=317	p-värde	Smärta n=252 ♂/♀ 28/224	Ej smärta N=115 ♂/♀ 22/93	p-värde
PF	11,3 \pm 38,5	10,9 \pm 32,5	,954	13,1 \pm 37,3	6,5 \pm 22,1	,036
RP ^c	43,7 \pm 145,4	31,6 \pm 115,7	,720	44,8 \pm 118,7	12,9 \pm 119,9	,114
BP	49,7 \pm 92,6	42,5 \pm 96,0	,624	56,1 \pm 107,5	16,6 \pm 54,9	,000
GH	43,4 \pm 83,9	37,9 \pm 82,5	,673	41,2 \pm 90,8	32,7 \pm 62,1	,304
VT ^d	195,4 \pm 292,1	169,5 \pm 239,2	,601	186,6 \pm 266,3	146,3 \pm 203,7	,155
SF	92,0 \pm 152,2	86,6 \pm 140,8	,824	88,6 \pm 149,0	85,0 \pm 128,3	,822
RE ^e	4,8 \pm 72,0	17,1 \pm 95,1	,575	22,0 \pm 96,6	3,6 \pm 83,5	,303
MH	100,7 \pm 201,5	62,2 \pm 94,6	,204	75,5 \pm 131,7	48,6 \pm 62,7	,010

a) Shirom-Melamed Burnout Questionnaire. Sammanvägda resultatet från samtliga frågor. Högre poäng – mer besvär.

b) The RAND36-item Health Survey. PF: fysisk funktion, RP: fysisk rollfunktion, BP: smärta, GH: allmän hälsa, VT: vitalitet, SF: social funktion, RE: emotionell rollfunktion, MH: psykiskt välbefinnande. Lägre poäng – mer besvär

Antal svarande patienter. (män/kvinnor)¹, (smärta/ej smärta)²

^cn=154 (21/133)¹ (56/98)²

^dn=288 (39/249)¹ (97/191)²

^en=108 (14/94)¹ (38/70)²

Diskussion

Syftet med studien var att utvärdera effekt av multimodal rehabilitering i klinisk praktik för patienter med utmattningssyndrom. Specifika frågeställningar rörde skillnader gällande män och kvinnor samt skillnader för de som upplevde besvär av smärta jämfört med de som inte upplevde besvär av smärta. Resultaten från aktuell studie var att rehabiliteringen har likartad effekt oavsett om det är kvinnor eller män. De patienter som upplever en smärtproblematik erhåller en ökad effekt av rehabiliteringen jämfört med de som ej upplever en smärtproblematik. Av de patienter som genomgår MMR för UMS har 69% en samsjuklighet med smärta. Orsak och duration gällande smärta kan inte anges då frågan inte var ställd så detta går att utläsa.

För hela studiepopulationen erhöles signifikanta positiva förändringar på samtliga studerade variabler efter avslutad rehabilitering. På SMBQ förbättrades

studiepopulationen med i genomsnitt 1,4 skalsteg vilket är en procentuell förbättring på 25%. Efter genomförd rehabilitering var andelen patienter som skattade under inklusionsvärdet för att få genomföra rehabilitering, 4,0 på SMBQ, 46%. Tidigare studier har visat resultat i samma riktning (10, 38-40). Effektstorleken för dessa studier inklusive denna var 0,7-1,4 skalsteg och andelen patienter som ej når klinisk grad av utmattning efter rehabilitering var 41-46%. Värt att notera är att till skillnad från de jämförda studierna så har aktuell studie haft det kortaste förloppet men med högst förbättring hos patienterna. På hälsokvalitetsinstrumentet RAND-36 visades de största ökningarna på de psykiska variablerna. Det finns inga jämförbara studier på multimodal rehabilitering för patienter med UMS som använt utfallsmåttet RAND-36, däremot visar multimodal rehabilitering som riktar sig mot långvarig smärta liknande förbättring men med de största ökningarna på de fysiska variablerna (41, 42).

Aktuell studie visade ingen skillnad på effekten av rehabiliteringen mellan kvinnor och män. Den enda skillnad som erhöles var RAND-36 variabeln fysisk funktion där kvinnor skattade sämre än män. Att inga övriga skillnader visades varken före eller efter rehabiliteringen indikerar att rehabiliteringen hade likartad effekt oavsett kön. Detta resultat stöds av tidigare studier på samma patientgrupp (10, 18, 40). Glise och medarbetare diskuterar att skillnader mellan könen gällande mentala och somatiska symtom försvinner när hälsoproblemen blir så pass påtagliga som vid UMS (10). Tidigare prevalensstudier uppger att kvinnor har fler somatiska problem än män (44-46). Soares et al. fann att kvinnliga primärvårdspatienter upplever ökad nivå av smärta och en högre grad av depressiva symtom, högre arbetsbörda samt en högre nivå av burnout jämfört med män (46). En reflektion är att skillnaden mellan kvinnor och män i primärvården kan utgöra en del i förklaringen till att könsfördelningen i aktuell studie bestod av 86% kvinnor och 14% män. Det finns däremot kontrasterande forskning som tyder på att kvinnor erhåller förbättrade resultat jämfört med män vid MMR för patienter med långvarig smärta (43). Aktuell studie ger inga svar på om kvinnor och män skiljer sig åt med avseende på en samtidigt begränsande smärtproblematik. Studiens population med den stora övervikten kvinnor leder till ett svårare statistiskt beräkningsläge där det är omöjligt att genomföra ytterligare subgruppering. Könsfördelningen i aktuell studie verkar dock vara förenlig med prevalensen i populationen (1, 10, 38-40).

Resultaten från aktuell studie påtalar att det finns en hög andel samsjuklighet men att detta inte reducerar utan förstärker behandlingseffekten. En samsjuklighet med smärta rapporterades från 69% av patienterna före rehabiliteringen. Dessa patienter hade ett signifikant sämre mående kopplat till depressivitet/ångest, burnout och ett högre BMI. Övervikt är en riskfaktor för flertal sjukdomar däribland långvarig muskuloskeletal smärta (47). I en epidemiologisk studie av Saastamoinen et al. har författarna tittat på

korrelation mellan emotionell utmattning och smärta samt kopplingen till sjukfrånvaro från arbetet (48). Författarna fann att det fanns ett synergistiskt samband där emotionell utmattning och smärta skapar en längre sjukfrånvaro från arbetet. Författarna visade att nästan två-tredjedelar som har en emotionell utmattning också uppger en samsjuklighet med smärta, vilket är samma andel som rapporterat samsjuklighet i aktuell studie. Patienterna som uppgav en samsjuklighet med smärta erhöll signifikanta förbättringar på symtom av utmattning, fysisk funktion, smärta och välbefinnande efter rehabiliteringen jämfört med de patienter som inte uppgav en samsjuklighet med smärta. I en studie av Thielke et al. på multidisciplinär rehabilitering för äldre med depression, konkluderar författarna att samtidig smärteproblematik begränsar effekten av rehabiliteringen (20). En ansats till att förklara skillnaderna i resultaten är dels skillnader gällande de olika diagnoserna, men framförallt de olika innehållen i rehabiliteringarna. Rehabiliteringen som genomförts i Thielkes studie bestod primärt av kognitiva interventioner medan rehabiliteringen i aktuell studie även fokuserat på att patienterna bör förändra sin nivå av fysisk aktivitet till WHO's riktlinjer.

Fysisk aktivitet är en av de få interventioner som har evidens från tidigare forskning på patienter med UMS (39, 49, 50). Lindegård et al. har rapporterat att patienter med UMS som följde WHO's riktlinjer erhöll större och mer hållbara förbättringar jämfört med de som inte följde riktlinjerna (39). I en studie på patienter med UMS fann Lindwall et al. att en ökning av fysisk aktivitet korrelerar med minskning av depressivitet, ångest och burnout (50). Gerber et al. visade att både ledarledd fysisk aktivitet som intervention, och generella instruktioner som berör vikten av en fysiskt aktiv livsstil, skapar förändring med ökad genomförd fysisk aktivitet hos individerna som deltar (49). I en långtiduppföljning (3 år) av Stenlund et al. fann författarna att multimodal rehabilitering för patienter med UMS har bättre kvarstående effekt jämfört med unimodal rehabilitering med inriktning på fysisk aktivitet (51). I aktuell studie var graden av fysisk aktivitet hos patienterna innan rehabiliteringen lägre än WHO's riktlinjer. Önskvärt hade varit uppföljningsdata kring förändrad nivå av fysisk aktivitet i aktuell studie. PBM kommer efter fynd i aktuell studie att utveckla sina frågeformulär så att data om fysisk aktivitetsnivå erhålls även efter genomförd rehabilitering.

Dataunderlaget innehåller flera metodologiska brister. De formulär som använts till aktuell studie har haft flera syften: 1) att utgöra ett komplement till klinisk bedömning. 2) att fungera som mått före rehabiliteringen. 3) att belysa rehabiliteringens effekt. Det har inte utförts någon objektiv klinisk bedömning vid uppföljning, det utvärderingsunderlag som finns tillgängligt efter rehabiliteringen är skattningsformulären. Dataunderlaget som studien baserats på har svagheter i insamlingsproceduren och i de formulär som använts. Tid som passerade mellan att

bedömningsformulären fylldes i och att rehabiliteringen började varierade mellan några dagar till över två månader. Patienterna har fått svara på ca 180 frågor i första enkäten, och 98 i andra enkäten. De variabler som använts i aktuell studie har besvarats i mitten och mot slutet av enkäterna. Detta skulle kunna påverka trovärdigheten i svaren då patienter med UMS i olika grad lider av en kognitiv trötthet. För att motverka detta har patienterna haft möjlighet att svara på enkäterna under en längre tidsperiod, där det funnits möjlighet att spara svaren och återkomma vid flertal tillfällen innan de skickat in dem. Självskattningsformulären som använts är validerade men ej specifikt för patienter med UMS.

Aktuell studies patientpopulation utgör flera styrkor. En styrka är det stora antalet deltagare vilket gav att minsta analyserade grupp bestod av 50 individer. Detta gav ett adekvat underlag för statistiska beräkningar. Patientpopulationen var väl diagnostiserad och definierad då samtliga deltagare erhållit en multiprofessionell klinisk bedömning och därefter diagnostiserats med UMS. All data är tagen ur en klinisk verklighet där rehabiliteringen utförts utan tillrättalagda miljöer som kan vara svåra att kopiera. Det ger en god extern validitet men möjligtvis på bekostnad av den interna validiteten. Patientpopulationen är upplyft ur den kliniska verkligheten och liknar i sin uppsättning andra studiers populationer (10, 38-40) vilket gör den representativ för den generella bilden av UMS-patienter. En stor begränsning är att studien är okontrollerad. Detta reducerar möjligheten att kunna dra några slutsatser gällande syftet att utvärdera rehabiliteringens effekt för hela studiepopulationen. För att kunna dra säkrare slutsatser hade det behövts genomföras en RCT. Denna metod är i dagsläget svår att genomföra inom ramarna för den kliniska praktiken. För att erhålla en kontrollgrupp kanske det är möjligt att använda försäkringskassans register men då tidsaspekten är så pass lång är det oklart om det är praktiskt eller etiskt genomförbart och man tappar även randomiseringsförloppet.

För att vidareutveckla vården för patienter med utmattningssyndrom krävs olika former av studier. En styrka med aktuell studie är också dess metodologiska tillkortakommanden. Att den är genomförd med utgångspunkt i en klinisk verklighet belyser vad multimodal rehabilitering får för utfall för patienter i en klinisk kontext. En behandlingsform som får goda resultat i RCT-studier är bara användbar om den även kan ge effekt i en klinisk verklighet. Analysen av studiers brister kan användas för vidareutveckling av utvärderingsprocesser i vården, detta kan öka reliabiliteten och stärka vårdinsatser vilket är en realitet av denna studie då PBM har förändrat och stärkts i arbetssätt för att utveckla vården för patienterna.

Framtida forskning

UMS är en ung diagnos där sjuktalen ökar kraftigt och där vidare forskning bör prioriteras. Den stora majoriteten av studier på UMS är genomförda utan kontrollgrupp. Framtida forskning bör innehålla randomiserade kontrollerade studier som jämför mellan olika innehåll och som utvärderar effekten av olika komponenter i MMR.

Konklusion

Resultatet indikerar att patienter med UMS förbättras av ett multimodalt rehabiliteringsprogram på 24 veckor. Behandlingseffekten påverkas inte beroende på kön. Patienterna som upplever en samtidigt begränsande smärtproblematik visar större behandlingseffekt jämfört med de patienter som inte upplever en begränsande smärtproblematik.

Referenser

1. Försäkringskassan. Korta analyser 2016:2. Stockholm: Försäkringskassan 2016 [citerad 2016-09-22] Hämtad från: [https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/41903408-e87d-4e5e-8f7f-90275d4fe6ad/korta_analyser_2016_2.pdf?MOD=AJPERES&CVID=](https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/41903408-e87d-4e5e-8f7f-90275d4fe6ad/korta_analyser_2016_2.pdf?MOD=AJPERES&CVID=90275d4fe6ad/korta_analyser_2016_2.pdf?MOD=AJPERES&CVID=)
2. Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16-64 år. Försäkringskassan; 2014. Social försäkringsrapport 2014:4.
3. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21(10):718-79.
4. Organisation for Economic Co-operation and Development. Mental Health and Work: Sweden. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD); 2013 [citerad 2016-11-17] Hämtad från: <http://www.oecd.org/els/emp/mental-health-and-work-sweden-9789264188730-en.htm#contents>
5. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2006 [citerad 2016-10-17] Hämtad från: <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/gul/metoder-for-behandling-av-langvarig-smarta/>
6. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287-333.
7. Brill PL. The need for an operational definition of burnout. *Fam Community Health*. 1984;6(4):12-24.
8. National Board of Health and Welfare. Ändringar i och tillägg till klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (KSH97) alfabetisk förteckning. Stockholm; 2005.
9. Jonsdottir IH, Nordlund A, Ellbin S, Ljung T, Glise K, Währborg P, et al. Cognitive impairment in patients with stress-related exhaustion. *Stress*. 2013;16(2):181-90.
10. Glise K, Ahlberg G, Jonsdottir IH. Course of mental symptoms in patients with stress-related exhaustion: does sex or age make a difference? *BMC Psychiatry*. 2012;12:18.
11. Besèr A, Sorjonen K, Wahlberg K, Peterson U, Nygren A, Asberg M. Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced exhaustion disorder, the Karolinska Exhaustion Disorder Scale. *Scand J Psychol*. 2014;55(1):72-82.
12. Saboonchi F, Perski A, Grossi G. Validation of Karolinska Exhaustion Scale: psychometric properties of a measure of exhaustion syndrome. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(4):1010-7.
13. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clin Psychol Rev*. 2015;36:28-41.
14. Karlson B, Jönsson P, Pålsson B, Abjörnsson G, Malmberg B, Larsson B, et al. Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout--a prospective controlled study. *BMC Public Health*. 2010;10:301.
15. Bergström G, Lundin A, Vaez M. Insatser som ges via företagshälsovården för att minska eller förebygga psykisk ohälsa. En kartläggning av forskningen. Stockholm: Enheten för interventions- och implementeringsforskning Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet; 2015. Rapport 1: 2015
16. Osterberg K, Karlson B, Hansen AM. Cognitive performance in patients with burnout, in relation to diurnal salivary cortisol. *Stress*. 2009;12(1):70-81.
17. Stenlund T, Birgander LS, Lindahl B, Nilsson L, Ahlgren C. Effects of Qigong in patients with burnout: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med*. 2009;41(9):761-7.
18. Glise K, Ahlberg G, Jonsdottir IH. Prevalence and course of somatic symptoms in patients with stress-related exhaustion: does sex or age matter. *BMC Psychiatry*. 2014;14:118.

19. VISS. Stressrelaterad psykisk ohälsa. [Internet] Stockholm: VISS; 2016. [citerad 2016-11-17] Hämtad från: <http://viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Psykisk-ohalsa/Stressrelaterad-psykisk-ohalsa/>
20. Thielke SM, Fan MY, Sullivan M, Unützer J. Pain limits the effectiveness of collaborative care for depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15(8):699-707.
21. International association for the study of pain. Taxonomy [Internet] Washington: International association for the study of pain (IASP); 1994. [citerad 2016-10-13]. Hämtad från <http://www.iasp-pain.org/education/content.aspx?itemnumber=1698&navitem=576>
22. Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ. Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosom Med*. 2002;64(5):773-86.
23. Macfarlane GJ, Pallewatte N, Paudyal P, Blyth FM, Coggon D, Crombez G, et al. Evaluation of work-related psychosocial factors and regional musculoskeletal pain: results from a EULAR Task Force. *Ann Rheum Dis*. 2009;68(6):885-91.
24. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ, Group DotFW. Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther*. 2011;91(5):737-53.
25. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med*. 2003;163(20):2433-45.
26. Vårdgivarguiden. Rehabilitering vid långvarig smärta. [Internet] Stockholm. Rehabilitering för långvarig smärta med eller utan samsjuklighet och för utmattningssyndrom. [citerad 2016-11-17] Hämtad från: <http://www.vardgivarguiden.se/AvtalUppdrag/avtalsinformation/Vardval-Stockholm/Rehabilitering-smarta-och-utmattningssyndrom/dokument/rehabilitering-vid-langvarig-smarta/>
27. National Board of Health and Welfare. Sjukskrivning vid utmattningssyndrom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008 [Citerad 2016-09-15]. <https://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/utmattningssyndrom>
28. Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. *Behav Med*. 1992;18(2):53-60.
29. Lundgren-Nilsson Å, Jonsdottir IH, Pallant J, Ahlborg G. Internal construct validity of the Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ). *BMC Public Health*. 2012;12:1.
30. Grossi G, Perski A, Evengård B, Blomkvist V, Orth-Gomér K. Physiological correlates of burnout among women. *J Psychosom Res*. 2003;55(4):309-16.
31. Soares JJ, Grossi G, Sundin O. Burnout among women: associations with demographic/socio-economic, work, life-style and health factors. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(2):61-71.
32. Melamed S, Ugarten U, Shirom A, Kahana L, Lerman Y, Froom P. Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. *J Psychosom Res*. 1999;46(6):591-8.
33. 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. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1349-58.
34. Persson LO, Karlsson J, Bengtsson C, Steen B, Sullivan M. The Swedish SF-36 Health Survey II. Evaluation of clinical validity: results from population studies of elderly and women in Gothenburg. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):1095-103.
35. Sullivan M, Karlsson J. The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of criterion-based validity: results from normative population. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):1105-13.
36. Joosen M, Frings-Dresen M, Sluiter J. Process and outcome evaluation of vocational rehabilitation interventions in patients with prolonged fatigue complaints. *Int J Behav Med*. 2011;18(2):160-71.
37. Hays RD, Morales LS. The RAND-36 measure of health-related quality of life. *Ann Med*. 2001;33(5):350-7.

38. Sahlin E, Ahlborg G, Tenenbaum A, Grahn P. Using nature-based rehabilitation to restart a stalled process of rehabilitation in individuals with stress-related mental illness. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(2):1928-51.
39. Lindegård A, Jonsdottir IH, Börjesson M, Lindwall M, Gerber M. Changes in mental health in compliers and non-compliers with physical activity recommendations in patients with stress-related exhaustion. *BMC Psychiatry*. 2015;15:272.
40. Stenlund T, Ahlgren C, Lindahl B, Burell G, Knutsson A, Stegmayr B, et al. Patients with burnout in relation to gender and a general population. *Scand J Public Health*. 2007;35(5):516-23.
41. Krops LA, Jaarsma EA, Dijkstra PU, Geertzen JH, Dekker R. Health Related Quality of Life in a Dutch Rehabilitation Population: Reference Values and the Effect of Physical Activity. *PLoS One*. 2017;12(1):e0169169.
42. Koele R, Volker G, van Vree F, van Gestel M, Köke A, Vliet Vlieland T. Multidisciplinary rehabilitation for chronic widespread musculoskeletal pain: results from daily practice. *Musculoskeletal Care*. 2014;12(4):210-20.
43. Pieh C, Altmeppen J, Neumeier S, Loew T, Angerer M, Lahmann C. Gender differences in outcomes of a multimodal pain management program. *Pain*. 2012;153(1):197-202.
44. Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med*. 1998;60(2):150-5.
45. Al-Windi A. Determinants of complaint symptoms in a Swedish health care practice--results of a questionnaire survey. *J Psychosom Res*. 2004;57(3):307-16.
46. Soares JJ, Jablonska B. Psychosocial experiences among primary care patients with and without musculoskeletal pain. *Eur J Pain*. 2004;8(1):79-89.
47. MacLellan GA, Dunlevy C, O'Malley E, Blake C, Breen C, Gaynor K, et al. Musculoskeletal pain profile of obese individuals attending a multidisciplinary weight management service. *Pain*. 2017;158(7):1342-1353.
48. Saastamoinen P, Leino-Arjas P, Rahkonen O, Lahelma E. Separate and combined associations of pain and emotional exhaustion with sickness absence. *Pain*. 2016;157(1):186-93.
49. Gerber M, Jonsdottir IH, Arvidson E, Lindwall M, Lindegård A. Promoting graded exercise as a part of multimodal treatment in patients diagnosed with stress-related exhaustion. *J Clin Nurs*. 2015;24(13-14):1904-15.
50. Lindwall M, Gerber M, Jonsdottir IH, Börjesson M, Ahlborg G. The relationships of change in physical activity with change in depression, anxiety, and burnout: a longitudinal study of Swedish healthcare workers. *Health Psychol*. 2014;33(11):1309-18.
51. Stenlund T, Nordin M, Järholm LS. Effects of rehabilitation programmes for patients on long-term sick leave for burnout: a 3-year follow-up of the REST study. *J Rehabil Med*. 2012;44(8):684-90.

Bilagor

Bilaga 1. Underlag för diagnos F43.8 Utmattningssyndrom, utfärdat av socialstyrelsen.

Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom

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) Känsломässig 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. hypothyreoidism, diabetes, infektionssjukdom).
- F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen.

Exklusionskriterier Vårdval

- Akut kris
- Måttlig till hög suicidrisk
- Obehandlad PTSD
- Beroende eller överkonsumering av alkohol/ droger/ läkemedel (opioider, bensodiazepin)
- Psykossjukdom – kan ej ta till sig behandling pga tillståndet.
- Svår depression – kan ej ta till sig behandling pga tillståndet.
- Obehandlad/ instabil bipolär sjukdom
- Pågående somatisk utredning/ ej somatiskt färdigutredd/ väntar på somatiskt ingrepp eller behandling.
- Kroppsliga vanföreställningar, dissociativa problem
- Svårighetsgrad – för svåra symtom? Bedöms ej kunna tillgodogöra sig behandling.
- Annat psykiskt eller fysiskt tillstånd som är av högre prioritet (något tillstånd som hindrar personen att ta till sig behandling/ komma till behandling eller som bedöms allvarigare. T.ex. svår ätstörning och ME (Kroniskt trötthetssyndrom)).
- Personlighetsstörningar och neuropsykiatriska tillstånd vid de tillfällen då de bedöms vara störande för andra eller hindra personen att tillgodogöra sig behandling.
- Personer som ej bedöms kunna delta funktionellt i grupp (stör grupp)
- Klienten bedöms vara gynnad av en annan typ av behandling/ stödinsats.
- Terapieresistens – många tidigare snarlika insatser utan effekt.
- Terapistörande beteende – komma sent, ej närvara, hotfull, sexuellt opassande beteenden?
- Psykosocial belastning som ej kan påverkas och som gör att personen ej kan tillgodogöra sig behandling. (T ex allvarlig sjukdom hos anhörig/barn).
- För låg aktivitetsnivå, ej motiverad till det som erbjuds här.
- Ej tillräckligt stort behov
- Personen avböjer själv behandling/ avbokar eller uteblir/ ej motiverad till erbjuden behandling.