

# Internatbehandling hjälper lärare med utmattningssyndrom tillbaka i arbete

## EN KONTROLLERAD STUDIE AV REHABILITERING I INTERNATFORM

**Utmattningssyndrom är den sjukdom** som orsakat flest sjukskrivningsdagar i Sverige under 2000-talets första decennier, vilket förklaras av att det är ett vanligt tillstånd med ett utdraget naturlförlopp. Många försök har gjorts för att finna en effektiv behandling, men ännu har ingen vetenskaplig studie kunnat visa snabbare återgång i arbete med någon enskild rehabiliteringsmodell [1].

Utmattningssyndrom är ett resultat av kronisk stress, oftast arbetsrelaterad, även om andra typer av stress kan bidra. Stark trötthet, kognitiva funktionsstörningar och ökad stresskänslighet är centrala symptom som inskränker arbetsförmågan. Det finns belägg för att ett fullt utvecklat utmattningssyndrom är förknippat med ogynnsam hjärnpåverkan [2] och att en temporär avlastning från stressorer är en förutsättning för läkning.

Frekvensen av utmattningssyndrom skiljer sig mellan olika yrken. Yrken som kräver kontakt med andra människor har den högsta frekvensen av stressrelaterad ohälsa. Lärare och omsorgs- och sjukvårdspersonal är de yrkesgrupper som har störst problem med stressrelaterad ohälsa [3].

Om arbetsrelaterad stress är en betydelsefull orsak till ett utmattningssyndrom, ter det sig rimligt att re-

**»Yrken som kräver kontakt med andra människor har den högsta frekvensen av stressrelaterad ohälsa.«**

habiliteringen bör inkludera arbetssituationen. Men problemen i olika yrken är inte desamma. Lärare, till exempel, klagar över brist på vikarier och tid till planering, medan läkare berättar om tidsbrist, oskäliga krav på administrativt arbete och samvetsstress. Det kan vara en fördel att i rehabiliteringen arbeta med

professionsspecifika grupper, till exempel lärare för sig och läkare för sig, eftersom gruppdeltagarna har många gemensamma problem och kan hjälpa varandra med förslag till lösningar.

I detta kontrollerade rehabiliteringsprojekt har vi valt att arbeta med lärare, som för närvarande är den mest utsatta gruppen av alla i Sverige. För att säkerställa den nödvändiga avlastningen genomförs rehabiliteringens första fas i ett tre veckors internat. Rehabiliteringen genomförs i grupper. Av logistiska skäl görs urvalet till behandlings- respektive kontrollgrupp konsekutivt, det vill säga först fylls en behandlingsgrupp, därefter en kontrollgrupp och så vidare. För att undvika alltför långa väntetider mellan inklusion och behandlingsstart har vi således valt att inte randomisera på individnivå.

### PATIENTER

Studiepopulationen är lärare långtidssjukskrivna för utmattningssyndrom försäkrade i Lärarförsäkringars sjukförsäkring, där skaderegleringen görs av försäkringsbolaget Förenade liv. Lärarförsäkringar är en organisation som ägs av lärarnas fackförbund (Lärarnas riksförbund och Lärarförbundet) och som upphandlar och förmedlar olika försäkringsprodukter. Lärarförsäkringarnas sjukförsäkring tillämpar en karenstid på tre månader, vilket innebär att alla deltagare har varit sjukskrivna minst så länge. Lärare som har varit sjukskrivna längre än ett år har inte inkluderats.

Samtliga 426 lärare som var försäkrade i Lärarförsäkringar och som sjukskrivits för någon av diagnoserna F32 (depression), F41 (ångest) eller F43 (stressrelaterad psykisk sjukdom) och registrerats mellan 1 mars 2016 och 1 mars 2018 kontaktades av projektets sjuksköterska och tillfrågades om de ville fylla i en enkät om lärarens arbetsvillkor. För att vi skulle förvissa oss om att deltagarna i behandlingsstudien verkligen hade ett utmattningssyndrom tillämpades inklusions- och exklusionskriterier enligt nedan. Av de tillfrågade accepterade 367 att få en enkät och 286 svarade på enkäten.

Enkäten innehöll socioekonomiska frågor, frågor om allmänt hälsotillstånd, tidigare sjukdomar och

**Åke Nygren**, senior professor, Karolinska institutet  
 ● ake.nygren@ki.se

**Björn Löfman**, leg psykolog, leg psykoterapeut, Karolinska institutet

**Per Näsman**, docent, statistiker, Kungliga Tekniska högskolan

**Lena Ekerlund**, leg sjuksköterska, Förenade liv/Folksam

**Barbro Kjellström**, docent, Karolinska institutet

### HUVUDBUDSKAP

- Utmattningssyndrom är en viktig orsak till långtidssjukskrivning. Lärare är den värst utsatta yrkesgruppen. Ingen enskild rehabiliteringsmetod har ännu visat någon övertygande effekt.
- I denna kontrollerade prövning gav en kombination av multimodal rehabilitering i internatform, kollegiala gruppsamtal och aktiv uppföljning en förbättrad arbetsåtergång hos sjukskrivna lärare med utmattningssyndrom.
- Internatformen möjliggör en maximal tillgänglighet till fysioterapeut, arbetsterapeut, psykolog och sjuksköterska samt daglig kontakt med kollegor med likartade stressrelaterade problem under de tre veckor vårdtiden varar.
- En förutsättning för att resultatet av rehabiliteringen ska bli bestående tycks vara att åtgärder gentemot arbetsmiljön ingår samt uppföljning via besök eller telefonkontakt efter hemkomsten.

sjukskrivningar, sannolik orsak till nuvarande sjukdom (privat, arbetsrelaterad eller kombination, alternativt vet ej) och behandling för nuvarande sjukdom. Vidare innehöll enkäten frågor om problem i arbetet samt två skattningsskalor; en för självskattning av depression (Montgomery-Åsberg depression rating scale, MADRS-S [4]) och en för utmattningssyndrom (Karolinska exhaustion disorder scale, KEDS [5]).

Inklusionskriterier för behandlingsstudien var samtycke till fortsatt kontakt, sjukskrivning minst 50 procent, arbetsrelaterad sjukdom enligt enkäten samt KEDS-poäng > 19. Exklusionskriterier var kroppslig sjukdom enligt enkäten, ålder > 65 år (efter hand ändrades detta till 60 år för att minimera risken att deltagarna skulle pensioneras under uppföljningstiden) samt MADRS-poäng > 34.

Alla presumtiva patienter som uppfyllde dessa kriterier kontaktades konsekutivt av projektets sjuksköterska. Först inkluderades patienter till dess att en hel behandlingsgrupp var fylld, därefter inkluderades patienter till en kontrollgrupp, därefter en ny behandlingsgrupp och så vidare. Gruppstorleken var alltid densamma i behandlings- och kontrollgrupp, men kunde variera mellan 5 och 8 individer per grupp beroende på patienttillströmningen.

## Behandlingsgruppen

De patienter som hänförts till en behandlingsgrupp ringdes upp och tillfrågades om de var intresserade av att delta i en behandlingsstudie på rehabiliteringsanläggningen Svenska Re på Kanarieöarna där såväl resa som behandling finansierades av Förenade liv. De som var intresserade uppmanades att kontakta sin läkare och Försäkringskassan för att få sitt deltagande godkänt och fick dessutom skriftlig information om behandlingen. I enstaka fall kontaktade projektledningen patientens läkare och/eller Försäkringskassan. Om samtliga parter godkände deltagande inkluderades patienten i behandlingsgruppen. Femton tillfrågade patienter inkluderades inte av olika skäl, till exempel att vederbörande hade börjat arbeta eller hade annan rehabilitering på gång. I ett fall uteslöts en patient på grund av interkurrent kroppslig sjukdom. En ville delta, men fick inte tillstånd att resa med bibehållen sjukpenning. I de fyra första behandlingsgrupperna deltog 29 patienter.

## Kontrollgruppen

29 presumtiva kontroller som uppfyllde urvalskriterierna kontaktades och tillfrågades om de ville delta i en kontrollgrupp. Kontrollpersonerna fick skriftlig information och fick fylla i ett samtyckesformulär för att möjliggöra uppföljning av deras fortsatta sjukskrivning och sjukdomsförlopp. Samtliga kontaktade samtyckte till att delta i kontrollgruppen.

131 lärare hade besvarat enkäten och sjukskrivits före 31 mars 2017, och av dem uppfyllde 79 inklusionskriterierna. Av dessa hänvisades 44 till behandlingsgruppen, och efter exklusion av dem som redan påbörjat rehabilitering eller av andra skäl inte kunde resa inkluderades 29. Efter 1 april 2017 visade det sig att så pass många presumtiva patienter nekades fortsatt sjukskrivning av Försäkringskassan att vi beslöt att sarrapportera de fyra första behandlingsgrupperna. Bland de 155 lärare som besvarat enkäten och sjuk-

skrivits efter 1 april 2017 och fram till 1 mars 2018 har endast 18 patienter kunnat rekryteras till behandling, således nästan en halvering av andelen som kunnat delta. Orsaken till skillnaden mellan perioden före respektive efter 31 mars 2017 synes vara Försäkringskassans mer restriktiva praxis, där man allt oftare drar in sjukpenningen efter 180 dagar. Detta har medfört att allt färre patienter kunnat resa. Av detta skäl bör kohorterna särhållas. Resultaten från den senare kohorten planeras kunna sammanställas under 2019.

Projektet har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm, dnr 2016/395-31.

## BEHANDLING

Behandlingen ägde rum på Svenska Re, en rehabiliteringsanläggning belägen i San Agustín på Gran Canaria som ägs av Föreningen Svenska Re, vars medlemmar är svenska företag och organisationer. Samtliga patienter deltog i Svenska Re:s ordinarie behandling, som är multimodal med deltagande av psykolog, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut med tillgång till läkare vid behov. Den ordinarie behandlingen pågår fem dagar i veckan i tre veckor och innefattar föreläsningar, individuella psykologsamtal, grupp-samtal och fysisk träning individuellt och i grupp,

---

**»... behandlingen pågår fem dagar i veckan i tre veckor och innefattar föreläsningar, individuella psykologsamtal, gruppsamtal och fysisk träning individuellt och i grupp, samt vid behov medicinsk behandling ...«**

---

samt vid behov medicinsk behandling med tillgång till individuella konsultationer med teamets olika specialister under dagtid [6].

Den specifika projektbehandlingen fokuserade på patienternas arbetssituation i psykolog- och läkarsamtal med projektledarna, enskilt och i grupp. Gruppsamtalen hade olika teman vid varje möte. Samtalen var lösningsfokuserade och utgick från deltagarnas arbetsfarenheter. Modellen är en modifikation av kollegiala samtalsgrupper som visat sig vara effektiva i prevention av utmattningssyndrom [7].

Varje deltagare fick beskriva sin arbetssituation, och utifrån detta försökte gruppen gemensamt hitta lösningar för förändring. Varje deltagare fick sedan med sig tre konkreta tips och råd om hur vederbörandes problem kunde bemästras, och grupperna avslutades med att envar av gruppdeltagarna fick ett program för vilka åtgärder som borde genomföras för att möjliggöra återgång i arbete. Programmet för den enskilde sammanfattades skriftligt efter att ha godkänts av alla i gruppen och uppfattats som rimligt och genomförbart.

En månad efter utskrivningen följdes alla patienter upp per telefon av en av projektledarna. I tio fall hade förbättringsförslagen visat sig vara svåra att genomföra. I dessa fall reste en eller båda projektledarna till vederbörande lärare för rehabiliteringssamtal med

**TABELL 1.** Utgångsvariabler i behandlings- och kontrollgrupp.

Variabel	Behandlingsgrupp	Kontrollgrupp	Signifikansprövning
Ålder (medeltal år ± SD; variationsvidd)	44,4 ± 10,0; 27-61	43,1 ± 11,5; 27-64	t = 0,46; NS
Könsfördelning (antal män)	1	0	NS
Typ av lärarbefattning (förskollärare/låg-, mellanstadie-/högstadielärare, gymnasie-, speciallärare, annat)	11/3/15	15/4/10	NS
Sjukskrivningsduration före inklusion (månader, medeltal ± SD; variationsvidd)	7 ± 3; 4-13	7 ± 3; 4-13	NS
KEDS före inklusion (medeltal ± SD; variationsvidd)	34,4 ± 5,5; 23-46	32,3 ± 7,6; 20-46	NS
MADRS före inklusion (medeltal ± SD; variationsvidd)	24,4 ± 5,9; 15-39	21,7 ± 6,7; 11-33	NS

arbetsledningen, arbetskamraterna, Försäkringskassan och i enstaka fall sjukskrivande läkare. Syftet med dessa möten var att diskutera behovet av förändringar på arbetsplatsen och tempot i arbetsåtergången samt att förmedla kunskap om stress och utmattning, i vissa fall i form av en föreläsning för arbetskamrater, kommunpersonal och lokala politiker.

### EFFEKT MÅTT

Det primära kriteriet för en effektiv rehabilitering är återgång i arbete. Vi har beräknat arbetsgrad vid en specifik vecka, densamma för alla patienter och kontroller. Arbetsgraden har mätts på grundval av den tid personen faktiskt arbetade under vecka 21 år 2018, uttryckt som procent av tillgänglig arbetstid, oavsett om hen varit sjukskriven eller ej. Tillfällig arbetsfrånvaro av annan anledning än utmattningssyndrom (till exempel semester eller tillfällig förkylning) räknas som full arbetsgrad. Att detta mått valts och inte sjukskrivningsgrad beror på att Försäkringskassan inte alltid har godkänt sjukskrivning, även om vederbörande inte orkat arbeta på grund av utmattningssyndromet utan försörjts av till exempel besparingar, lån från föräldrar, pengar från make/sambo eller haft försörjningsstöd från kommunen eller A-kassa. Måttet tillåter också en mer flexibel gradering än den schablonmässiga sjukskrivningen. En patient kan till exempel arbeta 80 procent av tillgänglig tid utan att få sjukpenning från Försäkringskassan genom att arbetsgivaren godkänner den reducerade arbetstiden och gör ett motsvarande löneavdrag. Att en specifik vecka valts snarare än en viss uppföljningstid efter projektet beror på att Försäkringskassans policy för handläggning har ändrats vid flera tillfällen under projektets gång.

Genom en ingående telefonintervju registrerades arbetsgraden för var och en av projektdeltagarna under vecka 21 år 2018 samtidigt som intervjuaren verifierade att eventuell arbetsoförmåga faktiskt berodde på ett utmattningssyndrom. Studier har likställts med arbete.

### RESULTAT

Behandlingsgrupp och kontrollgrupp var helt jämförbara på relevanta utgångsmått (Tabell 1).

Behandlingsgruppens genomsnittliga arbetsgrad vid uppföljning ett drygt år efter avslutad behandling var signifikant högre (74 procent) än kontrollgruppens (58 procent) (Tabell 2).

Under uppföljningssamtalet tillfrågades också pa-

**TABELL 2.** Arbetsgrad hos patienter och kontroller vid första uppföljningstillfället, 1-1,5 år efter att behandlingsgruppens patienter fullföljt behandling på Svenska Re.

Grupp (patienter, kontroller)	Rehab-start, datum	Uppföljning, vecka, år	Antal uppföljda (patienter, kontroller)	Genomsnittlig arbetsgrad vid uppföljning (procent) <sup>1</sup>	
				Patienter	Kontroller
I (5, 5)	21 sept 2016	21, 2018	5, 5	76	60
II (8, 8)	30 nov 2016	21, 2018	8, 7	79	54
III (8, 8)	25 nov 2017	21, 2018	7, 8	70	65
IV (8, 8)	22 mars 2017	21, 2018	8, 8	72	51
Samtliga (29, 29)			28, 28	74	58 <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Arbetsgrad avser faktiskt arbetad tid/möjlig arbetad tid. Två pensionerade deltagare, en i behandlingsgruppen och en i kontrollgruppen, har utslutits i beräkningen.

<sup>2</sup>Arbetsgraden i kontrollgruppen är statistiskt säkerställt lägre, Kruskal-Wallis test, P < 0,03.

tienter och kontroller om vilka ytterligare behandlingsåtgärder som vidtagits efter behandlingen på Svenska Re respektive inklusionen i studien. Det fanns en klar tendens att behandlingsgruppens patienter hade fått fler ytterligare behandlingar eller åtgärder, helt i enlighet med rekommendationerna vid behandlingsavslut. Omplacering och arbetsbyte kunde till exempel ingå i det skriftliga förslaget på förändringar som varje patient fick med sig hem efter behandlingen på rehabiliteringsanläggningen, och som diskuterats fram med medpatienterna i gruppen. Sådana förändringar förekom också i kontrollgruppen, men i mindre utsträckning.

### DISKUSSION

Denna kontrollerade studie av professionsspecifik rehabilitering i internatform har visat att behandlingen medfört en statistiskt säkerställd förbättring av arbetsgraden jämfört med kontroller. Vid uppföljning drygt ett år efter behandlingen är den genomsnittliga arbetsgraden 74 procent, medan den för kontrollerna är 58 procent. Eftersom studien inte är randomiserad i vanlig bemärkelse kan vi inte utesluta att det kunde finnas en systematisk skillnad i patienturvalet som kunnat påverka resultatet. Behandlingsgrupp och kontrollgrupp var dock lika i alla väsentliga avseenden, också i vilken utsträckning deltagarna ansåg att faktorer utöver arbetet haft betydelse för insjuknandet. Vissa patienter exkluderades från deltagande i behandlingsgruppen för att de inte ville eller kunde

resa. Någon sådan exklusion var inte möjlig i kontrollgruppen. Vi har ingen indikation på att patienter inte velat resa på grund av att deras personliga situation varit komplicerad, vilket skulle ha kunnat ge ett bättre resultat i behandlingsgruppen. Den vanligaste orsaken var att de som exkluderades redan påbörjat annan rehabilitering eller börjat arbeta, vilket knappast kan ha påverkat resultaten till fördel för behandlingsgruppen - snarare tvärtom.

Kontrollernas arbetsgrad representerar sannolikt naturalförloppet för utmattningssyndrom i Sverige i dag. Detta understryker att arbetsrelaterat utmattningssyndrom är en allvarlig och långvarig sjukdom.

Det mått på arbetsgrad som använts bygger på patientens egen uppgift vid ett visst datum. Vi har bedömt att patientens uppgift om hur mycket hen faktiskt arbetat vid en viss tidpunkt har större validitet än den av Försäkringskassan godkända sjukskrivningsgraden, men måttet är inte oproblematiskt. Det hade varit önskvärt att det kunnat kompletteras med upprepade mätningar under längre tid, och det är angeläget att patienterna följs upp för att kunna avgöra om skillnaderna blir bestående.

En signifikant förbättrad arbetsgrad efter rehabilitering av utmattningssyndrom är dock så pass nytt och lovande att det finns anledning, även om behandlingsgruppen är liten och begränsad till en yrkesgrupp, både att utvidga den och att försöka analysera vilka komponenter i behandlingen som varit effektiva. En liknande studie bör göras för andra yrkesgrupper som har hög sjukskrivningsgrad i utmattningssyndrom, till exempel inom vården.

Rehabiliteringen i projektet avviker i flera avseenden från den gängse i Sverige. De viktigaste komponenterna är: 1) internatvistelsen med allt vad den innebär med tätt umgänge med kolleger med samma

problem och tillgång till terapeuter med olika utbildning, 2) fokuseringen på de gemensamma yrkesproblemen och deras lösning och 3) den aktiva uppföljningen. I nya studier bör dessa komponenter särhållas i syfte att så småningom kunna ta fram mer precisa rehabiliteringsprogram. ○

● Marie Åsberg, senior professor, har fungerat som rådgivare och supporter. Eva Rooth, vd Svenska Re, Per Westerståhl, skadestyrningschef Förenade Liv och Marika Granström, vd Lärarförsäkringar, initierade projektet. Carl Mauritzson, leg psykolog, har hjälpt till med uppbyggnaden av rehabmodellen. Karin Gonzalez Bergh, platschef, och Lisa Svärdmark, forskningssekreterare, har hjälpt till med genomförandet av projektet.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Svenska Re har finansierat delar av forskningen. Björn Löfman var anställd av Svenska Re.

Citera som: *Läkartidningen*. 2019;116:FI3P



## REFERENSER

1. Wallensten J, Nager A, Åsberg M. Role of rehabilitation in chronic stress-induced exhaustion: a narrative review. *J Rehabil Med*. Epub 18 mar 2019. doi: 10.2340/16501977-2545.
2. Savic I, Perski A, Osika W. MRI shows that exhaustion syndrome due to chronic occupational stress is associated with partially reversible cerebral changes. *Cereb Cortex*. 2018;28(3):894-906.
3. Sjukfrånvarons utveckling 2016. Socialförsäkringsrapport 2016:7. Stockholm: Försäkringskassan; 2016.
4. Svanborg P, Åsberg M. A new self-rating scale for depression and anxiety states, based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89(1):21-8.
5. Besèr A, Sorjonen K, Wahlberg K, et al. 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.
6. Svenska Re. <http://www.svenska-re.se/>
7. Peterson U, Bergström G, Samuelsson M, et al. Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2008;63(5):506-16.

## Spännande läsning om läkarlivet i Sverige under krig och fred och om upptäckten av en »ny« sjukdom



***Ett läkarliv – I skuggan av två världskrig* av Karl-Axel Ekbohm är en levande skildring av svensk medicinhistoria.**

Karl-Axel Ekbohm är den svenske neurolog som har gett namn åt Willis–Ekboms sjukdom, tidigare kallad »restless legs«. På 1970-talet skrev han sin självbiografi, men dog innan han kunde ge ut boken. I kvarlåtenskapen efter honom hittades manuskriptet av Ekboms tre söner, och först nu har boken blivit en realitet.

Karl-Axel Ekbohm berättar om sina medicinstudier på 1920-talet och om sin och många andra unga medicinarens oro för att som nylegitimerad läkare i början av 1930-talet vara tvungen att gå arbetslös. Han skildrar hur den neurologiska specialiteten har utvecklats under decennierna och hur det var att till och från bli inkallad som militärläkare. Trots oroliga tider kunde han disputera just på V-dagen, den 8 maj 1945.

Boken finns att beställa på [Lakartidningen.se/bocker](http://Lakartidningen.se/bocker)

**Läkartidningen**  
Förlag AB