



Zebromodellen
- Rehabilitering för patienter
med stressrelaterade besvär

ELEONOR SANDBLADH
EVA FAHLGREN

Förord

Projektet som redovisas i denna rapport har genomförts av Eva Fahlgren, sjukgymnast och Eleonor Sandbladh, arbetsterapeut. Vi har båda lång erfarenhet av arbete i primärvård och gruppverksamhet riktad mot smärtproblematik. Intresset för att arbeta med patienter som har stressrelaterad problematik är grundat på yrkesmässig och personlig erfarenhet.

Vi är förundrade över den styrka och livskraft varje människa har inom sig och som vid stöd kan stärkas och ge en förändring av livet och att människor genom sina erfarenheter kan stödja och identifiera sig med varandra.

Ett tack riktas till Norrköpings samordningsförbund som genom sin finansiering möjliggjort Zebraprojektet. Detta tack gäller även vår egen organisation Rehab Öst och alla medarbetare och särskilt de kollegor som varit med och utformat innehållet i den så kallade Zebromodellen. Tack även till Ing-Marie Hallgren och Agneta Andersson på FoU-enheten för intresse, tålamod och stöd vid arbetet med utvärdering och rapportskrivning.

Verksamheten har implementerats inom Rehab Öst och vår förhoppning är att den kommer att fortleva och utvecklas vidare.

Norrköping 2008-12-20

Eva Fahlgren och Eleonor Sandbladh



Sammanfattning

Stressproblematiken är ett samhällsproblem som lett till ökad sjukfrånvaro. Stress kan definieras som ett tillstånd av obalans mellan belastningar och resurser. Syftet med projektet var att arbeta fram en behandlingsmodell för patienter med stressrelaterade besvär. Modellen skulle leda till att förbättra den hälsorelaterade livskvaliteten och att minska sjukskrivningsgraden hos deltagarna. Behandlingsmodellen, kallad Zebra-modellen, utgjordes av en schemalagd gruppverksamhet omkring olika teman inom Rehab Öst Närsjukvården i östra länsdelen.

Remittering skedde från vårdcentralernas resursteam som i huvudsak består av läkare och paramedicinare. Varje patientgrupp bestod av 6-8 deltagare och leddes av en sjukgymnast och en arbetsterapeut. Gruppen träffades en gång i veckan under åtta veckor samt vid fyra uppföljningstillfällen under ett år. Behandlingens innehåll var träning av medicinsk qigong, samtal om olika teman och individuell målformulering kring förändring av den egna livsstilen. Registrering har gjorts av förändring i sjukskrivningsgrad (för stressrelaterade besvär) före och efter behandling och genom mätning av självskattad hälsa med SF-36.

Under perioden 2006-2007 har sju behandlingsgrupper genomförts med sammanlagt 46 deltagare. Efter åtta veckor sågs en minskad sjukskrivningsgrad hos tio av deltagarna och en viss förbättring inom samtliga områden mätt med SF-36. Ett visst bortfall har förekommit men av de trettio patienter som har följts upp efter ett år, har en minskning av sjukskrivningsgraden hos 16 patienter framkommit. Vid mätning med SF-36 sågs en markant förbättring inom områdena fysisk och emotionell rollfunktion, vitalitet, social funktion och psykiskt välbefinnande.

Gruppverksamheten har också gjort att människor med liknande upplevelser fått möjlighet att träffas för samtal som stärkt dem och givit inspiration till förändring av livsstilsfaktorer.

Innehåll

<i>Förord</i>	
<i>Sammanfattning</i>	
<i>Inledning</i>	1
<i>Bakgrund</i>	2
<i>Centrala begrepp</i>	2
<i>Model of human occupation</i>	2
<i>Livsomställningsprocessen</i>	2
<i>Stress</i>	3
<i>Hälsofrämjande aktiviteter</i>	4
<i>Syfte</i>	6
<i>Metod</i>	6
<i>Uppföljning och utvärdering</i>	7
<i>Resultat</i>	7
<i>Bortfall</i>	7
<i>Förändring i sjukskrivningsgrad</i>	8
<i>Hälsoenkät SF-36</i>	9
<i>Diskussion</i>	11
<i>Konklusion</i>	12
<i>Referenser</i>	13

Inledning

Psykisk och fysisk ohälsa på grund av stress och andra psykosociala faktorer har ökat i Sverige under senare år (1). Stress kan definieras som ett tillstånd av obalans mellan belastningar och resurser och orsakerna är komplexa.

Många olika former av rehabilitering för stressrelaterade besvär finns där ett exempel är att arbeta med medicinsk qigong. Metoden har visat sig vara bra när det gäller att minska stress och stimulera återgång till arbete (1, 2). En studie som har inspirerat föreliggande arbete är Perski, som har visat ett exempel på multiprofessionellt inriktad rehabilitering på Stressmottagningen vid Karolinska Institutet. Målet var att individen skulle få förbättrad hälsa, kunna återgå till arbete/studier samt genom ökad förståelse för bakomliggande faktorer få en bestående beteendeförändring (3). Behandlingsupplägget under de första 6 veckorna var stresshantering baserad på kognitiv samtalsterapi och sjukgymnastisk behandling med avslappningsövningar som även innefattade Tai chi och Qigong. Gruppbehandlingen fortsatte ca ½ år och så småningom utvidgades åtgärderna utifrån individuella behov. Vid utvärderingen efter 6 månader visade det sig att patienterna förbättrats mycket när det gällde att reducera symtomen. De hade även minskat sin sjukskrivningsgrad. Studien visade att det här var en resurseffektiv form av rehabilitering som tillsammans med en aktiv planering när det gäller arbetsåtergången hade gett bra resultat. (3)

Ledningen för Rehab Öst (sjukgymnaster och arbetsterapeuter) gjorde mot denna bakgrund en projektansökan till Norrköpings samordningsförbund som beviljades och medel avsattes för att starta en gruppverksamhet för patienter med stressrelaterade besvär. En arbetsgrupp tillsattes bestående av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och socionom och ett övergripande förslag på handlingsprogram togs fram. En behandlingsmetod med gruppverksamhet utvecklades och målet var att patienter med stressrelaterade besvär ska hitta verktyg och ändamålsenliga strategier för att kunna göra livsstilsförändringar. Den så kallade livsstilsgruppen ”Zebra” startade år 2005 och leddes av en arbetsterapeut och en sjukgymnast.

Gruppen blev kallad Zebra efter en bok med titeln ”Varför Zebror inte får magsår” skriven av stressforskaren Robert Sapolsky (4).

Bakgrund

Centrala begrepp

Följande avsnitt ger en teoretisk bakgrund till teman för gruppträffarna och behandlingsåtgärder som använts i Zebragruppen.

Model of human occupation

För att göra en struktur över gruppträffarna har en teoretisk modell, Modell of human occupation (MOHO), varit användbar för förståelse av vanors betydelse och vikten av balans mellan aktivitet. Det är en förklaringsmodell och ett sätt att se på den mänskliga aktiviteten. Modellen syftar till att förklara hur och varför vi väljer, organiserar och utför aktiviteter. Den beskriver hur vi blir motiverade att göra de saker vi gör i livet och varför våra vanor och rutiner ser ut som de gör samt vilka förmågor vi har i fysiska, kognitiva och sociala aktiviteter. Modellen är systemteoretisk vilket innebär att många olika faktorer påverkar varandra.(5)

Livsomställningsprocessen

Gullacksen (6) har studerat livsomställningsprocessen och beskriver denna i sin avhandling. Att i vuxen ålder drabbas av omvälvande händelser som medför att man inte klarar av sitt dagliga liv som förut, kan starta en grundläggande livsförändring. En person kan exempelvis drabbas av utmattningsdepression och genomgår då olika skeenden i bearbetningsprocessen. Första skedet innebär att mycket kraft läggs på att upprätthålla livet som man är van vid, all kraft satsas på att klara av vardagen och att vara som vanligt utåt. Det kan medföra stor ansträngning som gör att stressen ökar och krafterna sinar. Så småningom erkänner personen problemet och förstår att det inte är övergående utan långvarigt och något som kommer att påverka livet.

I det andra skedet kommer ofta en känsla av förlust och sorg över att livet måste förändras. Självförtroendet hotas och personen klarar ofta inte att hålla samma fart och ha samma kapacitet som tidigare. Nya livsvillkor gäller och efter hand riktas krafterna mot att förstå, förändra och bygga upp livet.

I det tredje skedet omprioriteras saker i livet, värderingar förändras och nya mål utformas. Livsomställningen går ut på att få en känsla av helhet i livet, att återfå förtroendet för sig själv och sin egen förmåga. Personen får sedan ägna sig åt att skapa nya vanor och att regelbundet göra aktiviteter som bygger upp och ger energi. Det är också nödvändigt att fortsätta prioriteringen av de saker som upplevs viktigast att göra.

När det gäller rehabiliteringen anser Gullacksen att behandlaren måste ta hänsyn till vilket skede patienten befinner sig i. Insatserna bör vara i fas med individens egen utveckling. Vid arbetsrehabiliteringen är situationen komplex och ofta fokuserad på arbetsförmåga och arbetsanpassning. Viktigt är att anpassa kraven efter prestationsförmågan, förändra yrkesroll och status på arbetsplatsen, samt skapa nya relationer till arbetskamrater. Det kan handla om att förändra bilden av sig själv både privat och på arbetet. Kunskaperna om den här omställningen kan göra att man som utomstående bättre förstår insatsernas innebörd för den som står i centrum. (6)

Stress

Gruppverksamheten har fått namnet Zebra efter en bok med titeln Varför zebror inte får magsår skriven av Sapolsky (4). Svaret är att djurens stressreaktioner alltid gäller överlevnad, att fly eller slåss, medan människor mentalt kan försätta kroppen i alarmberedskap genom sina tankar.

Det som händer i kroppen vid stress är att autonoma nervsystemet aktiveras, stresshormoner frisätts och signaler går till musklerna, vi känner behov av kamp eller flykt. När faran är över slappnar vi av och kroppens funktioner återgår till det normala. Det är en ändamålsenlig reaktion som behövs för vår överlevnad. Det är den långvariga eller ofta återkommande stressen som är skadlig. Det är även viktigt att vi får återhämtning när vi varit utsatta för stress. (7)

”Stress kan definieras som ett tillstånd orsakat av akut eller kronisk obalans mellan belastningar och resurser för att återställa balansen” (7, sid 14).

Perski nämner två olika symtom på stressreaktioner dels kamp/flykt beteende dels ”spela död” symtom. Vid det första finns en överaktivitet av det autonoma nervsystemet som kännetecknas av tidigt uppvaknande känslor som uppvarvning, olust och rädsla kombinerat med kognitiva svårigheter i form av sämre minne och koncentration samt kroppsliga problem som hjärtklappning och ont i magen. Vid ”spela död syndromet” finns ofta ett stort sömnbehov, upplevelser av brist på energi, trötthet, nedstämdhet, svårigheter att tänka och det är vanligt med kroppslig smärta. Ibland verkar det som att det första symtomet kamp/flykt övergår i det andra men ”spela död symtomen” kan också vara det första symtomet och bero på att man hamnat i en situation man inte tror sig kunna påverka. Många kroppsliga reaktioner och symtom på stress finns och alla organ i kroppen kan påverkas vid långvarig stress. Upplevelsen av stress är olika för olika människor och faktorer som påverkar är bland annat personlighet, tidigare erfarenheter och känsla av stöd från omgivningen.(7)

Hur vi hanterar stress har Antonovsky beskrivit i sin modell om känslan av sammanhang, KASAM. Han menar att tre komponenter är grundläggande för hur olika situationer i livet hanteras. Det är begriplighet, i vilken grad man upplever det som händer som förutsägbart, strukturerat och förklarligt. Den andra komponenten är hanterbarhet och då menas de resurser man upplever sig ha till sitt förfogande för att klara av det man ställs inför. Det viktigaste är slutligen känslan av meningsfullhet, dvs. känslan av motivation, att se en djupare mening med sitt liv och det man gör. (8)

Det är viktigt att kunna identifiera och sätta ord på det som upplevs som stressande och att kunna hitta strategier för att påverka sin självupplevda stress. En behandlingsmetod för att motverka stress och utmattning är kognitiv beteendeterapi (KBT) (9). Ett exempel är då stress uppkommer genom en negativ tolkning av andra människors beteende. Genom KBT får personen lära sig att ifrågasätta sina tankar och uppfattningar och kan därmed minska stressen.

Något som i modern stressforskning blir allt tydligare är vikten av återhämtning. Det är även viktigt att förbättra sin självkänsla och att förstå att värdet som människa inte är kopplat till prestation. Att vara arbetslös eller sjukskriven är en stor källa till stress. Det kan också innebära ekonomiska problem som späder på bördan. Den egna rollen kan

behöva förändras i förhållande till andra och vid ökad medvetenhet är det också lättare att förändra. När en människa har lyckats med en förändring för det ofta med sig flera. Personen kommer in i en god cirkel, går ifrån offerrollen till att bli aktör i sitt eget liv. Stress är inte en sjukdom, den kan vara ett resultat av sättet att leva, arbeta och tänka. För att stressen ska försvinna måste sättet att vara förändras.(7)

Hälsofrämjande aktiviteter

Hälsofrämjande aktiviteter har varit ett inslag i gruppverksamheten. Medicinsk qigong (10) har varit en återkommande aktivitet vid varje grupptillfälle och även annan fysisk aktivitet har diskuterats vid gruppträffarna. Likaså har aktiviteter som rör lust och skapande ingått.

Medicinsk qigong

Qigong kan beskrivas som en kombination av meditation, avspänning och fysiskt träning. Det är en ca 2500 år gammal metod som är en del av Traditionell Kinesisk Medicin. Qi betyder livskraft och gong metod. En form av medicinsk qigong heter Biyunmetoden. Jichu gong är det första steget i metoden och den är mycket spridd i Sverige. Den som har utformat metoden är Fan Xiulan, läkare i Kinesisk medicin. Qigong och mat som medicin är grundpelare i behandlingen. En viktig del av qigongträningen är balansering av känslorna. Fan Xiulan beskriver träningen så här: Dit koncentrationen och tanken riktas uppstår qi sedan följer kraften, cirkulationen och hälsoeffekterna. Att hämta kraften från naturen och de fem elementen är en viktig del av koncentrationen. Övningarna görs långsamt vilket ger en fördjupad långsam andning rent naturligt.(10)

Linder och Svärsudd genomförde en studie i Uppsala där patienter som sökte hjälp för stressrelaterade symtom randomiserades till två grupper. En grupp fick medicinsk qigong enligt Biyunmetoden och kontrollgruppen fick sedvanlig behandling d.v.s. remiss till sjukgymnast och läkemedel efter behov. Vid en utvärdering efter åtta veckor visades en tydlig förbättring i qigonggruppen jämfört med kontrollgruppen beträffande upplevd hälsa. Deltagarna som tränade qigong fick även förbättrad sömn, mer energi och tålamod. Sjukskrivningen minskade mer i qigonggruppen och deltagarna upplevde sig mer nöjda med sin arbetssituation. (11)

En studie av Skoglund år 1998 visade att qigongträningen var stressreducerande och att deltagarna fick minskade halter av stresshormon i urinen efter en tids träning(12).

Vid Örebro universitet publicerades 2006 en studie av 253 personer som regelbundet tränar enligt Biyunmetoden (13). Resultatet visade mycket goda hälsoeffekter. Bäst effekt fick de personer som hade hög grad av koncentration när de tränade. Andra faktorer som påverkade resultatet var hur lång tid man tränade vid varje tillfälle och hur många år man tränat qigong regelbundet.

I slutet på 1990-talet gjordes på Lilla Edets Vårdcentral, tillsammans med Försäkringskassan, en utvärdering av ett projekt där man använde sig av qigong som behandlingsmetod för att rehabilitera sjukskrivna (2). Resultatet blev en halvering av sjukskrivnings-talet. Personerna blev mera nöjda med sin fysiska funktionsförmåga, smärtan minskade i intensitet och deltagarna kunde bättre kontrollera sin smärta. Känslan av nervositet och nedstämdhet försvann till stor del av träningen.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet är all rörelse som ökar energiomsättningen och är grundläggande för att må bra både fysiskt och psykiskt samt en viktig del av stresshantering (14).

Hjärtat och blodcirkulationen stärks vid rörelse och träningen bygger upp muskler och skelett. Balansen och rörligheten förbättras samt förmågan att utföra olika fysiska aktiviteter. Risken för hjärt- och kärlsjukdom minskar. Träning kan motverka och sänka ett förhöjt blodtryck samt hindra utvecklandet av diabetes typ 2. Risken för vissa cancersjukdomar kan också minskas. (15)

Måttlig fysisk aktivitet är positiv för immunförsvaret medan stress har en negativ inverkan. Även sömnen kan förbättras med motion vilket är viktigt för att motverka stress och ge bättre återhämtning. Vid olika former av smärta har motion en bevisat god effekt. Träning och aktivitet är också viktiga för att motverka den rörelserädsla som ofta uppstår vid långvarig smärta. Rörelserädsla är en omedveten rädsla att göra aktiviteter som ger ökad smärta. Den leder ofta till passivitet samt utvecklande av ett stelt rörelsemönster. Det här beteendet kan på längre sikt ge ökad smärta och minskad aktivitet. (16)

Redan i början av 1900-talet gjordes studier som visade att motion har en lindrande effekt vid depression och det har sedan gjorts många studier som visat ett positivt resultat när det gäller att må bättre psykiskt av ökad fysisk aktivitet. I en studie om motion från USA som publicerades år 2000 jämfördes patienter med depression vilka fått olika behandling (17). En grupp fick behandling med läkemedlet Zoloft och en grupp promenerade eller sprang tre gånger i veckan à 30 minuter. Ytterligare en grupp fick både medicin och träning. Alla grupperna förbättrades. Vid en uppföljning efter sex månader hade träningspatienterna en lägre återfallsrisk för depression.

En studie av Björnebekk visar att träning stimulerar tillväxten av nya hjärnceller (18). Produktion och frisättning av nervtillväxtfaktorer och neuropeptider ökar. Dessa är viktiga för hjärnans plasticitet samt påverkar humöret, minnet och inlärningsförmågan. Stress leder till celledöd i hippocampus och hämmar tillväxten av nya celler vilket påverkar välbefinnandet. Samma studie visar genom försök med råttor att både antidepressiva läkemedel och löpning stimulerade tillväxt av hjärnceller. En ökning av neuropeptider tillkom, vilka har samband med depression. Det finns tecken på att träning även förebygger depression. Vidare är motion beroendeframkallande eftersom det aktiverar belöningssystemet och ger stimulans att röra sig. Studien visar också att brist på social samvaro har effekter på dopaminreceptorer i hjärnan. De råttor som hade en genetisk prägling för depression fick sänkta nivåer av dopamin när de var isolerade från andra vilket gav ett försämrat välbefinnande.

Lust och skapande

Människor mår bra och kommer i balans när de delar av hjärnan stimuleras som aktiveras av kreativa sysselsättningar. Om inte hela hjärnan får arbeta kan olika kroppsliga och själsliga besvär uppstå. Kreativitet är alltså hälsofrämjande. Skapande arbete kan vara helande och ge medvetenhet om tankar och känslor samt öka förmågan att känna glädje, energi och målmedvetenhet.

Theorell har i studier visat att patienter med kroniska smärttillstånd och psykosomatiska symtom i många fall får mindre ångest och bättre hälsa med hjälp av konstterapi (19).

Csikszentmihalyi har i en rad böcker beskrivit begreppet ”flow” (20). Upplevelsen av ”flow” är ett tillstånd när en person går helt upp i det hon/han gör och glömmar tid och rum samt ofta får en lyckokänsla. Den här känslan kan alla få genom att hitta en aktivitet som skapar djup motivation. ”Flow” uppkommer ofta när upplevelsen av en utmaning är lagom svår, det finns ett mål med aktiviteten och personen är helt koncentrerad. Det går ut på att koncentrera sig på det som är positivt och sluta oroa sig för det som är mindre bra.

Syfte

Syftet med projektet var att arbeta fram en behandlingsmodell för patienter med stressrelaterade besvär och pröva om denna skulle leda till minskad sjukskrivningsgrad hos deltagarna samt förbättra den hälsorelaterade livskvaliteten.

Metod

Syftet med projektet har varit att utforma en modell för gruppverksamhet där patienter ska hitta ändamålsenliga strategier för att minska sina stressrelaterade besvär. Målet var att minska sjukskrivningsgraden och förbättra den hälsorelaterade livskvaliteten. Innehållet har baserats på träning av medicinsk qigong samt undervisning och samtal kring teman om livsstil. De teman som ingått har varit stress (identifiera vad som ger stress och hitta strategier för att minska stressrelaterade besvär), människans aktivitet med betoning på vanor och roller samt balans mellan aktivitet och återhämtning samt hitta ändamålsenliga copingstrategier. Ytterligare teman har varit livsomställningsprocessen, fysisk aktivitet samt kreativitet, lust och skapande.

Patienterna remitterades från resursteamerna på vårdcentralerna i Norrköping. Resursteamerna bestod av personer med olika professioner som rehabiliteringssamordnare, läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och representanter från Försäkringskassan. På vissa vårdcentraler fanns även representanter från Arbetsförmedlingen, psykiatri och socialtjänsten. Teamens uppgift var bl.a. att granska sjukskrivningar som varat längre än 35 dagar. När livsstilsgruppen Zebra var aktuell som rehabiliteringsåtgärd tog teamerna kontakt via telefon eller remiss, därefter inbjöds den blivande deltagaren till ett introduktionssamtal. Det gjordes då en kartläggning av individens livssituation samt motivation och förväntningar. Information om behandlingsgruppen lämnades både muntligt och skriftligt. En man avböjde själv att delta efter att ha fått mer information om verksamheten vid introduktionssamtalet. En kvinna visade sig ha en problematik, där specialkompetens behövdes och denna kunde inte erbjudas inom projektet. Förutom dessa två deltog alla i någon grupp efter introduktionssamtalet.

Verksamheten har bedrivits i lokaler på Hageby Vårdcentral i Norrköping. Kursen pågick under åtta veckor med tre timmar långa träffar varje vecka, se bilaga 1. Efter avslutad kurs följde fyra uppföljningstillfällen. Under uppföljningstillfällena som var fördelade under ett år, följdes samma struktur som vid tidigare gruppträffar. Inga nya teman togs upp, det gjordes en fördjupning och repetition av tidigare föreläsningar. Fokus låg på reflektioner, samtal och individuella målformuleringar kopplade till aktuell livssituation. Antalet deltagare har varit mellan sex och nio patienter per grupp.

Uppföljning och utvärdering

Vid första behandlingstillfället och efter åtta veckor samt vid ettårsuppföljningen användes självskattningsinstrumentet SF-36 (21). I SF-36 mäts hälsorelaterad livskvalitet dvs. den effekt hälsan har på en individs fysiska, mentala och sociala förmåga. Instrumentet mäter även välmående - individernas egna upplevelser av hur de mår och vilka känslor de har.

Efter 8 veckor hölls även ett enskilt ”utskrivningssamtal” med varje deltagare. Detta samtal utgjorde underlag för remissvar till resursteamet. Sjukskrivningsgrad har uppgivits av de aktuella patienterna och fanns även registrerad i journal och hos Försäkringskassan.

Resultat

Från och med mars 2006 till och med december 2007 har sju behandlingsgrupper genomförts. Sammanlagda deltagarantalet var 46. Dessa patienter har genomgått kursen på åtta veckor. Uppgifter om deltagarna redovisas i tabell 1. För att skydda den personliga integriteten redovisas inte resultaten utifrån kön och ålder.

Tabell 1. Bakgrundsdata vid inklusion, n=46.

	Kvinnor	Män	Totalt
Ålder			
20-39	10	2	12
40-59	28	5	33
>60	1		1
Totalt	39	7	46
Sjukskrivningsgrad			
100 %	17	4	21
75 %	3	1	4
50 %	11	1	12
Ej sjukskriven	8	1	9
Sysselsättning*			
Skola, vård och omsorg	19	1	20
Data/administration	5	3	8
Serviceyrke	3		3
Egen företagare	2		2
Industriarbetare	3		3
Övrigt	2	2	4
Arbetslös	5	1	6

*) Indelning enligt journalanteckning vid inklusion.

Bortfall

Fem patienter, utöver de som redovisats ovan, en man och tre kvinnor (åldersgrupp 40-59 år) samt en kvinna (åldersgrupp 20 – 39 år) fullföljde inte kursen. Mannen övergick till individuell sjukgymnastbehandling. Två av kvinnorna remitterades vidare då Zebragruppen inte bedömdes som lämplig behandlingsform för dem. Den tredje kvinnan orkade inte fullfölja sitt deltagande p.g.a. familjeproblem och hade dessutom ett flertal andra vård- och omsorgskontakter. Den fjärde kvinnan avbröt deltagandet efter flera återbud till träffarna och har haft andra behandlingsalternativ.

Någon systematisk påverkan som kan härledas till köns- eller åldersvariabler i det redovisade bortfallet, kan inte påvisas. Sammansättningen avseende dessa variabler överensstämmer i hög grad med motsvarande relationer i hela gruppen. I samtliga grupper har dock förekommit sporadiska bortfall vid enskilda tillfällen, då samtliga deltagare inte varit närvarande varje gång.

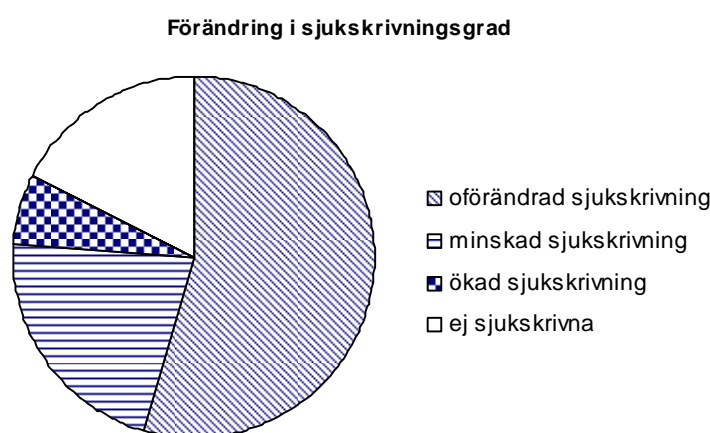
Förändring i sjukskrivningsgrad

Efter åtta veckor sågs en minskning av den sammanlagda sjukskrivningsgraden. Tio patienter hade minskat sin sjukskrivningsgrad eller blivit helt friskskrivna. Tre patienter hade ökat sin sjukskrivningsgrad och för övriga var den oförändrad. I tabell 2 redovisas sjukskrivningsgrad vid behandlingsstart och efter åtta veckor.

Tabell 2. Sjukskrivningsgrad vid behandlingsstart och efter åtta veckor, n=46.

Sjukskrivningsgrad behandlingsstart	Sjukskrivningsgrad efter 8 veckor			
	100 %	75 %	50 %	Ej sjukskrivna
100 %	15	2		4
75 %		1	2	1
50 %	1	1	9	1
Ej sjukskrivna	1			8

Bland gruppdeltagarna var några inte sjukskrivna alls. Dessa hade bedömts dock ligga i riskzonen för sjukskrivning efter kontakt med läkare eller kurator.



Figur 1. Förändring av sjukskrivningsgrad efter 8 veckor, n=46.

I figuren ovan visas förändringen av sjukskrivningsgraden efter 8 veckor. Två patienter hade ökat sin sjukskrivning under perioden, medan 10 patienter hade minskat den.

Tabell 3. Sjukskrivningsgrad vid behandlingsstart och efter 1 år, n=30.

Sjukskrivningsgrad vid behandlingsstart	Sjukskrivningsgrad vid ettårsuppföljning				
	100 %	75 %	50 %	25 %	Ej sjuk-skriven
100 %	5	1	3	1	2
75 %			2	1	
50 %	1	1	1	2	4
25 %					
Ej sjukskriven			1		5

Trettio patienter ingår i den ettårsuppföljning av sjukskrivningsgrad som redovisas i tabell 3 och figur 2 nedan. Övriga har ännu inte avslutat behandlingsperioden.

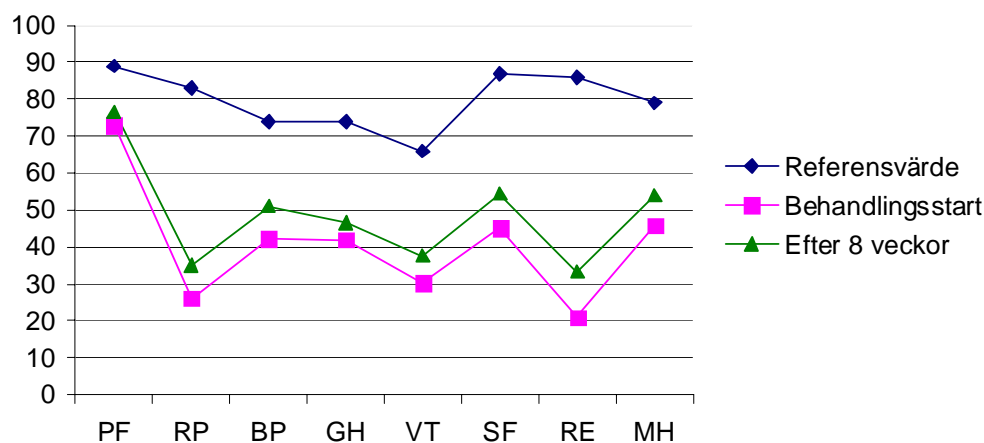


Figur 2. Förändring av sjukskrivningsgrad efter 1 år, n=30.

Efter ett år sågs ytterligare en minskning av sjukskrivningsgraden. Sexton patienter hade minskat sjukskrivningsgrad eller blivit helt friskskrivna. Tre hade högre sjukskrivningsgrad och övriga oförändrad.

Hälsoenkät SF-36

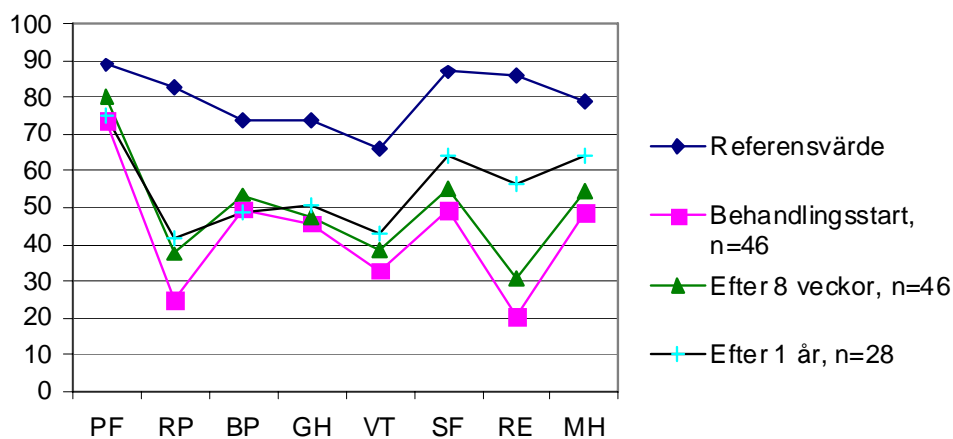
Mätningen med SF-36 för hela materialet, sammanlagt 46 patienter, redovisas i figur 3. Referensvärdet är hämtat från befolkningsenkäterna i Östergötland och Kalmar län (22). SF-36 innehåller åtta dimensioner fysisk funktion (PF), fysisk rollfunktion (RP), smärta (BP), allmän hälsa (GH), vitalitet (VT), social funktion (SF), emotionell rollfunktion (RE) och psykiskt välbefinnande (MH) (23).



Figur 3. Redovisning av SF36-mätning, samtliga deltagare vid behandlingsstart och efter 8 veckor, n=46, jämfört med referensvärden (22).

Jämförelsen med referensgruppen visar att undersökningsgruppen skattar sin hälsa avsevärt lägre. Efter åtta veckor har emellertid en förbättring skett inom samtliga områden hos undersökningsgruppen.

Vid tidpunkten för föreliggande resultatsammanställning hade 30 patienter nått ettårsuppföljningen. Av dessa hade 28 personer besvarat hälsoenkäten SF-36 vid samtliga tre mättillfällen.



Figur 4. Redovisning av SF-36 mätning vid ettårsuppföljning, n=28, jämfört med referensvärden (22).

Vid ettårsuppföljningen har resultatet av den självskattade hälsan förbättrats ytterligare framförallt inom områdena fysisk rollfunktion, vitalitet, social funktion, emotionell rollfunktion och psykiskt välbefinnande.

Diskussion

Syftet med projektet Zebromodellen var bland annat att minska sjukskrivningsgraden hos deltagarna i gruppen. Resultatet visar minskad sjukskrivning både på kort och lång sikt. I det längre perspektivet är minskningen av sjukskrivningsgraden markant, vilket stöder uppfattningen att en längre behandlingsperiod är nödvändig. Det känns angeläget att få en varaktig utveckling av den minskade sjukskrivningen. Arbetsåtergången bör ske successivt, vara välplanerad och i samråd med patienten. Här har resursteamens roll varit viktig. Vissa deltagare har inte minskat sin sjukskrivning men de har fått högre hälsorelaterad livskvalitet. Livsomställningsprocessen (6) som pågått under behandlingstiden har för några deltagare inneburit ett beslut att byta arbete medan andra behövt en kortare sjukskrivning för att få balans i sitt liv. Det är viktigt att rehabiliteringsprocessen sker ihop med patienten så att individen upplever kontroll över sin situation (8).

Resultatet av SF-36 för samtliga deltagare visar en förbättring efter 8 veckor. Vid ettårsuppföljningen finns en ännu tydligare förbättring inom följande områden: fysisk rollfunktion, vitalitet, social funktion, emotionell rollfunktion och psykiskt välbefinnande. Fortfarande är dock resultatet för gruppen som helhet betydligt sämre än referensgruppens men de individuella skillnaderna är stora (22). En intressant uppföljning av denna studie skulle kunna vara att koppla förbättringar i olika dimensioner i SF-36 till förändringar i sjukskrivningsgrad (ett av projektets huvudsyften). En del individer kan i inledningsskedet må sämre, då de blir medvetna om sin situation och de befinner sig i det första stadiet av livsomställningsprocessen (6). Resultatet stöder ytterligare vårt antagande att livsstilsförändringar tar tid och att en längre behandlingstid är viktig för att stödja den processen.

En viktig del av behandlingen är att deltagarna genom att börja i gruppen kommer igång med struktur och rutiner, får en träning att umgås med andra människor och känna gemenskap (7, 8). Gruppverksamheten innebär att deltagarna träffar människor med liknande upplevelser och symtom, vilket ger en bekräftelse på den egna upplevelsen samt ökar självkänslan. Det har annars visat sig genom studier att det är en vanlig reaktion att uppleva sig helt ensam i sin situation när man drabbas av ohälsa. En annan faktor som är viktig för att en grupp ska fungera bra är att deltagarna känner ett ansvar inför gruppen. Det mest basala är att delta i träffarna. Det är viktigt att vara solidarisk mot gruppen och bidra med att skapa en positiv atmosfär, att efter förmåga delta i samtal och problemlösningar samt att använda sig av innehållet i rehabiliteringen. De här aspekterna har också framkommit vid intervjuer av patienter med kronisk smärta som deltagit i gruppbehandling med liknande upplägg som i detta projekt (24).

Samtalen har inneburit att deltagarna ofta kunnat identifiera det som de känner är det största problemet t ex att det är svårt att säga nej. Många gör förändringar när det gäller detta och deltagarna blir överhuvudtaget tydligare med att uttrycka sina önskemål.

För att alla skulle få komma till tals vid gruppsamtalen användes olika tekniker exempelvis att deltagarna först talar två och två och sedan i en större grupp. Det är bra för dem som har svårt att samtala i grupp. Viktiga komponenter i samtalen är att människor möts, försöker förstå varandra, får möjlighet att identifiera sig med varandra, lära av andras erfarenheter, känna trygghet och acceptans, visa känslor och ha roligt. I rollen som gruppleddare ingår att skapa en trygg och uppmuntrande miljö, ge stöd och vara medvetet närvarande samt hjälpa till att guida deltagarna att hitta sina egna mål och lösningar (9).

Vi har upplevt att det är berikande att vara två olika professioner med olika kunskaper och bakgrund som gör att vi kompletterar varandra . Vid några tillfällen har vi fått handledning av psykolog med kognitiv inriktning, vilket gett oss fördjupade kunskaper. I några av våra grupper har vi haft ett mera sporadiskt deltagande. Erfarenheten har visat att den egna motivationen är ytterst viktig. En följd av detta är att vi vid ingångssamtalen noggrannare försöker bedöma patientens motivation för deltagande i gruppen. Gruppernas sammansättning har också stor betydelse.

Motion är ett bra sätt att på kort tid öka sitt fysiska och psykiska välbefinnande (13-15). Flera deltagare har enligt egen uppgift ökat sin fysiska aktivitet under behandlingstiden, medan en del behövt välja bort alltför ansträngande aktiviteter då stressen ökat av dem. Vår erfarenhet är att den fysiska aktiviteten ska vara så enkel att genomföra att den blir en del av de dagliga rutinerna.

I grupperna är kvinnor överrepresenterade. Många av dem har arbeten som innebär täta kontakter med andra människor (skola, vård och omsorg), vilket visat sig ge ökad risk att drabbas av utmattningssymtom. Psykologen Christina Maslach studerade i början av 70-talet fenomenet ”utbränning” och såg att det var en form av psykisk yrkesskada som kunde drabba människor i olika former av vårdrken (kvinnodominerade yrken) (25).

Konklusion

Konklusionen är att vid rehabilitering av patienter med stressrelaterade problem behövs fortlöpande utveckling av arbetssätt som utgår från en helhetssyn av individen. Det är viktigt att rehabiliteringen bygger på den styrka och resurser som individen har. Deltagarna i projektet har med stöd av oss och varandra visat att de fått ökad medvetenhet och större möjlighet att påverka sitt liv och välbefinnande.

Den arbetsmetod som utvecklats genom projektet, Zebromodellen, har blivit en del av verksamheten vid Rehab Öst och ingår numera i den ordinarie verksamheten.

En fördjupad utvärdering genom en kvalitativ studie, som kan ge kunskaper om vilka faktorer som har haft störst betydelse i rehabiliteringen, skulle vara värdefull och bidra till att ytterligare utveckla arbetsformen.

Referenser

Levi L. Stress och hälsa. Karolinska Institutets avdelning för stressforskning och institutet för psykosocial medicin Skandia 2000 www.lennartlevi.se/dokument/stress.

Berglund E. Westerlind M. Perman GB. Medicinsk qigong i Lilla Edet. Lilla Edet: Vårdcentralen Lilla Edet; 2000.

Perski A. Grossi G. Behandling av långtidssjukskrivna patienter med stressdiagnoser. Läkartidningen 2004, Nr 14, Volym 1013, s 1295-8.

Sapolsky R. Varför zebror inte får magsår? Svensk utgåva. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.

Kielhofner G. A Model of Human Occupation: Theory and Application. 3:e upplagan. Baltimore MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Gullacksen A-C. Gullacksen, Ann-Christine. När smärtan blir en del av livet: livsomställning vid kronisk sjukdom och funktionshinder. Lund: Lunds universitet; 1998. ISBN:91-628-2973-4.

Perski A. I och ur balans. Stockholm: Bonnier Fakta; 2006.

Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur; 1991.

D'Elia G. Kognitiv psykoterapi i primärvården. Stockholm: Natur och Kultur; 2005.

Fan Xiulan. Qigong enligt Biyun. Stockholm: Svenska förlaget; 2000.

Linder K. Svärdsudd K. Qigong har stressdämpande effekt. Läkartidningen 2006, Nr 24, Volym 10329, s 1942-5.

Skoglund L. Qigong - en stressreducerande metod vid dataarbete. Svensk Tidskrift för Medicinsk Akupunktur 1998; 10-5.

Jouper J. Hassmén P. Johansson M. Qigong exercise with concentration predicts increased health. The American Journal of Chinese Medicine 2006 Vol. 34, No 6, p 949-957.

Svantesson U. Cider Å. Jonsdottir I. Stener –Viktorin E. Willén C. Effekter av fysisk träning vid olika sjukdomstillstånd. Stockholm: SISU Idrottsböcker; 2007.

Statens Folkhälsoinstitut 2003:44. Yrkesföreningarna för fysisk aktivitet FYSS Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm; Statens Folkhälsoinstitut; 2003.

Boersma K. Linton SJ. Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem: a prospective study of the relationship between profiles of psychological variables in the fear-avoidance model and disability. Clinical Journal of Pain 2006 22(2):160-6.

Blumenthal J. Babyak M. Murali Doraiswamy P. Watkins Hoffman B. Barbour K et.al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic Medicine* 2000 62(5):633-8.

Björnebekk A. On antidepressant effects of running and SSRI: Focus on hippocampus and striatal dopamine pathways. Stockholm: Karolinska Institutet; 2007. ISBN 978-91-7357-246-0.

Theorell T. Konarski K. Burell A-M. Engström R. Lagercrantz R. Teszary M et.al. Konstpsykoterapi vid långvariga sjukdomstillstånd. Stockholm: Statens Institut för Psykosocial Miljömedicin (IPM), Sektionen för stressforskning, Karolinska Institutet. WHO:s Psykosocial center. Stressforskningsrapport nr 259; 1995.

Csikszentmihalyi M. *Finding Flow: The psychology of engagement with everyday life*. New York: Basic Books; 1998.

Sullivan M. Karlsson J. SF-36 Hälsoenkät Svensk manual och tolkningsguide. Sektionen för Vårdforskning, medicinska fakulteten Göteborgs Universitet och Sahlgrenska sjukhuset: Göteborg;1994.

Eriksson E. Nordlund A. Hälsa och hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D och SF 36 i Östergötlands och Kalmar län: Resultat från befolkningsenkäterna. Rapport 2002:1. Linköping: Folkhälsovetenskapligt Centrum; 2002.

SF-36 hittas via: <http://www.hrql.se/content/frageformular/pdf/demosf36.pdf>.

Mårtensson L. *Rehabilitation of persons with chronic pain*. Göteborg: Institute of Occupational therapy and Physiotherapy, Sahlgrenska academy at Göteborg University; 2005. ISBN 91-628-6645-1.

Maslach, Christina & Leiter, Michael P. *Sanningen om utbrändhet: hur jobbet förorsakar personlig stress och vad man kan göra åt det*. Stockholm: Natur och kultur; 1999.

Bilaga 1

Innehåll i gruppverksamheten de första åtta veckorna:

Första träffen

- Presentation och introduktion av kursens innehåll.
- Gruppregler upprättas tillsammans.
- Varför får Zebror inte magsår? Kort föreläsning om stressreaktioner.
- Fika och samtal i gruppen
- Introduktion till Qigong.
- Hemuppgift – kartläggning av vardagsaktiviteter med hjälp av ”dygnsklocka”, schema, dagbok.

Andra träffen

- Qigong
- Fika och samtal i gruppen
- Uppföljning av hemuppgiften
- Kort föreläsning om aktivitet – MOHO – vanor och roller, balans mellan aktivitet och återhämtning.
- Upprättande av personlig målformulering baserad på hemuppgiften.

Tredje träffen

- Qigong
- Fika och samtal i gruppen
- Kort föreläsning om stress dess fysiologiska reaktioner och mentala aspekter.
- Reflexion och gruppsamtal om stressens uttryck hos individen.
- Presentation om sambandet mellan tanke – känsla – handling.
- Uppföljning och eventuell revidering av den individuella målformuleringen.

Fjärde träffen

- Qigong
- Fika och samtal i gruppen
- Kort föreläsning om fysisk aktivitet och dess stressdämpande och antidepressiva effekt.
- Gruppuppgift – skriva ner förslag om olika former av fysisk aktivitet som är rätt avvägd och upplevs som stimulerande
- Uppföljning och eventuell revidering av den individuella målformuleringen.

Femte träffen

- Qigong
- Fika och samtal i gruppen
- Kort föreläsning om livsomställningsprocessen
- Samtal två och två och i helgrupp.
- Uppföljning och eventuell revidering av den individuella målformuleringen.

Sjätte träffen

- Qigong
- Fika och samtal i gruppen
- Övningar i kreativitet och skapande.
- Samtal om glädje och saker jag mår bra av samt lekens och skrattets betydelse.
- Uppföljning och eventuell revidering av den individuella målformuleringen.

Sjunde träffen

- Qigong
- Fika och samtal i gruppen
- Kort föreläsning om att hitta sin vision och dröm
- Uppföljning och eventuell revidering av den individuella målformuleringen.

Åttonde träffen

- Qigong
- Fika och samtal i gruppen
- Repetition och sammanfattning
- Uppföljning och eventuell revidering av den individuella målformuleringen.

Författare: Eleonor Sandbladh
Distriktsarbetsterapeut
Rehab Öst

Eva Fahlgren
Sjukgymnast
Rehab Öst

Handledare: Ing-Marie Hallgren, utredningssekreterare
Agneta Andersson, FoU-handledare
FoU-enheten för Närsjukvården i
Östergötland
e-post: ing-marie.hallgren@lio.se
agneta.g.andersson@lio.se

Forsknings- och utvecklingsenheten för Närsjukvården
i Östergötland

581 85 LINKÖPING
Tfn: 013-22 85 00
Fax: 013-22 85 01

Besöksadress:
St Larsgatan 9 D
www.lio.se/fou