

## Om ISM-häftet

ISM-häfte är en publikationsserie med olika typer av sammanställningar, översikter, konferensreferat. Institutet för stressmedicin ger också ut en vetenskaplig rapportserie under benämningen ISM-rapport. Kopior av häftet för personligt bruk finns att hämta på hemsidan: [www.vgregion.se/stressmedicin](http://www.vgregion.se/stressmedicin)

## Utgivna ISM-häftet:

- Nr 1: Instrument för att mäta den psykosociala arbetsmiljön.** En beskrivning av ett urval av de instrument som används inom företagshälsovård och forskning. Hultberg A, Ahlberg jr G. (2008)
- Nr 2: Upplevelser av behandling med sensomotorisk träning hos patienter med utmattningssyndrom** – En kvalitativ pilotstudie. Lindegård Andersson A, Schön-Ohlsson C, Johansson A. (2008)
- Nr 3: Utvärdering av Gröna Rehab.** Sahlin E, Ahlberg jr G. (2010)
- Nr 4: Vad händer med chefer inom Hälso- och sjukvården som blivit personligt fokuserade i media?** – Resultat från en förstudie. Wramsten Wilmar M, Dellve L, Jacobsson C, Ahlberg jr G. (2011)
- Nr 5: Utmattningssyndrom.** Glise K. (2013)
- Nr 6: Utvärdering av Gröna Rehabs verksamhetsdel rehabilitering för långtidssjukskrivna med stressrelaterad psykisk ohälsa.** Sahlin E. (2014)

Redaktör och ansvarig utgivare: Gunnar Ahlberg jr

© Författarna och Institutet för stressmedicin

Omslag: IBIZ

# Utvärdering av Gröna Rehabs verksamhetsdel rehabilitering för långtidssjukskrivna med stressrelaterad psykisk ohälsa

Eva Sahlin i samarbete med Institutet för stressmedicin



## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Innehållsförteckning.....	3
BAKGRUND .....	4
UTVÄRDERINGENS SYFTE .....	5
METOD .....	6
Deltagare .....	6
Mätning med självskattningsinstrument.....	7
Återgång i sysselsättning .....	11
Tid i rehabilitering .....	11
Uppföljning genom telefonintervju.....	11
ANALYS .....	12
Bearbetning och analys av data .....	12
RESULTAT.....	13
Självskattad hälsa .....	13
PGWB.....	13
SMBQ.....	14
BDI-II .....	14
BAI .....	15
Återgång i sysselsättning.....	16
Tid i rehabilitering .....	18
Uppföljning per telefon .....	18
Rehabiliteringens kostnader .....	21
SLUTSATSER.....	22

## BAKGRUND

Den här utvärderingen av Gröna Rehab (GR) är en komplettering av den utvärdering som presenterades 2010. Den var i huvudsak deskriptiv till sin karaktär och innehöll kvalitativa analyser av processen och framväxten av GR:s modell av s.k. grön rehabilitering och av olika aktörers upplevelse och erfarenheter av denna. Det fanns dock brister i det insamlade kvantitativa materialet, d.v.s. i de självskattningsformulär som skulle ingå för uppföljning av deltagarnas hälsa och välbefinnande som bestod i att formulär var ofullständigt besvarade eller hade över huvud taget inte besvarats. Därför beslutades i samråd med Västra Götalandsregionens Arbetsmiljödelegation att en komplettering skulle ske när tillräckligt med datamaterial från självskattningsformulären hade insamlats.

Gröna Rehab består av fyra verksamhetsdelar:

- rehabilitering för personer med långtidssjukskrivning p.g.a. stressrelaterad psykisk ohälsa
- stresshanteringskurs för medarbetare inom Västra Götalandsregionen (VGR)
- utbildning om stress riktad till chefer inom VGR
- en informations- och kunskapsspridande del med föreläsningar och presentation av Gröna Rehab.

Totalt 266 personer har deltagit i Gröna Rehabs olika verksamheter fram till september 2012. Denna utvärdering berör enbart den rehabiliterande verksamheten.

## UTVÄRDERINGENS SYFTE

Syftet med denna komplettering är att beskriva hälsoutvecklingen för deltagare som avslutat Gröna Rehabs verksamhetsgren rehabilitering för långtidssjukskrivna med stressrelaterad psykisk ohälsa.

De specifika frågeställningar som utvärderingen syftar till att ge svar på är:

- Har deltagarnas hälsa förändrats vid avslutad rehabilitering i GR respektive 6 månader därefter jämfört med då rehabiliteringen startade med avseende på utmattning, välbefinnande, depression och ångest?
- Har deltagarna efter GR gått till någon sysselsättning såsom arbete, arbetsträning, praktik, arbetsinriktade studier?
- Har aktivitetsgrad och sjukskrivningsgrad förändrats efter 6 respektive 12 månader jämfört med vid avslutad rehabilitering?

## METOD

### Deltagare

Deltagare i GR var långtidssjukskrivna personer med anställning i Västra Götalandsregionen (VGR) och som hade utretts medicinskt vid Hälsan & arbetslivet (H&A), Institutet för stressmedicin (ISM) eller i Primärvården. Deltagarna hade varit heltidssjukskrivna mellan 3 månader och 12 år för utmattningssyndrom eller annan stressrelaterad psykisk ohälsa. Deltagarna hade även andra diagnoser eller symtom så som depression, ångest, muskuloskeletal smärttillstånd, migrän, posttraumatiskt stressyndrom, neurologisk skada, epilepsi, tinnitus, allergi m.m.

I september 2012 hade 56 deltagare lämnat data genom ifyllda självskattningsinstrument för bedömning av utbrändhet, välbefinnande, depression och ångest samt följts upp genom intervju vid avslutning i GR och genom telefonintervju vid 6 och 12 månaders-uppföljningar. Som tidigare nämnts var flera frågeformulär ofullständigt ifyllda eller något saknades helt vid ett eller flera mättillfällen och kunde därför inte ingå i de statistiska analyserna. För 21 deltagare (38 %) fanns komplett ifyllda självskattningsformulär vid de tre mättillfällen (inför start i GR, vid avslutning och 6 månader efter avslutning i GR) som ingår i denna utvärdering.

Tabell 1. Bakgrundsbeskrivning av deltagarna, n=21 där inget annat anges.

Bakgrundsfaktorer	Antal
<i>Kön</i> kvinnor män	20 1
<i>Ålder</i> Medelvärde Minimum - maximum	46 28 - 63
<i>Civilstånd</i> Gift/sambo singel	17 4
<i>Hemmavarande barn</i> Ja nej	11 10
<i>Utbildning n=20</i> Gymnasium Eftergymnasial Universitet/högskola	8 2 10
<i>Födelseland n=20</i> Sverige Utanför Sverige	18 2

## Mätning med självskattningsinstrument

Det finns i dag inga biologiska mätningar som kan ge exakt svar på en individs grad av stresspåverkan. Därför har etablerade självskattningsskalor använts där individen besvarar frågor om t.ex. upplevelse av sin fysiska och psykiska hälsa samt livskvalitet. För att se förändring över tid besvaras frågeformulären innan interventionen startar och vid avslutning. Uppföljningar har gjorts för att undersöka om eventuella effekter är bestående.

Denna utvärdering bygger på fyra olika självskattningsformulär som har fyllts i vid start och avslutning samt 6 månader efter avslutning i GR.

1. **Psychological General Well Being (PGWB):** Livskvalitetsinstrument som används för att mäta graden av subjektivt välbefinnande. Det har tidigare bl.a. använts för att undersöka skillnader i livskvalitet mellan patienter med olika besvär, mellan patienter som erhållit olika terapier och vid utvärdering av olika behandlingar och har visat sig vara känsligt för kliniskt relevanta förändringar. PGWB har alltså använts för att jämföra grupper eller för att mäta effekter av en intervention/behandling på den subjektiva upplevelsen

av välbefinnande. Formuläret har god reliabilitet och validitet vid jämförelse med andra etablerade metoder som mäter psykiskt välbefinnande.

Frågeformuläret innehåller 22 frågor eller påståenden uppdelade på 6 delskalor som omfattar: ångest, nedstämdhet, välbefinnande, självkontroll, hälsa och vitalitet (tabell 2). Till varje fråga finns sex svarsalternativ där värdet ett är mest negativt, och värdet sex mest positivt, poängen kan variera mellan 22 – 132, ju högre poäng desto högre upplevt välbefinnande.

Tabell 2. PGWB delskalor och exempel på frågor och deras svarsalternativ.

Delskala	Exempel på frågor/påståenden i delskalan	Svarsalternativ
<b>Ångest</b> 5 frågor	Har Du känt Dig <b>OROLIG</b> , <b>UPPRÖRD</b> eller <b>ÅNGESTFYLLD</b> den senaste veckan?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extremt mycket - till den grad att jag känt mig sjuk av oro</li> <li>• Väldigt mycket</li> <li>• En hel del</li> <li>• En del – tillräckligt för att bekymra mig</li> <li>• Lite grand</li> <li>• Inte alls</li> <li>•</li> </ul>
<b>Nedstämdhet</b> 3 frågor	Jag har känt mig <b>LEDSEN</b> och <b>MISSMODIG</b> den senaste veckan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inte alls</li> <li>• Någon gång</li> <li>• Ibland</li> <li>• Ganska ofta</li> <li>• För det mesta</li> <li>• Hela tiden</li> </ul>
<b>Välbefinnande</b> 4 frågor	Har Du känt Dig <b>LYCKLIG</b> , <b>TILLFREDSSTÄLLD</b> och <b>NÖJD MED LIVET</b> den senaste veckan?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utomordentligt lycklig – jag skulle inte kunna vara mer nöjd och tillfreds.</li> <li>• För det mesta mycket lycklig.</li> <li>• I allmänhet lycklig och tillfredsställd.</li> <li>• Ibland lycklig – ibland olycklig.</li> <li>• I allmänhet olycklig och otillfredsställd.</li> <li>• Alltid eller för det mesta mycket otillfredsställd och olycklig.</li> </ul>
<b>Självkontroll</b> 3 frågor	Jag har känt mig i <b>BALANS</b> och <b>SÄKER PÅ MIG SJÄLV</b> den senaste veckan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inte alls</li> <li>• Någon gång</li> <li>• Ibland</li> <li>• Ganska ofta</li> <li>• För det mesta</li> <li>• Hela tiden</li> </ul>
<b>Hälsa</b> 3 frågor	Har Du känt Dig så <b>FRISK</b> att Du kunnat <b>GÖRA SÅDANT SOM DU VILL</b> eller <b>MÅSTE GÖRA</b> den senaste veckan?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja, definitivt</li> <li>• Ja, för det mesta</li> <li>• Min hälsa har begränsat mig avsevärt</li> <li>• Jag har bara orkat ta hand om mig själv</li> <li>• Jag har behövt en del hjälp för att klara mig</li> <li>• Jag har behövt hjälp med i stort sett allting</li> </ul>
<b>Vitalitet</b> 4 frågor	Jag har känt mig <b>FRÄSCH</b> och <b>UTVILAD</b> när jag vaknat den senaste veckan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inte alls</li> <li>• Någon gång</li> <li>• Ibland</li> <li>• Ganska ofta</li> <li>• För det mesta</li> <li>• Hela tiden</li> </ul>



2. **Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ)** omfattar fyra delskalor varav två ingår i Shiroms definition av utbrändhet: emotionell och fysisk utmattning samt kognitiv trötthet. De övriga två delskalorna är spändhet och energibrist (tabell 3). Sammanlagt omfattar frågeformuläret 22 frågor, alla med en sjugradig svarsskala (1=nästan aldrig; 7=nästan alltid). Även om upphovsmännen har använt två av delskalorna för att mäta graden av "burnout" så har svenska forskare föreslagit att alla delskalorna kan användas som ett övergripande mått på utbrändhet/stressrelaterad utmattning. SMBQ i svensk version har använts för att utvärdera behandlingseffekter.

Tabell 3. SMBQ delskalor och exempel på frågor.

Delskala	Exempel på frågor/påståenden i delskalan
Emotionell och fysisk utmattning 8 frågor	Jag känner mig fysiskt utmattad. Mina "batterier" är "uttömda".
Kognitiv trötthet 6 frågor	Det är svårt för mig att tänka på komplicerade saker. Jag känner mig splittrad i tanken.
Energibrist 4 frågor	Jag känner mig full av energi. Jag känner mig dåsig.
Spändhet 4 frågor	Jag känner mig avspänd. Jag känner en stark inre spänning.

3. **Beck Depression Inventory (BDI-II)** är ett etablerat instrument för att mäta grad av depression, samt förändringar i depressionstillstånd. Självskattningsformuläret består av 21 grupper av symtom och attityder som omfattar nedstämdhet, pessimism, förlust av glädje, skuld känslor, känslan av att bli bestraffad, självförakt, självkritik, självmordstankar, rastlöshet, förlust av intresse, obeslutsamhet, värdelöshet, förlust av energi, förändringar i aptit och sömn, sexuellt intresse, irritabilitet, koncentrationssvårigheter samt trötthet eller utmattning (tabell 4). Dessa skattas av personen på en fyrgradig skala från 0-3 där 0 är det mest positiva. Poängen tolkas i relation till framtagna cut-off-värden där poäng mellan 0-13=minimal depression, 14-19= lindrig, 20-28= måttlig och 29-63=svår. BDI har använts i ett stort antal interventionsstudier, bl.a. vid fysisk träning som behandling för depression.

Tabell 4. BDI-II - ett urval av påstående och svarsalternativ.

BDI-II. Exempel på frågor/påståenden	Svarsalternativ
<i>Nedstämdhet</i>	0 Jag känner mig varken ledsen eller nedstämd. 1 Jag känner mig ofta ledsen och nedstämd. 2 Jag känner mig ledsen och nedstämd hela tiden. 3 Jag är så ledsen och olycklig att jag inte står ut.
<i>Självförakt</i>	0 Mitt självförtroende är som tidigare. 1 Jag har fått sämre självförtroende. 2 Jag är besviken på mig själv. 3 Jag tycker illa om mig själv.
<i>Obeslutsamhet</i>	0 Jag har lika lätt att fatta beslut som tidigare. 1 Jag tycker att det är svårare att fatta beslut än vanligt. 2 Jag har mycket svårare att fatta beslut än jag brukar. 3 Jag har svårt att fatta några beslut över huvud taget.
<i>Trötthet och utmattning</i>	0 Jag är inte mer trött eller utmattad nu än tidigare. 1 Jag blir mer trött eller lättare utmattad nu än tidigare. 2 Jag är för trött eller utmattad för att göra en del av det som jag brukar. 3 Jag är för trött eller utmattad för att göra det mesta som jag brukar.

4. **Becks Anxiety Inventory (BAI)** är ett etablerat självskattningsinstrument för bedömning av grad av ångest samt förändringar i ångesttillstånd. På en fyrgradig skala (0=inte alls *till* 3=mycket) skattar individen hur mycket han/hon har upplevt ångestsymtom under den sista veckan. Instrumentet innehåller 21 symtom såsom domningar och stickningar, värmevallningar, kvävningsskänsla, darrningar, skräckkänslor, rädsla att förlora kontrollen, yrsel och matthetskänsla, dödsångest m.m. Poängen tolkas i relation till framtagna cut-off-värden där poängsumman 0-7=minimal ångest, 8-15=lindrig, 16-25=måttlig och 26-63=svår.

Mätningar gjordes initialt av H&A respektive ISM i samband med den medicinska utredningen som föregick start i GR och högst 1 månad före start, därefter vid avslutning i GR samt 6 månader efter avslutad rehabilitering. Deltagare som blivit medicinskt utredda i primärvården besvarade självskattningsinstrumenten för start under första veckan i GR. Ansvar för mätningens genomförande vid avslutning låg hos GR. För mätningar och telefonuppföljningar efter avslutad rehabilitering ansvarade utvärderaren.

## Återgång i sysselsättning

Deltagarens sysselsättning (t.ex. återgång i arbete, arbetsträning, praktik, studier) vid avslutning i GR registrerades av rehabiliteringsteamet och följdes upp genom telefonintervjuer 6 och 12 månader efter avslutad rehabilitering. Den strukturerade telefonintervjun innehöll bl.a. frågor om *aktuell sysselsättning, om deltagaren arbetade inom sitt yrke, på sin gamla arbetsplats och med samma arbetsuppgifter som innan sjukskrivningen*. Svaren fördes in under samtalet i ett intervjuprotokoll med förtryckta svarsalternativ och med plats för kommentarer.

## Tid i rehabilitering

Gröna Rehabs program var upplagt i två perioder om 16 respektive 12 veckor. Det gav en möjlig total rehabiliteringstid för en deltagare om 28 veckor. Den första perioden om 16 veckor fokuserades på att ge deltagaren fasta rutiner, att lära sig att på nytt ingå i ett socialt sammanhang och gemenskap efter lång tid utanför arbetsgemenskap men fokus låg också på att öka sin fysiska förmåga. Under den andra perioden fokuserades på en återgång till arbete eller studier och gav en mjukstart in i arbetslivet där deltagande i GR minskades i tid medan tid i arbetsträning/arbete/studier successivt ökades.

## Uppföljning genom telefonintervju

Uppföljande telefonintervjuer genomfördes 6 och 12 månader efter avslutad rehabilitering. Intervjun följde ett strukturerat protokoll med frågor om sysselsättning enligt ovan samt frågor om aktuellt mående, trivsel, vad som hade varit viktigast för ev. hälsoförbättring samt vilken betydelse deltagaren upplevde att GR hade haft för hur man mådde/upplevde sin aktuella situation.

## ANALYS

### Bearbetning och analys av data

Deltagarnas svar i självskattningsformulären matades in i en datafil där varje fråga utgjorde en variabel. För att jämföra och se eventuella skillnader i deltagarnas upplevda hälsa och välbefinnande innan start i GR, vid avslutning i GR och 6 månader efter avslutad rehabilitering har det inmatade datamaterialet analyserats statistiskt i SPSS 20.0 med Wilcoxon Sign Rank Test som är en icke parametrisk analysmetod som ofta används när man har data från en mindre population som man kan anta inte är normalfördelad.

För att jämföra och undersöka utvecklingen av deltagarnas sysselsättning har relevanta frågor ur telefonintervjuprotokoll för 6- och 12-månadersuppföljningarna matats in i datafilen. Svaren har bearbetats och sammanställts deskriptivt. Dessa data redovisas under rubriken ”Uppföljning på telefon” nedan.

## RESULTAT

### Självskattad hälsa

#### PGWB

Analysen visade att medelpoängen för gruppen förbättrades successivt men endast med ett fåtal poäng (tabell 5). Samtliga delskalor summerades till en totalpoäng som visade att det hade skett en signifikant förbättring av deltagarnas välbefinnande vid jämförelser mellan resultat vid start och 6 månader efter avslutning. Skillnaden mellan start och avslutning i GR var dock inte statistiskt signifikant.

Tabell 5. Medelvärde för deltagarnas totalpoäng på PGWB vid start, avslut och 6 månader efter avslutning i GR. N=21

Mättillfälle	Medelpoäng för gruppen	Spridning
Start i GR	72	43-107
Avslutning i GR	80	43-114
6 månader efter avslutning i GR	84	50-122

Tabell 6. PGWB: Förändringar mellan mätningarna. N=21

Jämförelse mellan mättillfällen	Förändring
Start i GR - avslutning	14 förbättrade
Start i GR- 6 månaders uppföljning	13 förbättrade

Vid analys av de olika delskalorna i PGWB visade den statistiska analysen att av de fem delskalorna som ingår i instrumentet så visade *välbefinnande*, *självkontroll* och *vitalitet* på signifikant förändring till det bättre. Detta gällde vid jämförelser mellan start och avslutning samt start och 6 månader. Delskalan *ångest* tangerade signifikant förändring (förbättrade poäng).

Även om analyserna visade på förbättrade medelpoäng för gruppen så var det fortfarande vid 6-månadersuppföljningen ett lågt värde jämfört med det referensvärde på 101 poäng för kvinnor och 104 för män som registrerats för en normalpopulation.

## SMBQ

Analysen av SMBQ visade att det hade skett en signifikant förbättring av medelvärdet för gruppen vid avslutning jämfört med vid start i GR (Tabell 7). Antalet deltagare vars resultat låg på/över cut-off gränsen 4,4 (kan tolkas som en indikation på att det föreligger ett utmattningstillstånd) minskade framför allt mellan start och avslutning.

Tabell 7. Medelvärden för SMBQ vid start, avslut och vid 6 månaders uppföljning samt antal över respektive under cut-off för möjlig utmattning. N=21

Måttillfälle	Medelpoäng för gruppen	Spridning	<4,4	≥4,4
Start i GR	5,3	3,4 – 6,6	4	17
Avslutning i GR	4,5	1,7 – 6,6	9	12
6 månader efter avslutning i GR	4,2	1,1 – 5,7	10	11

## BDI-II

Analysen av BDI-II visade att det hade skett signifikanta förändringar mellan start och avslutning ( $p=0,003$ ) samt mellan start och 6-månadersuppföljning ( $p=0,002$ ). Förändringen var positiv på gruppnivå, 10 deltagare hade förbättrats medan 1 hade försämrats i självskattad depression vid jämförelse mellan start och avslutning. Vid 6-månadersuppföljningen hade 15 förbättrats och 2 försämrats.

Tabell 8. BDI-II: Medelpoäng och spridning vid mättillfällena (start – avslut – 6 månader) N=21

Mättillfälle	Medelpoäng för gruppen	Spridning
Start i GR	24,2	9 - 40
Avslutning i GR	18,1	4 - 35
6 månader efter avslutning i GR	15,8	1 - 27

Men även om mycket små förändringar (+/-1 poäng) kan indikera en förbättring eller försämring statistiskt sett betyder inte detta att det skett en förändring i grad av depression. Det som är av störst intresse är att se om det hade skett förändringar i betydande grad, t.ex. från *minimal* till *lindrig* eller från *måttlig* till *svår* depression. I tabell 9 nedan åskådliggörs hur förändringar hade skett mellan mättillfällena start och avslutning samt mellan start och 6-månadersuppföljningen. Det framgår klart att majoriteten av deltagarna förbättrats vid 6-månadersuppföljningen med avseende på grad av depression.

Tabell 9. Förändring i grad av depression (*minimal, lindrig, måttlig, svår*) enligt BDI-II.

Mättillfällena som jämförs	Förändring i depressionsgrad= Antal
Start i GR – avslutning	
Förbättring	10
Försämring	1
Oförändrat	10
Start i GR – 6 månadersuppföljning	
Förbättring	15
Försämring	2
Oförändrat	4

## BAI

Även resultaten gällande medelpoäng för BAI visade signifikant förbättring vid jämförelse mellan start och avslutning ( $p=0,042$ ) för deltagarnas självrapporterade grad av ångest. Vid 6-månadersuppföljningen sågs ingen ytterligare förbättring.

Tabell 10. Medelpoäng och spridning av resultat för BAI.

Måttillfälle	Medelpoäng för gruppen	Spridning
Start i GR	20,0	2 - 40
Avslutning i GR	15,4	0 - 37
6 månader efter avslutning i GR	15,3	0 - 42

Förändring i grad av ångest (minimal, lindrig, måttlig, svår) redovisas i tabell 11 på samma sätt som för depression ovan. För hälften av deltagarna hade graden av ångest minskat vid 6-månadersuppföljningen.

Tabell 11. Jämförelse av förändring i grad av ångest (minimal, lindrig, måttlig, svår) enligt BAI.

Måttillfällen som jämförs	Förändring i grad av ångest Antal
<i>Start i GR – Avslutning</i>	
Förbättring	9
Försämring	4
Oförändrat	8
<i>Start i GR – 6-månadersuppföljning</i>	
Förbättring	10
Försämring	2
Oförändrat	9

## Återgång i sysselsättning

De femtiosex deltagare som hade avslutat rehabilitering i GR under uppföljningstiden (d.v.s. 2007 t.o.m. september 2012) hade i genomsnitt varit sjukskrivna 26 månader (spridning 3 månader -12 år) innan de började i GR. Fyrtioen deltagare hade hunnit till 6-månadersuppföljningen vid tidpunkten för denna utvärdering och för dessa föreligger uppgifter om sysselsättning, d.v.s. eventuell återgång i arbete, arbetsträning, studier/praktik eller annat (tabell 12). Vid avslutning i GR hade drygt 90 % (37 deltagare) påbörjat arbetsträning (n=25), arbete (n=9), studier/praktik/Navet (n=2) eller deltog i Arbetsförmedlingens aktiviteter (n=1). Vid 6-månadersuppföljningen var fortfarande samma höga andel i någon form av ovan beskrivna aktiviteter.



Tabell 12. Deltagarnas sysselsättning vid avslutning i GR samt vid 6-månadersuppföljningen.

Måttillfälle	Ingen aktivitet	Arbets- träning	Lönearbete	Studier/ praktik	Annat
Avslutning i GR	3 (7 %)	25 (61 %)	9 (22 %)	1 (2 %)	AF* 1 Navet** 1 Söker avtalspension 1
6 månader efter avslutning i GR	3 (7 %)	10 (24 %)	23 (56 %)	2 (5 %)	AF* 2 Navet** 1

\* Insats genom Arbetsförmedlingen

\*\*Navet är ett samarbete mellan VGR och regionens sex folkhögskolor vars syfte är att stödja långtidssjukskrivna genom meningsfulla aktiviteter samt erbjudande om deltagande i folkhögskolornas kurser.

Vid 12-månadersuppföljningen kan endast 36 deltagare beskrivas då 5 deltagare ännu inte hade kommit till 12-månadersuppföljningen. Tjugosju deltagare (81 %) deltog i någon aktivitet/arbete och fem (14 %) deltog inte i någon aktivitet (tabell 13).

Tabell 13. Deltagarnas sysselsättning vid 12-månadersuppföljningen.

Måttillfälle	Ingen aktivitet	Arbets- träning	Lönearbete	Studier/ praktik	Annat
12 månader efter avslutning i GR N=36	5 (14%)	3 (8%)	20 (56%)	2 (5%)	AF* 3 (8%) Arbetsökande 1 (3%) Navet** 1 (3%) Särskild avtalspension 1 (3%)

\* Insats genom Arbetsförmedlingen

\*\*Navet är ett samarbete mellan VGR och regionens sex folkhögskolor vars syfte är att stödja långtidssjukskrivna genom meningsfulla aktiviteter samt erbjudande om deltagande i folkhögskolornas kurser.

Majoriteten av deltagarna hade ökat sin aktivitetsgrad vid uppföljningarna, dels genom att man hade gått från arbetsträning till lönearbete men också att flera deltagare hade ökat sin aktivitetsgrad inom den påbörjade arbetsträningen eller lönearbetet. En deltagare hade i samråd med sin arbetsgivare avslutat sin anställning för att påbörja en annan yrkeskarriär och var arbetsökande under tiden. I gruppen "ingen aktivitet" ökade antalet individer vid 12-månadersuppföljningen vilket berodde på ett återfall i sjukdom med ny sjukskrivningsperiod och en deltagare utreddes för sjukpension. En deltagare avslutade den arbetsträning som hade påbörjats vid avslutning i GR och vid 6-månadersuppföljningen var deltagaren utan aktivitet för att vid 12-månadersuppföljningen

vara på väg in i en ny arbetsträning. För två deltagare som vid avslutning i GR var i gruppen *ingen aktivitet* skedde ingen förändring/förflyttning till annan aktivitetsgrupp. Båda dessa rapporterade vid 12-månadersuppföljningen att de hade fått nya diagnoser: fibromyalgi respektive kroniskt trötthetssyndrom. För 13 deltagare har ytterligare en uppföljning gjorts ca 18 månader efter avslutning i GR. Deltagarna hade fortsatt samma aktivitetsgrad som vid 12-månadersuppföljningen eller hade ökat sin grad av lönearbete. En deltagare som hade fått återfall och åter blivit sjukskriven hade återgått i 50 % lönearbete (samma som innan den nya sjukskrivningsperioden), en deltagare hade utbildat sig inom ett nytt yrkesområde medan de två deltagare som fått nya diagnoser enligt ovan fortfarande hade 100 % sjukpenning/sjukersättning.

### **Tid i rehabilitering**

Deltagarnas tid i rehabilitering varierade från 12 – 58 veckor. De längsta rehabiliteringstiderna återfanns under de första åren av verksamheten för att från och med vårterminen 2010 hållas i stort sett vid de 28 veckor som maximalt skulle erbjudas enligt den ursprungligen beslutade modellen. I den första utvärderingen av GR (2010) var den genomsnittliga tiden för en rehabilitering 32 veckor. Vid beräkning av tiden i detta supplement var den genomsnittliga rehabiliteringstiden ungefär 27 veckor (spridning 26-29 veckor). Detta påverkar även den genomsnittliga kostnaden för en rehabilitering (v.g. se avsnittet *Rehabiliteringens kostnader* nedan).

### **Uppföljning per telefon**

Telefonintervjun innehöll bl.a. frågor om aktuellt hälsotillstånd, vad som hade varit viktigast för ev. hälsoförbättring samt vilken betydelse deltagaren upplevde att GR hade haft för hur man mådde/upplevde sin aktuella situation. Ungefär 70 % (25 deltagare) upplevde att de mådde bättre eller mycket bättre vid 6-månadersuppföljningen jämfört med vid avslutningen i GR, 22 % upplevde ingen förändring och 8 % upplevde en försämring (tabell 14). De som angav en försämring förklarade svaret med att det på det privata planet hade varit en orolig tid med t.ex. sorg efter nära anhörigs bortgång. Vid 12-månadersuppföljningen uppgav 53 % att de mådde bättre eller mycket bättre jämfört med 6 månader tidigare, 36 % upplevde ingen förändring från 6-månadersuppföljningen och 11 % uppgav att de mådde sämre eller mycket sämre.

Tabell 14. Deltagarnas upplevelse av förändrat hälsotillstånd vid 6- respektive 12-månadersuppföljningarna per telefon.

Aktuellt hälsotillstånd N=36	6 mån*	12 mån*
<i>mycket bättre</i>	<b>7</b>	<b>4</b>
<i>bättre</i>	<b>18</b>	<b>15</b>
<i>ingen förändring</i>	<b>8</b>	<b>13</b>
<i>sämre</i>	<b>3</b>	<b>3</b>
<i>mkt sämre</i>	<b>0</b>	<b>1</b>

\* Under de senaste 6 månaderna, d.v.s. antingen från avslutning i GR till 6-månadersuppföljningen eller från 6 mån. till 12-månadersuppföljningen.

Vid de telefonintervjuer, som genomförts med deltagarna 6 och 12 månader efter avslutning i GR, beskrev samtliga deltagare att GR hade haft en stor betydelse för den förbättring som de allra flesta upplevde vad gäller aktuell hälsa och välbefinnande.

*"I efterhand kan jag se att det påverkat mitt lugn och större distans till mig själv, bra distans till livet – kan ta saker med en nypa salt."*

*"Gröna Rehab är ett guldkimrande minne i mig; personalen, deltagarna, miljön har fått en plats i mitt hjärta."*

*"Jag tror att det (GR) räddade livet på mig. Redskapen från Gröna Rehab har förändrat livet totalt – vad jag prioriterar i livet och att reflektera både inåt och utåt."*

*"Har svårt att svara på det (om GR hade haft någon betydelse för aktuellt mående), förbättringsprocessen började på Gröna Rehab. När jag var DÅR var det jätteskillnad."*

Många deltagare poängterade vikten av att ha fått tid för tillfrisknande genom sjukskrivning, bra bemötande och visad förståelse från läkare/psykolog under sjukskrivningstiden. Medicinering togs också upp vid frågan om orsak till upplevd förbättring. Man framhöll det bemötande som man hade fått av rehabiliteringsteamet och de tips och verktyg som man hade lärt sig under tiden på GR samt de regelbundet återkommande naturvandringarna i Änggårdsbergen. Nyttan av mindfulness och andningsteknik som man regelbundet hade tränat på

GR upplevdes också som viktigt. Dessa verktyg var till god hjälp för att hantera oro och stress i vardagssituationer. Några deltagare beklagade dock att de inte längre använde sig av dessa verktyg.

Under GR hade teamet uppmuntrat deltagarna att följa sina egna behov, lyssna på sin kropp och att begränsa sitt engagemang. Många deltagare kommenterade att tack vare GR och teamets uppmuntran kunde man nu i högre utsträckning sätta gränser, ”säga nej” och följa sina egna behov. Att få tid att i lugnt tempo återkomma till arbete och vardagslivet beskrevs som mycket viktigt del i hälsoförbättringen samt att få ett bra bemötande vid återgång i arbetet, framförallt gällde det att få förståelse av sin närmaste chef. En deltagare beskrev att få ett eget arbetsrum underlättade och en annan beskrev: ”att ha en lyhörd chef och anpassning (i arbetet) till min förmåga. Ingen press från arbetsgivaren” som viktiga för förbättringen. I några fall beskrevs byte av chef eller byte av arbetsplats som viktiga orsaker till den upplevda hälsoförbättringen.

Tabell 15. Deltagarnas eventuella byte av arbetsplats, arbetsuppgifter eller yrke efter avslutad rehabilitering.

N=39	Arbetar på samma arbetsplats som innan sjukskrivning	Samma arbetsuppgifter som innan sjukskrivning	Arbetar i samma yrke som innan sjukskrivning
JA	14	8	27
NEJ	25	31	12 (varav 2 i pension)

Majoriteten av deltagarna hade inte samma arbetsuppgifter vid återgång i aktivitet och vid 6-månadersuppföljningen som man hade haft innan sjukskrivning (tabell 15). För dem som hade haft patientansvar innan sjukskrivningen innebar ändringarna oftast att de nya arbetsuppgifterna var av administrativ karaktär och att man inte längre hade patientansvar. På frågan hur man trivdes på sin arbetsplats svarade 14 deltagare att de trivdes *mycket bra*, 15 svarade *bra*, 4 svarade *varken bra eller dåligt* och 6 deltagare svarade *dåligt*.

## Rehabiliteringens kostnader

I genomsnitt pågick rehabiliteringen för en deltagare i 27 veckor. Detta var en minskning från den förra utvärderingen (2010) då den genomsnittliga rehabiliteringstiden var 32 veckor och då flera deltagare hade genomgått rehabilitering i GR under ett år eller mer. Denna kortare rehabiliteringstid påverkade kostnaden. Den genomsnittliga kostnaden för en deltagares rehabilitering var nu 152 144 SEK. Detta inkluderar samma uppskattade kostnad för den medicinska utredningen som föregick starten i GR samt två avstämningsmöten á 5 000 SEK (totalt 10 000 SEK). Kostnaden för den medicinska utredningen som föregår en deltagares start i GR har förändrats sedan förra utvärderingen. Då tillämpades en fast kostnad på 16 000 SEK per utredning. För denna aktuella utvärdering fanns inte någon sådan kostnadsuppgift tillgänglig och för att förenkla jämförelsen har samma summa använts vid beräkning av den genomsnittliga kostnaden per deltagare. V.g. se sammanställningen i tabell 16.

Tabell 16. Jämförelse av kostnader mellan beräkning från 2010 års utvärdering och denna utvärdering.

	2010 års utvärdering	Denna utvärdering	Förändring
<i>Rehabiliteringens längd i veckor Medelvärde</i>	32	27	-5
<i>Timkostnad SEK</i>	379	292	-87
<i>Veckokostnad</i>	6064	4672	-1392
<i>Genomsnittlig kostnad/rehabilitering</i>	214 900*	152 144*	-62 756

\*Inklusive schablonkostnaderna 16 000 SEK/deltagare för den medicinska utredningen före GR och 10 000 SEK/deltagare för avstämningsmöten. Beräkningarna har gjorts enligt samma beräkningsmodell som vid utvärderingen 2010 men med aktuella beläggningsciffror som gäller från maj 2011 till maj 2012.

## SLUTSATSER

- Deltagargruppen som helhet har under tiden i Gröna Rehab förbättrats med avseende på grad av utmattning, välbefinnande, depression och ångest. Även om resultaten från självskattningsformulären visar på förbättring i de flesta fall så indikerar de att många fortfarande mår dåligt. Vid telefonuppföljningarna framkom att även om man upplevde en förbättring av sin hälsa så var man inte tillbaka i samma nivå som innan insjuknandet.
- Majoriteten av deltagarna (drygt 90 %) återgick i aktivitet vid avslutning i GR och har även ökat sin aktivitetsgrad vid 6- och 12-månadersuppföljningarna. Detta har till följd att det också har skett en minskning i sjukskrivningsgrad och därmed en minskad kostnad för samhället.
- Rehabiliteringstiden som vid den första utvärderingen låg på 32 veckor i genomsnitt har minskat till 27 veckor. Detta påverkar antalet individer som kan erhålla rehabilitering i GR under ett år och därmed påverkas också kostnadseffektiviteten.

Vid uppföljningssamtalen bekräftades deltagarnas uppfattning som framkom även i förra utvärderingen att:

- Rehabiliteringen på GR hade haft stor betydelse för den förbättring av hälsa och välbefinnande som de flesta deltagarna rapporterade vid uppföljningarna.
- Tiden på GR levde kvar i deltagarnas minne och påverkade deras syn på vikten av att regelbundet vara i naturen för återhämtning och för att få kraft i vardagen.
- Chefens stöd vid återgång i arbete är viktigt liksom att återgången sker i långsamt tempo.
- De verktyg och strategier som man lärde sig/tränade sig på under GR-tiden användes till stor del fortfarande vid 6- respektive 12-månadersuppföljningarna.