

Behandlingsstrategier

1. Snar kontakt.
2. Läkarbedömning.
3. Ospecifik stödkontakt är ineffektivt.
4. Krisomhändertagande, ta hand om ev kränkningsupplevelse.
5. Kartläggning, medvetandegörande.
 - Hur ser livssituationen ut i detalj?
 - Stressorer?
 - Copingmekanismer?

*Stressrelaterade utmattningstillstånd - några
behandlingserfarenheter. Per Rosenqvist, Läkartidningen nr 48, 2001*

Behandlingsstrategier

6. Lära sig känna igen tidiga tecken på utmattning/stress.
7. Lära ut effektiva copingstrategier
 - Lära sig bry sig om sina signaler.
 - Våga säga nej.
 - Sätta gränser.
 - Vara tydlig.
7. Spara energi.
8. Gruppbehandling.
9. Medicinering.
10. Livsstil - vila, promenader, frisk luft, avslappning, lugn, egen tid.
11. Arbetsmiljö.
12. Sjukskrivning och arbetsträning.

*Stressrelaterade utmattningstillstånd - några behandlingserfarenheter.
Per Rosenqvist, Läkartidningen nr 48, 2001*

Behandling och rehabilitering av utmattningssyndrom

- Information om livsstilsförändringar.
- Stressreduktion.
- Kravlös vila.
- Goda sömnvanor.
- Balans mellan vila och aktivitet.
- Fysisk aktivitet.

OBS: dessa förslag bygger på klinisk erfarenhet, då vetenskaplig evidens vid UMS saknas. "Påfallande få studier visar någon effekt över huvud taget av den utprovade rehabiliteringen."

Behandling vid utmattningssyndrom: Minska belastningen och öka resurserna

1. Primärt omhändertagande (tid, lyssna, förtroende, information)
2. Uteslut psykiatrisk samsjuklighet
3. Sjukskrivning vanligen
4. Back to basics (återerövra ett normalt liv)
 - Struktur och regelbundenhet
 - Sömn (ev sömnskola, kognitiv inriktning)
 - Fysisk aktivitet
 - Vänner
 - Fritid
5. Samtalsbehandling (hur hamnat här, varför inte lyssnat på sina egna signaler?)
6. Läkemedel vid behov
7. Avspänningsmetoder (ev sjukgymnast)
8. Arbetslivsinriktad rehabilitering
 - Successiv arbetsåtergång, vid rätt tidpunkt i processen (inte för tidigt)
 - Realistisk diskussion med patienten om vad hen klarar och inte klarar
 - Initialt eventuellt bara praktiska uppgifter
 - Arbetsträning

Att tänka på vid patienter med UMS

- Ofta skam- och skuldkänslor.
- Avgörande att patienten känner att hen hanteras seriöst och tas på allvar.
- Närmaste chef och arbetskamrat är nyckelpersoner.
- Bemötandet på arbetsplatsen mycket viktigt.
- Hjälpa att hitta rätt/lagom arbetsuppgifter.
- Realistisk förväntan på produktivitet första tiden, börja litet och lagom.
- Gärna arbetsträning.
- Finns företagshälsovård?

Varför är det svårt att arbeta vid UMS?

1. Stresskänslig

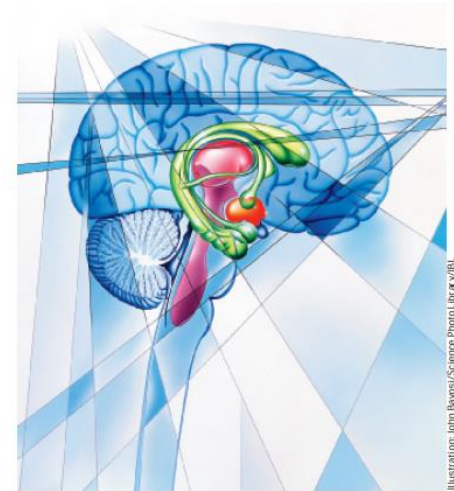
- Fungerar ofta väl under lugna förhållanden, men vid belastning framträder oförmågan.
- Kan inte lägga in en högre växel vid ökade krav.

2. Svåra kognitiva störningar, nedsatt arbetsminne, nedsatt exekutiv funktion

- Svårt förstå komplexa situationer och finna adekvata handlingsätt.

3. Energibrist, uttröttbar redan vid låg belastning

- Förlamande trötthet.
- Kan inte sova, inte vila, inte återhämta sig.



Hur överordnade hjärncentra påverkas av långvarig stress är ännu ganska okänt, men vissa data tyder på störningar i bland annat amygdala och hippocampus.

Sjukskrivning vid UMS?

1. Arbetsförmågan uppenbart nedsatt i förhållande till det aktuella arbetets krav.
 2. Uttalade kognitiva störningar (-> arbetsträning i enklare arbete).
 3. Psykosociala faktorer i arbetet har spelat stor roll för insjuknandet.
- Inget stöd för att sjukskrivningslängden är kopplat till utslagning/förtidspension vid **stressrelaterade psykiska tillstånd**.
 - **Passiv ss utan koppling till aktiva behandlings- och rehabiliteringsåtgärder med klara mål är av ondo.**
 - Vid skador i CNS (minne, kognition) kan förväntas mer långdraget förlopp.

Slutsats: individuell bedömning - det beror på!

Arbetslivsinriktad rehabilitering

- Regelbundna aktiviteter såsom fysisk träning, stödsamtal och avslappningsövningar under den initiala sjukskrivningen.
- Planeringsmöten i rätt tid.
- Successiv arbetsåtergång med ökande deltid/friskskrivning.
- Arbetsuppgifter med ökande komplexitet.
- **Kontaktperson på arbetsplatsen.**
- Yrkesinriktad rehabilitering.

Rehabilitering vid utmattningstillstånd

- Saknas entydig vetenskaplig evidensbas att bygga behandlingsrekommendationer på.
- Behandlingen bör vara **multimodal** och innefatta flera typer av intervention.
- R-program som **involverar arbetsplatsen** har bättre effekt.
- **Kollegiala samtalsgrupper**, fysisk aktivitet och förbättrad sömn rekommenderas allmänt.
- Stressens karaktär (form av påfrestning, duration, akut eller kronisk, långvarig överbelastning utan återhämtning, kränkning/förlust, allvarligt hot mot liv eller integritet) spelar roll för behandlingsupplägget vid stressrelaterad ohälsa.

Rehabilitering vid utmattningstillstånd

- Saknas entydig vetenskaplig evidensbas att bygga behandlingsrekommendationer på.
- Behandlingen bör vara multimodal och innefatta flera typer av intervention.
- R-program som involverar arbetsplatsen har bättre effekt.
- Kollegiala samtalsgrupper, fysisk aktivitet och förbättrad sömn rekommenderas allmänt.
- Vilken form av stress (duration, akut eller kronisk, långvarig överbelastning utan återhämtning, påfrestningens karaktär, kränkning/förlust, allvarligt hot mot liv eller integritet) spelar roll för behandlingsupplägget.

”Rehabiliteringsrådet föreslår avvaktan med rehabilitering och förordar istället råd om stressreduktion och livsstilsförändring initialt, för att sedan sätta in samtalsbehandling, gärna i grupp, som bör vara fokuserad mot arbetsplatsen. Samtalsbehandlingen kan vara KBT-inriktad eller ha en psykodynamisk bas.”

Behandling och rehabilitering av utmattningssyndrom

OBS: dessa förslag bygger på klinisk erfarenhet, då vetenskaplig evidens vid UMS saknas! "Påfallande få studier visar någon effekt över huvud taget av den utprovade rehabiliteringen."

MEN:

- Studier visar att när arbetsplatsen involveras får man bättre resultat vad gäller **arbetsåtergång**
 - KBT given av "arbetslivsexperten" ökade arbetsåtergången (vilket inte gäller för vanlig KBT)
 - "Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång" (ADA).
- Insatser enligt den svenska statliga rehabiliteringsgarantin (10 sessioner KBT) ger ingen ökad arbetsåtergång
-> rehabilitering ska sättas in inom två månaders sjukfrånvaro, men först när sjukfrånvaro uppstått och endast genomförs av enheter med specialistkompetens inom arbetslivsinriktad rehabilitering.

Behandling och rehabilitering av utmattningssyndrom, slutsats

- Multimodal och multiprofessionell.
- Enbart KBT räcker inte för arbetsåtergång.
- Råd om och hjälp med **livsstilsförändringar**
 - Stressreduktion och återhämtning
 - Kravlös vila
 - Goda sömnvanor
 - Balans mellan vila och aktivitet
 - Fysisk aktivitet
- Behandla sömnstörningen.
- Psykoterapi, gärna i grupp, med fokus på förbättrad stresshantering.
- Arbetsplatsen ska vara involverad. Samordnade arbetslivsåtgärder i samverkan med FK och AG/AF.
- Kollegiala samtalsgrupper (både preventivt och vid manifesterad ohälsa).