

Regionalt Vårdprogram

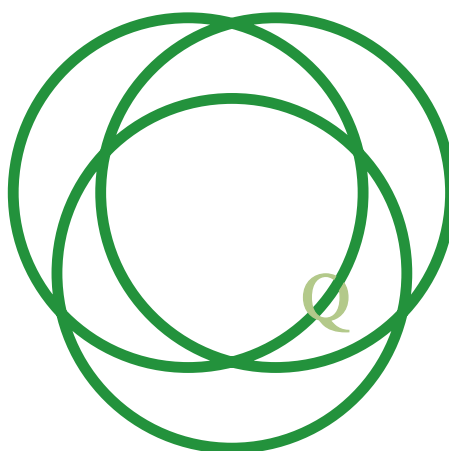
**Stressrelaterad
psykisk ohälsa**

Stockholms läns landsting

2007

Medicinskt
programarbete





Regionalt Vårdprogram

Stressrelaterad psykisk ohälsa

Redaktör
May Blom

ISBN 91-85211-44-3

 **Stockholms läns landsting**
Forum för kunskap och gemensam utveckling

Om det medicinska programarbetet i SLL

Det medicinska programarbetet i Stockholm syftar till att vårdgivare, beställare och patienter skall mötas för att forma en god och jämlik vård för länets 1,9 miljoner invånare. Kunskapen om den goda vården skall vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar och bilda grund för bättre beslut i vården.

Arbetet drivs inom Forum, Centrum för vårdutveckling, i samverkan med såväl sakkunnigorganisationen som leverantörerna och beställare. Patientorganisationerna medverkar också i arbetet.

Programarbetet bildar en gemensam arena för vårdens parter.

De regionala vårdprogrammen ska vara till stöd för hälso- och sjukvårdspersonal i det praktiska vardagsarbetet och ett kunskapsunderlag för att utveckla och följa upp vårdens innehåll och kvalitet.

De skall också utgöra basen för en dialog mellan beställare och producenter om den medicinska kvaliteten i vården och underlaget för beställarorganisationens styrning och uppföljning av vården.

Förord

När sjuktalen steg dramatiskt under senare delen av 90-talet i Sverige var psykisk ohälsa, ofta med depressiva inslag, en av de vanligaste orsakerna till längre tids sjukskrivning.

Stressrelaterad psykisk ohälsa kan leda till ett tillstånd som, enligt Socialstyrelsens rekommendation på grund av sin varierande symtombild fått diagnosbeteckningen utmattningssyndrom.

Utöver depression kännetecknas syndromet av extrem trötthet och kognitiva symtom. Den bakomliggande orsaken är vanligtvis överbelastning i förvärvsarbetet, ofta i kombination med påfrestningar i privatlivet. Endast ett fåtal vetenskapliga studier av behandlingseffekter har hittills genomförts. Beprövad erfarenhet ger dock anvisningar om vad som är framgångsrika behandlingsstrategier.

Detta vårdprogram syftar till att säkra en god och jämlik vård i länet för dem som drabbas av stressrelaterad psykisk ohälsa. Det har tagits fram i ett brett konsensusförfarande under ledning av May Blom, som också haft det redaktionella ansvaret. Vi tackar henne för ett mycket väl genomfört arbete.

För att förankra det regionala vårdprogrammet i primärvården krävs det information och utbildningsinsatser.

Det är vår förhoppning att ett strukturerat handhavande i enlighet med vårdprogrammet skall leda till snabbare återhämtning och kortare sjukskrivningstider för patienter som söker för stress eller utmattningssyndrom.

Stockholm 2007

Christina Torstensson
Tf hälso- och sjukvårdsdirektör

Göran Stiernstedt
Tf landstingsdirektör

Arbetsgrupp

Styrgrupp

Britt Arrelöv, Allmänläkare, sakkunnig i försäkringsmedicin, Centrum för vårdutveckling, Forum för kunskap och gemensam utveckling.

Ingvar Krakau, Allmänläkare, universitetslektor, Centrum för allmänmedicin, Karolinska Institutet.

Anna Åberg-Wistedt, Professor, verksamhetschef, Norra Stockholms Psykiatri.

Eva Huslid, Processledare Medicinskt programarbete, Medicinska program och kunskapsstöd, Centrum för vårdutveckling, Forum för kunskap och gemensam utveckling.

Särskilt utsedd sakkunnig till styrgruppen

Marie Åsberg, Professor em, Stressrehab, Institutionen för kliniska vetenskaper, Karolinska sjukhuset/Danderyds sjukhus.

Arbetsgrupp

May Blom, Projektledare och redaktör för vårdprogrammet, Medicinska program och kunskapsstöd, Centrum för vårdutveckling, Forum för kunskap och gemensam utveckling.

Pia Andersson, Leg. sjukgymnast, stress terapeut, Primärvården Norrtälje, TioHundra AB.

Tom Grape, Distriktsläkare, Primärvården Norrtälje, TioHundra AB.

Michael Högberg, Hälsoekonom, expert i ersättningsmodeller, enheten för styrning, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning.

Leena Maria Johansson, Med. doktor, psykiater, leg. psykoterapeut, Centrum för Allmänmedicin, Karolinska Institutet.

Ingrid Nilsson, Psykolog och leg. psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi, Stuvsta vårdcentral.

Inga-Lill Petterson, Psykolog, enhetschef, Arbets- och miljömedicin, Centrum för folkhälsa, Forum för kunskap och gemensam utveckling.

Christer Sandahl, Psykolog, docent, klinisk psykologi, universitetslektor i samhälls- och beteendevetenskap, inrikt. vårdvetenskap, Karolinska Institutet.

Magdalena Stachowska, Allmänläkare, Östra vårdcentralen, Upplands Väsby.

Gertrud Wahlund, Beställarsakkunnig, avd. för Närsjukvård, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning.

Förankring

Det regionala vårdprogrammet har godkänts av Stockholms medicinska råd. Synpunkter på vårdprogrammet har lämnats av deltagare i specialitetsrådet för Psykiatriska sjukdomar, medan Försäkringsmedicinska Kommittén har lämnat synpunkter på avsnittet om sjukskrivningsprocessen. Företrädare från primärvård och företagshälsovård har bidragit med synpunkter i samband med workshops och avtalade möten.

Innehåll

Om det medicinska programarbetet i SLL.....	2
Förord	3
Arbetsgrupp.....	4
Förankring	5
Innehåll	7
Inledning.....	10
Sammanfattning.....	11
Bakgrund	12
Stress och ohälsa	12
Akut stress.....	12
Långvarig stress	13
Psykisk ohälsa bland unga vuxna.....	13
Stressutlöst psykisk ohälsa	14
Utmattningssyndrom	15
Utmattningsdepression	16
Utmattningssyndromets symtomatologi.....	16
Diagnoskriterier vid utmattningssyndrom.....	17
Fysiologiska förändringar vid utmattningssyndrom.....	18
Bakomliggande orsaker.....	18
Sjukdomsförlopp.....	18
Idéhistoriska aspekter.....	19
Är utmattningssyndrom en sjukdom eller något annat?	19
Arbetslivets betydelse	20
Från utbrändhet till utmattningssyndrom	21
Wornout	22
Differentialdiagnostik vid utmattningssyndrom	24
Somatisk sjukdom	24
Primär psykisk sjukdom.....	24
Andra sjukdomar med trötthet som centralt symtom	24
Kroniskt trötthetssyndrom.....	25
Fibromyalgi.....	25
Idiopatisk omgivningsintolerans	25
Överträningssyndrom.....	26
Könsskillnader, stressrelaterad psykisk ohälsa	27
Kulturella och sociala aspekter på stressrelaterad psykisk ohälsa	28
Migrationsrelaterad stress	28
Prevention - Att förebygga psykisk ohälsa.....	30
Stödjande faktorer	30
Barn och ungdomar	31
Vuxna.....	31

Äldre	32
Arbetsförmåga och sjukskrivning	33
Värdegrund för hälso- och sjukvården	34
Etik och moraliskt förhållningssätt	34
Sekretess	35
Utredning och behandling av stressrelaterad psykisk ohälsa	36
Allmänna principer vid omhändertagande av patienter	36
Behandling av lindrig stressreaktion och maladaptiv stressreaktion (nivå 1 och 2)	38
Råd om livsstilsförändring	39
Behandling av patienter med diagnosen utmattningssyndrom	40
Behandling i det akuta läget	40
Fortsatt behandling	40
Rehabilitering	41
Medicinsk behandling	41
Läkemedelsbehandling av symtom vid utmattningssyndrom	42
Antidepressiva läkemedel	42
Psykologisk behandling	43
Psykologisk behandling i grupp	46
Samtalsledare för gruppbehandling	47
Sjukskrivningsprocessen	48
Försäkringsmedicinsk bedömning	48
Frågor vid bedömning av arbetsförmågan	49
Utfärdande av medicinskt underlag för bedömning om ersättning i form av sjuklön/sjukpenning	50
Förhållningssätt	51
Återgång i arbete	52
Arbetsskadeutredning	54
Kvalitetsindikatorer och uppföljning av behandling	55
Exempel på kvalitetsindikatorer	55
Ytterligare exempel på indikatorer	55
Konsekvensanalys	57
Förekomst av stress – utmattningssyndrom	57
Självrapporterad sjuklighet	58
Sjukskrivningsorsaker	58
Vårdkontakter	58
Diagnoser	59
Läkemedelsförskrivning	60
Utmattningssyndrom	61
Tillgång på psykosocial kompetens i länet	62
TioHundra AB/Norrtälje kommun	65
Psykiaterkonsult i primärvården	66
Sjukgymnastik	66
Kostnader	67
Organisation av vård och terapival	69
Referenser	71

Bilaga 1.....	77
Karolinska Exhaustion Scale.....	77
Bilaga 2.....	83
Terapiformer	83
Referenser	87
Bilaga 3.....	89
Utbildningar	89

Inledning

Den psykiska ohälsan har ökat sedan mitten av 1990-talet. Ökningen gäller generellt i befolkningen men är högre för kvinnor än män och ökar mest bland unga kvinnor. Andelen som uppger att de känner ångslan, oro eller ångest uppskattas idag till mellan 20 och 40 procent.

Patienterna som söker p.g.a. stressrelaterad psykisk ohälsa har ofta en mycket varierande problematik och det första besöket i vården kan handla om allt ifrån somatiska symtom till lättare psykiska problem som ångslan, oro, ångest, känslolabilitet, nedstämdhet och sömnproblem.

Som en följd av primärvårdens förändrade roll har metoder från psykiatri kommit att successivt integreras i behandlingsutbudet. Det finns många goda exempel på sociala och psykologiska insatser i primärvården. De är emellertid inte särskilt enhetliga utan har vuxit fram spontant som en reaktion på patienternas efterfrågan och behov.

Det regionala vårdprogrammet för stressrelaterad psykisk ohälsa visar på betydelsen av tidig upptäckt, behandling och återfallsprevention, samt stöd i handläggning och sjukskrivningsförfarande samt förslag till metoder för utvärdering och uppföljning.

Avsikten är att ge riktlinjer för hur man kan bygga upp ett behandlingsprogram som kan utvecklas och som kan leva vidare inom primärvårdens finansiella och organisatoriska ramar.

Vårdprogrammets förslag till behandling baseras på kliniska erfarenheter och det har visat sig att gruppterapi generellt är en bra metod att hjälpa denna patientgrupp. En del patienter har säkert bäst nytta av att få individuell behandling men med tanke på behandlingsmässiga och ekonomiska fördelar bör behandling i grupp prioriteras. Behandlingen bygger på basala psykologiska principer och behandlarna kan rekryteras oavsett "skoltillhörighet".

Sammanfattning

- Viktigt med tidig upptäckt. Man måste våga ställa frågorna:
 - Vad tror du är orsaken till dina problem?
 - Hur har du det med sömnen?
 - Hur har du det hemma?
 - Trivs du på din arbetsplats?
- Utlösande stressfaktorer identifieras och en åtgärdsplan formuleras tillsammans med patienten så fort som möjligt.
- Rådgivning rörande livsstilsfrågor bör inkludera information om betydelsen av regelbunden fysisk aktivitet och regelbundna mat- och sömnvanor.
- Fokuserad psykoterapi är väsentligt och kan med fördel ges i grupp.
- Vetenskaplig evidens för positiv effekt av antidepressiv läkemedelsbehandling saknas vid utmattningssyndrom. Sådan behandling kan ändå prövas för patienter med framträdande affektiva symtom.
- Arbetslivsinriktad rehabilitering bör sättas igång så fort patienten kommit ur den mest akuta fasen.
- Sjukskrivningens längd måste avpassas individuellt och relateras till situationen på patientens arbetsplats. Längre sjukskrivningar utan särskilda åtgärder i enlighet med en fastställd rehabiliteringsplan är olämpligt.

Bakgrund

När sjuktalen i Sverige började stiga dramatiskt under senare delen av 1990-talet, var en av de vanligaste orsakerna till längre tids sjukskrivning psykisk ohälsa med inslag av depression. Undersökningar av stora grupper långtidssjukskrivna med psykiska eller psykiatriska sjukskrivningsdiagnoser visade att merparten av dessa under någon del av sin sjukdomstid verkligen uppfyllt kriterier (DSM-kriterier) för depression (1). Den vanligaste orsaken var emellertid inte personliga förluster, utan snarare en upplevd överbelastning i arbetet, eller i kombinationen hemliv och förvärvsarbete. Mer än hälften av de långtidssjuka uppgav arbetet som orsak. Detta ledde till rubriceringen utmattningsdepression, en term som hämtats från kontinentaleuropeisk psykiatri (tyskans Erschöpfungsdpression) (2).

Stress och ohälsa

Att vara ”stressad” är ingen sjukdom, utan en naturlig och livsviktig psykologisk och biologisk reaktion på yttre påfrestningar. Hur stressreaktionen kommer att yttra sig beror på påfrestningens styrka och varaktighet och individens möjlighet till återhämtning. Stress kan dock leda till sjukdom och ohälsa, både kroppslig och psykisk. Det finns till exempel övertygande belegg för ett samband mellan stress och ökad risk för kardiovaskulär sjukdom, både på kort- och lång sikt (3). Många andra kroppsliga och psykiska sjukdomar påverkas också till förlopp och symtombild av stress genom att såväl nervsystem, hormonsystem och immunsystem påverkas (4).

Akut stress

Akut stress är individens naturliga reaktion på yttre stimuli vilka kan upplevas som hot, utmaningar eller möjligheter. Är stressreaktionen kortvarig och följs av återhämtning är den naturlig och ofarlig. Det är vidare uppenbart att psykiska sjukdomar kan förvärras av stress, men det finns också ett antal psykiatriska sjukdomstillstånd där stress är en väsentlig bakgrundsfaktor. Hur stressreaktionen kommer att yttra sig beror i viss utsträckning på stressens art och påfrestningens styrka och på dess varaktighet.

En akut, livshotande fara eller traumatisk livshändelse kan till exempel ge upphov till en akut stressreaktion som inte sällan har inslag av förvirring. I efterförloppet av en livshotande fara uppkommer inte sällan posttraumatiska stressyndrom (PTSD), som kännetecknas av ovälkommet och ångestladdat återupplevande av traumat i situationer som leder tanken till det inträffade, s.k. flashbacks. Detta leder till en ökad ångest, ofta med sömnsvårigheter, mardrömmar och ett plågsamt spänningstillstånd som kan leda till kontaktskygghet och fobiska reaktioner (4).

Långvarig stress

Långvarig eller kronisk stress uppstår efter lång exponering där reaktionen förorsakas av successivt tilltagande förändringar i kroppen som till slut kulminerar (4). Den fysiologiska aktiveringen i kroppssystemen måste återställas. Om individen inte ges möjlighet till återhämtning kommer det att leda till obalans och utslagning av kroppssystemens funktioner. Om stressreaktionen uppkommer genom en personlig förlust eller hot om en förlust, eller en personlig kränkning, kan stressreaktionen leda till en depression, vanligen utan melankoliskt inslag. Sannolikt förutsätter ett insjuknande i depression på grund av stress en konstitutionell bakgrund. Nyare forskning har visat att vissa genvarianter inom serotoninssystemet kan vara av betydelse för om svåra omgivningsfaktorer leder till depression eller ej (5).

Psykisk ohälsa bland unga vuxna

Under åren 1998–2005 ökade andelen unga vuxna bland dem som sökte psykiatrisk öppen och slutenvård med 65 procent. Huruvida något liknande har ägt rum inom primärvården är inte säkert känt, men det finns anledning att vara observant på en motsvarande ökning.

Också inom studenthälsovården har man uppmärksammat ökande hjälpbehov för psykiatriska symtom som stressrelaterade problem, depression, ångest och sömnstörningar. En nyligen publicerad undersökning från Karolinska institutet visade att prevalensen av depressiva symtom var klart högre än förväntat hos medicinstuderande. Värst utsatta var de kvinnliga studenterna. Den största källan till stress var rädslan för att inte orka med studierna (6).

Stressutlöst psykisk ohälsa

Beroende på typ och varaktighet av påfrestning kan den psykiatriska sjukdomsbilden te sig olika. Utmattningssyndromet är bara ett av flera stressutlösta psykiatriska tillstånd. Som framgår av tabell 1, är det framför allt stressens art (långvarig, svår, oftast ej livshotande) och symptomatologin som skiljer utmattningssyndromet från andra stressutlösta tillstånd.

Tabell 1. Typer av stressutlöst psykisk ohälsa

Typ av stress	Typ av ohälsa, centrala symtom	Duration, förlopp
Akut, livshotande stress	Akut stressyndrom Stark rädsla och ngn form av överklighetsupplevelser under eller efter traumat (sk dissociation) Återupplevande av traumat ("flashbacks") Ångest, spändhet	Uppkommer i direkt anslutning till traumat, varar 2 dagar–4 veckor (om längre blir diagnosen PTSD)
Akut, livshotande stress med stark rädsla	Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) Flashbacks, störd sömn, mardrömmar, ångest, signalreaktioner; undvikande (av sådant som kan påminna om traumat kan ha stora sociala konsekvenser), spänningstillstånd	Mer än 1 månad efter traumat, kan bli livsvarigt, kan försämrans under åldrandet
Långvarig, stress (utan tillfälle till återhämnning)	Utmattningssyndrom Stark fysisk och psykisk trötthet Störd sömn som inte ger återhämtning Kognitiva symtom Vegetativa symtom Irritabilitet, oro, nedstämdhet	Successivt tilltagande symtom under åratals stress, ofta akut försämring som tvingar till sjukskrivning Lång duration (månader / år)

Forts. nästa sida

forts.

Typ av stress	Typ av ohälsa, centrala symtom	Duration, förlopp
Långvarig, stress med personlig förlust/kränkning	Depression Nedstämdhet, oro, oförmåga att känna positiva affekter, minskat engagemang, nedsatt initiativförmåga, självanklagelser och dyster framtidssyn, sömnstörning, aptitförlust	Första insjuknande vanligen inom någon månad efter negativ livshändelser, går vanligen i spontan remission men tendens till återkomst
Långvarig, stress	Somatisk sjukdom T.ex. hjärt- kärlsjukdom med konsekvenser som hjärtinfarkt, stroke	Decennier efter den initiala stressen

Utmattningsyndrom

Utmattningsyndromet föregås alltid av en längre tids stress utan möjlighet till återhämtning. I allmänhet uppstår ospecifika belastningssymtom, t.ex. spänning, smärtor och värk i nacke och rygg, mag- och tarmproblem, sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter och trötthet, långt innan det manifesteras insjuknandet, som kan te sig mycket dramatiskt (7). De sjuka själva använder ofta uttrycket ”gå i väggen” vilket ger en antydning om det plötsliga i insjuknandet.

Att ”gå i väggen” kan innebära plötsliga psykiska symtom t.ex. en ångestattack eller en gråtattack. Vanligare är akuta kroppsliga symtom, som bröstsmärtor, yrsel eller alarmerande kognitiva symtom, vilket leder tanken till hjärtinfarkt eller stroke. De kognitiva symtomen är inte sällan akuta och kan innebära svårigheter att minnas sådant man vanligen minns automatiskt, svårigheter att orientera sig (t.ex. hitta hem), att känna igen ansikten eller göra vanliga rutinhandlingar (t.ex. köra bil). Inte så sällan söker patienterna akut och läggs in på akut eller intensivvårdsavdelningar. Efter en kort utredning utan egentliga patologiska fynd skrivs de sedan hem med förklaringen att det rört sig om ”stress” och med en rekommendation om sjukskrivning och vila.

Utmattningsdepression

De utmattningsdeprimerade patienterna skiljer sig på flera sätt från vanliga deprimerade patienter (patienter med egentlig depression). De har till exempel sällan underliggande personlighetsstörning som är vanligt vid depressioner. Även annan samsjuklighet är sällsynt. Förloppet tycks skilja sig från depressioner, såtillvida att det ofta blir mycket långvarigt. När väl depressionen avklingat är patienterna fortfarande inte friska utan plågas av extrem trötthet och kognitiva symtom som minnes och koncentrationssvårigheter.

En arbetsgrupp gjorde i Socialstyrelsens regi år 2003 en litteraturoversikt av den stressrelaterade psykiska ohälsan. Arbetet i de olika forskargrupperna ledde till konsensus av definition och kriterier och man rekommenderade beteckningen utmattningssyndrom för detta tillstånd (8).

Utmattningssyndromets symtomatologi

För de patienter som drabbats av utmattningssyndrom innebär tillståndet efter det akuta insjuknandet inte sällan en helt ny erfarenhet. Mest karakteristiskt är en stark trötthet, som inte går att vila eller sova bort. I detta skede kan en del patienter sova längre än normalt, men sömnen medför ingen återhämtning. Tröttheten kan upplevas som en fysisk svaghet och somliga patienter orkar inte ta sig ur sängen. Omvärldens krav kan te sig oöverkomliga. Oro, ångest och depressionssymtom är vanliga. Många patienter har en ökad känslighet för ljud och ljus, och några använder öronproppar eller mörka glasögon för att skydda sig. De kognitiva svårigheterna kvarstår ofta under lång tid, med t.ex. minnesstörningar och svårigheter att hitta.

I Socialstyrelsens kunskapsöversikt över den stressrelaterade psykiska ohälsan föreslogs diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom och något senare rekommenderade Socialstyrelsen en lämplig diagnoskod för dessa fall (8).

Diagnoskriterier vid utmattningssyndrom

För att diagnosen utmattningssyndrom ska ställas, måste samtliga nedanstående kriterier uppfyllas.

- A. Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst två veckor
symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.
- B. Påtaglig brist på psykisk energi dominerar bilden, vilket visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning.
- C. Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">1. Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning.2. Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress.3. Känslomässig labilitet eller irritabilitet.4. Sömnstörning.5. Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet.6. Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, mag-tarmbesvär, yrsel eller ljudkänslighet. |
|--|

- D. Symtomen orsakar ett kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- E. Beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans, t.ex. missbruksdrog, medicinering eller någon somatisk sjukdom/skada t.ex. hypothyroidism, diabetes, infektionssjukdom.
- F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångest-syndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen.

Fysiologiska förändringar vid utmattningssyndrom

Eftersom den diagnostiska avgränsningen av utmattningssyndromet är så pass ny, är forskningen kring syndromet ännu begränsad. I de studier som har gjorts vid Karolinska institutet med utgångspunkt från de diagnostiska kriterierna finns belägg från en första studie för att stresshormonfrisättningen är minskad efter hormonell belastning på ett liknande sätt som vid post-traumatiska stressyndrom (9). Huruvida denna minskade kortisol- och ACTH-frisättning är orsakad av den långa belastningen, eller är en konstitutionell faktor som ökar risken för insjuknande, är ännu inte känt. Det finns också preliminära belägg för störningar i halten av olika cellulära tillväxtfaktorer och i vissa immunfaktorer. En fragmenterad och på andra sätt störd sömn med upprepade uppvakningar och minskad djupsömn har också beskrivits i vetenskapliga studier (10, 11).

Bakomliggande orsaker

Den vanligaste bakgrunden till utmattningssyndromet tycks i vår tid vara en ökad belastning i arbetslivet. Kvinnor insjuknar långt oftare än män, vilket sannolikt hänger samman med dubbelarbete och större ansvarstagande för hemmet (12). De som drabbas är ofta påfallande ambitiösa och kompetenta människor som tar på sig extra arbete, kanske på grund av vad som kallas en ”prestationsbaserad självkänsla”, ett känt behov av att vara duktig och klara arbetet perfekt (13). En överrepresentation av människor med vuxen ADHD har beskrivits av några kliniker (14). Det finns också belägg för ett visst genetiskt underlag, kopplat till serotoninomsättningen (15).

Sjukdomsförlopp

Utmattningssyndromets naturliga förlopp tenderar att vara långvarigt. Enkätundersökningar av långtidssjukskrivna för psykisk ohälsa, som i stor utsträckning lider av utmattningstillstånd, har visat att ett år efter sjukskrivningen har endast 20-25 procent återgått i arbete (16). Av intresse är också att samma studier visat att tidigare sjukskrivningsepisoder, enligt data från Försäkringskassan, inte är fler än förväntat för dessa patienter.

Erfarenheten har visat att arbetsförmågan och sjukskrivningen i vissa fall kan bli mycket långvarig, men att det finns möjligheter att påverka förloppet och att reducera de psykosociala effekterna av en lång sjukskrivning.

Det finns få data från randomiserade kontrollerade behandlingsstudier, vilket inte är att förvåna sig över med tanke på diagnosen utmattningssyndromets jämförelsevis korta historia. Däremot har en konsensus med tiden utvecklats om att en framgångsrik rehabilitering bör innefatta gruppsamtal (som bör vara fokuserade på det aktuella sjukdomstillståndet och de problem som utlöst det), arbetslivsinriktad rehabilitering, gärna med någon form av coach eller rehablots samt träning i stresshantering.

Idéhistoriska aspekter

Det ter sig osannolikt att ett syndrom som har så uppenbara fysiologiska komponenter, och som är förorsakat av långvarig stress, inte skulle ha uppkommit förrän i mitten av 1990-talet. Är då utmattningssyndromets historia verkligen så kort? Svaret är förstås både ja och nej. Sanningen är att symtombilden upptäcktes långt tidigare redan på 70-talet, men syndromet hade ingen diagnos, d.v.s. gavs inga diagnostiska kriterier förrän år 2003. Sannolikt har många patienter med utmattningssyndrom tidigare betecknats som depression eller mer ospecifika stressreaktioner.

Även idag, med de specificerade diagnoskriterierna, visar det sig att diagnosen används i olika hög grad i olika delar av vårt land. Det finns också vissa likheter med den sjukdomsbild som kallas neurasteni, som var en ofta använd diagnos under slutet av 1800-talet och 1900-talets början. Termen neurasteni används numer mycket sällan, och i det moderna amerikanska DSM-systemets senare versioner finns inte syndromet medtaget. Sannolikt är det så att symtombilden varit densamma i olika tidsskeden men att diagnosbeteckningen varierat.

Är utmattningssyndrom en sjukdom eller något annat?

Det har från olika håll hävdats att utmattningssyndromet snarare skulle vara en kulturell konstruktion, eller ett sätt att utnyttja ett alltför generöst sjuk-skrivningssystem, än en sjukdom i medicinsk bemärkelse. Mycket har spekulerats om orsakerna till den ökning av långtidssjukskrivningar för psykisk

ohälsa som skedde i Sverige 1997–2003. Somliga har hävdats att ändrade attityder till arbete, liksom minskad obehagstolerans och ökade krav på att få ta del av samhällets resurser, skulle vara en förklaring.

Liknande symtombilder har uppkommit i olika tidsperioder när stora samhällsförändringar sker. Det finns de som hävdats att ohälsan vid 1900-talets slut kunde jämföras med den våg av neuroasteni som förekom vid förra sekelskiftet (17). Andra har istället pekat på den ökade förändringstakten i samhället, globalisering, en mycket snabb teknisk utveckling, det kraftigt ökade informations flödet och kraven på ständig tillgänglighet.

Arbetslivets betydelse

Den förklaring som ter sig mest sannolik, och som hävdats av flera såväl svenska som internationellt ledande stressforskare är de kraftiga ekonomiska neddragningarna inom den kvinnodominerade offentliga sektorn som ägde rum i början av 1990-talet, och som föregicks av rationaliseringar med outsourcing och slimmade organisationer i den privata sektorn (18, 19, 20, 21, 22, 23, 24). I samband med personalnedskärningar på arbetsplatserna försvann en stor del av stödpersonalen. Beslut och befogenheter centraliserades medan ansvaret för att genomföra beslut decentraliserades, ofta åtföljt av otillräckliga resurser, vilket hos utförarna i många fall skapade otydligt ledarskap, otydliga mål och motstridiga krav. Det blev svårare för många att kombinera ett arbetsliv med ökat tempo, höga krav och låg kontroll med privatlivets krav, vilket ledde till ökad och för många en kontinuerligt hög stressnivå (19).

Den stora ökningen av psykisk ohälsa framför allt hos kvinnor kan ha samband med en kraftigt ökande total arbetsbelastning för många kvinnor i början av 1990-talet med den dubbla arbetsbördan från både ett tuffare arbetsliv och från den privata sfären med ett stort ansvar för hushållsarbete, barn och äldre familjemedlemmar. Den ökade belastningen har sannolikt resulterat i sjukskrivningsepidemin några år senare.

När arbetsstyrkan minskat trots att arbetsuppgifterna kvarstår har ”luften pressats ur” organisationen och det saknas marginaler för att planera arbetet, för oförutsedda händelser eller för att ta över arbetsuppgifter från medarbetare som inte orkar eller blir sjuka. En kontinuerligt hög stressnivå leder lätt till dominoeffekter med en våg av sjukskrivningar hos medarbetare som tvingas överskrida sin arbetskapacitet för att ersätta sjuka arbetskamrater, samtidigt som de skall klara av förändringskrav och sitt eget arbete.

Studier pekar på att just den ökande bristen på tid för planering och ökande krav som upplevs som oförenliga eller motstridiga starkast samvarierar med en ökande trend i såväl psykisk ohälsa som i långtidssjukskrivning (25). Sjukskrivningstrender och förändringstakten i arbetslivet är densamma även i andra länder.

Intervjuade patienter med utmattningssyndrom visar mycket tydligt att tillståndet ofta föregåtts av flera år av arbetsrelaterad stress, som vanligen har haft samband med upprepade omorganisationer och nedskärningar av arbetsstyrkan. Dessa patienter har ofta höga ambitioner att göra ett bra arbete och en självkänsla som är baserad på prestationer (13). För att möta de ökande arbetskraven krävs att man minskar sina ambitioner vilket kan leda till att man känner sig otillfredsställd. För att hantera den ökade arbetsbelastningen slutar individen successivt med fritidsaktiviteter, motion och umgänge med vänner, vilket medför att en sund balans mellan arbete och andra aktiviteter störs. Dessutom är det vanligt med sömnproblem vilket också påverkar återhämtningen (10, 26).

Den akuta försämring som ofta föranleder sjukskrivningen kan utlösas av en ytterligare börda i arbetet eller konflikter, oro för nästa dags arbetsuppgifter, men också av bekymmer för hemsituationen. Ibland finner man ingen utlösande faktor alls, snarare en mångårig överbelastning som till sist kulminerar. Ur medicinsk synvinkel ter sig den rimligaste förklaringen vara en långvarig och till slut övermäktig belastning. Oavsett om den är relaterad till arbetsförhållanden eller till långvarig arbetslöshet, kan det leda till fysiologiska och kognitiva förändringar som det tar mycket lång tid att återhämta sig från (4, 19, 27).

Från utbrändhet till utmattningssyndrom

Utmattningssyndromet har redan från början varit starkt förknippat med begreppet ”utbrändhet” (28). De båda begreppen är delvis överlappande, men långt ifrån synonyma. Herbert Freudenberg, som var psykiater och Christina Maslach, som var psykolog beskrev redan på 60-talet, oberoende av varandra symtombilden som ofta förekom hos personal i människovårdande yrken, t.ex. vårdarbetare, socialarbetare, advokater eller lärare. Ursprungligen beskrevs utbrändhet i tre centrala dimensioner; en känslomässig utmattning, avstånds-tagande eller viss känslökyla gentemot patienten (depersonalisering) och en minskande professionell tillfredsställelse i arbetet (personal accomplishment).

Utbrändhet är en översättning av en amerikansk arbetspsykologisk term, burnout, för att beteckna en psykologisk stressreaktion på ett frustrerande arbete. Upplevelsen med att inte kunna tillgodose patienter eller klienter den vård eller service de är i behov av kan utlösas vid alltför hög arbetsbelastning, otillräckliga resurser, eller frånvaro av stöd.

Det finns flera väl validerade mått på burnout, t ex Maslachs Burnout Inventory, Oldenburg Burnout Inventory, Appels Scale Vital exhaustion, Melameds burnout scale, Kristensens Copenhagen Burnout Inventory, Tedium, Karolinska Burnout scale m.fl. Dessa skalor ger ett bättre grepp om vad det är frågan om, nämligen en process (som på svenska kallats utbränning), d.v.s. en serie psykologiska reaktioner på problem i arbetet. Utbrändhet i denna bemärkelse är kvantifierbar, människor kan ha kommit mer eller mindre långt i processen och man kan identifiera en begynnande ohälsa i tid. Den är från början inte i sig sjuklig utan kan ses som en form av anpassning (coping), den behöver inte leda till arbetsförmåga.

Wornout

Stressforskaren Lennart Hallsten har givit begreppet en vidare innebörd. Han menar att utbränningsprocessen inte behöver vara arbetsrelaterad, utan kan sättas igång av andra faktorer som gör att en individ upplever sig ha misslyckats med sina viktigaste rollfunktioner. Hallsten betonar betydelsen av den prestationsbaserade självkänslan (13), som gör att den utbrände inte ger upp utan fortsätter sträva intill utmattningens gräns. Andra som kämpar med svåra omständigheter men har en mer genuin självkänsla kan bli utslitna, ”wornouts” snarare än utbrända, ”burnouts”(28).

I en doktorsavhandling baserad på enkätstudier betonades betydelsen av att man haft ett starkt engagemang, ”brunnit”, innan man kan bli ”utbränd” (29). I den mån utbränningsprocessen utgör en reaktion på ett långvarigt stresstillstånd, kan den resultera i ett medicinskt utmattningssyndrom med den karakteristiska symtombilden med trötthet som inte kan vilas bort, sömnstörning och kognitiva problem. Den dimension av utbrändheten som empiriskt är starkast associerad med utmattningssyndromet är den emotionella utmattningen.

Flera svenska forskare har uppmärksammat utbrändhetsproblematiken och flera avhandlingar har publicerats (26, 30).

Utbrändhet är inte någon medicinsk diagnos. I medicinska termer har vi lämnat begreppet utbrändhet i och med att vi har fått en konsensus i fråga om diagnosen utmattningssyndrom.

Tabell 2. Skillnaden mellan utmattningssyndrom och utbrändhet

	Utmattningssyndrom	Utbrändhet
Kunskapsområde	Medicin, klinisk psykologi	Arbetspsykologi, stressforskning
Etiologi	Långvarig stress som kan men inte behöver vara arbetsrelaterad	Ofta men ej alltid utlösande faktorer i arbetet som långvarig överbelastning utan återhämtning, låg kontroll, dåligt stöd eller andra arbetsförhållanden. Prestationsbaserad självkänsla kan öka sårbarheten
Karakteristiska symtom eller dimensioner	Trötthet, sömnstörning, kognitiva och vegetativa symtom	Emotionell utmattning, låg professionell tillfredsställelse i arbetet. Trötthet, sömnstörning, kognitiva och vegetativa symtom

Differentialdiagnostik vid utmattningssyndrom

Somatisk sjukdom

Sjukdomsbilden vid utmattningssyndrom kan förväxlas med vissa somatiska sjukdomar. Fall finns beskrivna där ett tillstånd som diagnostiserats som utmattning visat sig vara en nydebuterad diabetes, en hypothyreos eller en kronisk obstruktiv lungsjukdom. Andra vanliga sjukdomar som skulle kunna förväxlas med utmattningssyndrom är t.ex. järnbristanemi och begynnande demens. Vid en intervjuundersökning med personer som fått diagnosen utbrändhet i primärvården framkom att alla sökt vårdcentralen för olika somatiska symtom innan de fick sin diagnos (31). Det är därför viktigt att läkaren är lyhörd för om det kan finnas stressrelaterade problem som ligger till grund för patientens problem.

Primär psykisk sjukdom

Sjukdomsbilder som liknar utmattningssyndrom är inte ovanliga under förloppet av en psykisk sjukdom. Framför allt är det angeläget att identifiera en egentlig depression som inte är en komplikation till ett primärt utmattningssyndrom. Den egentliga depressionen kan vara av melankolisk typ och/eller ingå i ett bipolärt syndrom. Risk- och missbruk kan också ha stora kliniska likheter med utmattningssyndrom. Även ångestsyndrom och symtomfattiga perioder av schizofreni kan förväxlas med utmattningstillstånd (se regionalt vårdprogram Depression och bipolär sjukdom, Ångestsjukdomar och Psykos, www.hsn.sll.se/mpa).

Andra sjukdomar med trötthet som centralt symtom

Tröttheten är ett centralt fenomen vid utmattningssyndrom. Extrem trötthet förekommer också vid en rad andra, troligen delvis överlappande tillstånd, t.ex.

inom gränslandet mellan somatisk och psykisk ohälsa som kroniskt trötthets-syndrom, fibromyalgi och idiopatisk omgivningsintolerans. Även vissa sällsynta bindvävssjukdomar, t.ex. Ehlers-Danlos-syndrom, kan ha trötthet som ett framträdande symptom (32).

Kroniskt trötthetssyndrom

Kroniskt trötthetssyndrom (Chronic Fatigue Syndrome, CFS) har många symptom gemensamt med utmattningssyndrom, t.ex. den invalidiserande tröttheten som inte kan vilas bort och de kognitiva problemen. Till skillnad från utmattningssyndromet utlöses det kroniska trötthetssyndromet ofta av en infektion, och sådana symptom som halsont, svullna lymfkörtlar, nytillkommen huvudvärk och stark sjukdomskänsla har lett tankarna till att det kunde röra sig om ett följdtilstånd efter någon infektion. Sannolikt är syndromet heterogent. Patienter med kroniskt trötthetssyndrom är ofta extremt stresskänsliga, och liksom utmattningssjukarna har de en benägenhet att utveckla en depressiv förstämning, kanske som en komplikation (33, 34).

Fibromyalgi

Fibromyalgi (FM) är ett kroniskt och utbrett värktillstånd vilket av patienten ofta beskrivs som "värk i hela kroppen". Utöver värken föreligger ofta flera andra symptom som till exempel sömnstörning, ökad muskulär uttrötthet och allmän trötthet, magbesvär, yrsel, huvudvärk och svullnadskänsla i främst händer, inte sällan förenad med domningar och stickningar. Orsaken till FM är okänd men stress, svårhanterlig belastning och sömnproblem kan utlösa muskulära smärtbesvär som sedan kan övergå i en mer kronisk och generaliserad form. Genetisk och/eller miljöbetingad benägenhet, samt hormonella förändringar (såsom klimakterium) tycks kunna bidra. Forskningen koncentreras idag på neurohormonella rubbningar involverande av bl.a. hypotalamus-hypofys-binjurebarkaxeln och även delar av immunsystemet, som tänkbar förklaringsmodell, (35). (se regionalt vårdprogram Fibromyalgi, www.hsn.sll.se/mpa).

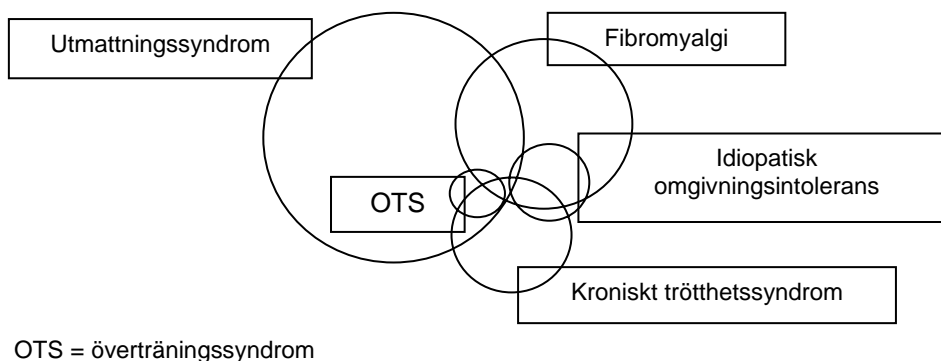
Idiopatisk omgivningsintolerans

Patienter med idiopatisk omgivningsintolerans (Idiopathic Environmental Intolerance, IEI) reagerar med atypiska överkänslighetsreaktioner på olika typer

av omgivningsfaktorer som ofta innefattar stark trötthet. Till denna grupp hör många fall av ”elkänslighet”, amalgamöverkänslighet, luktkänslighet, multipel kemisk känslighet och andra atypiska reaktioner på omgivningsstimuli. Typiskt för IEI-patienter är deras starka övertygelse om att orsaken till besvären är just den aktuella omgivningsfaktorn och vidtar extrema åtgärder för att undvika att konfronteras med den faktor som de anser orsakar symtomen. Det finns data som talar för att IEI-patienter har en avvikande cerebral reaktion på lukter (36).

Överträningssyndrom

Man beräknar att kanske en av tio idrottare tränar så hårt att hon drabbas av överträningssyndrom som medför en liknande nedgång i cortisolnivåerna som utmattningssyndromet. Överträningssyndromet (som idrottsmän också kallar ”gå i väggen”) är känt för att kunna bli långvarigt och medföra avsevärd försämring av prestationen. Syndromet kännetecknas av ihållande infektioner och en ökande trötthet, sömnsvårigheter och stämningsförändringar, långsam sårhäkning och störningar i mag- tarmfunktionen. När en idrottsutövare inte återhämtar sig efter två veckors vila, kan man ha denna diagnos i åtanke (37).



Figur 1. Tänkbara relationer mellan syndrom med trötthet som centralt symptom.

Könsskillnader och stressrelaterad psykisk ohälsa

Vid alla affektiva sjukdomar finns en ökad incidens och prevalens bland kvinnor. Det gäller framför allt de unipolära tillstånden, medan könsfördelningen är något jämnare vid bipolär sjukdom. Kvinnor är också överrepresenterade vid kroniska trötthetssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa är generellt ungefär dubbelt så vanlig hos kvinnor som bland män, och för utmattningssyndrom mer specifikt talar tillgängliga data också för en kraftig överrepresentation av kvinnor.

Självrapporterad lindrig psykisk ohälsa och lättare besvär av ångest och oro är också vanligare hos kvinnor, och den ökning av lättare besvär som registrerats i ULF-undersökningarna från 1990-talets mitt och framöver är störst för kvinnor, detta gäller även sömnproblem (38). Framförallt har den lättare psykiska ohälsan ökat hos unga kvinnor (16-24 år) och denna ökning motsvaras av en kraftig ökning av antalet självmordsförsök i denna grupp.

Orsaken till kvinnornas överrepresentation vid de affektiva tillstånden är inte känd. Såväl genetiska som hormonella faktorer har antagits vara bidragande orsaker, men man har också pekat på skillnaderna i olika belastningsfaktorer, t.ex. kvinnornas större ansvarstagande för hem och familj och därav följande dubbelarbete (39).

Kulturella och sociala aspekter på stressrelaterad psykisk ohälsa

Kultur innefattar de värderingar och normer en grupp delar kring synen på bland annat familj, arbete, hälsa och sjukdom. Verkligheten konstrueras, definieras och tolkas i ett kulturellt sammanhang. Detta innebär att:

- Uppfattningen om vad som är friskt och sjukt (illness, disease) varierar i olika tidsperioder och kulturer.
- Kulturella särdrag leder till utmaningar inom sjukvården.
- Behandlare måste ha beredskap att möta patienter med olika kultur- och kommunikationsmönster.
- En persons egna etniska identitet är en viktig källa till självkänsla, ömsesidigt erkännande och samhörighet.
- Sociokulturella faktorer spelar en betydelsefull roll som stressor vid psykiska besvär, men även som resurser- och stödsystem.
- Ett meningsfullt sammanhang har stor betydelse för hälsan.

På många arbetsplatser i Sverige finns en etnisk och kulturell mångfald. Olika etniska grupper är dock ofta segregerade när det gäller bostäder, skola, arbete och inkomster. Invandrare i Sverige är en heterogen grupp. Cirka en tredjedel kommer från de nordiska länderna, en tredjedel från övriga Europa och en tredjedel från länder utanför Europa. Bland sjukvårdspersonal i bl.a. Stockholm finns en överrepresentation av invandrare.

Migrationsrelaterad stress

Arbetsrelaterad stress i kombination med migrationsorsakad stress kan leda till utmattningssyndrom, där man i behandlingen behöver ta speciell hänsyn till sociokulturella faktorer och tidigare händelser. Flyktingar kan ha varit utsatta för psykisk och fysisk tortyr både i hemlandet och under flykten. Svåra trauman kan orsaka posttraumatiskt stressyndrom PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), med symtom som ångest, irritabilitet, undvikandebeteende, och isolering av känslomässiga reaktioner. Meningsfylld och avlönad sysselsättning

har stor betydelse för självkänslan och hälsan. Människor som varit med om mycket svåra traumatiska händelser kan klara sig bra då de får arbete och makt att bestämma över sina liv. I samband med nya motgångar som t.ex. arbetsrelaterad stress eller arbetslöshet, kan besvären återkomma (40).

Prevention - Att förebygga psykisk ohälsa

Med prevention menas sjukdomsförebyggande. Begreppet sjukdomsförebyggande arbete brukar användas när syftet är att förebygga en specifik sjukdom. Att främja hälsa är ytterligare ett steg. WHO har definierat hälsofrämjande som ”den process som möjliggör för människor att öka kontrollen över hälsans determinanter och därmed förbättra sin egen hälsa” (41).

I mötet med patienten på vårdcentralen finns inga skarpa gränser mellan hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser utan de är integrerade med varandra som en del i det löpande arbetet.

Det hälsofrämjande förhållningssättet innebär också att ta tillvara och stödja patienternas egen kraft och kunskap samt stödja deras förmåga till egenvård. Folkhälsomålet ”Hälsofrämjande hälso- och sjukvård” innebär också att hälso- och sjukvården i samverkan med andra aktörer ska verka för en bättre hälsa hos befolkningen (42, 43).

I den hälsofrämjande sjukvården kan kunskapsförmedling och ”det hälsofrämjande samtalet” användas som verktyg för att stimulera och stödja goda val. Patienten får möjlighet att uttrycka sina värderingar och sin livssyn. Även motiverande samtal är lämpligt att använda i det förebyggande arbetet. I den första delen bedömer man patientens beredskap till förändring och i den andra har man samtal som är anpassat till patientens förändringsberedskap. Det är viktigt att behandlaren identifierar i vilket stadium i förändringsprocessen patienten befinner sig i.

Stödjande faktorer

Tillgång till arbete, sociala stödsystem, nätverk, en känsla av sammanhang, interpersonella och individuella faktorer kan vara hälsofrämjande. Aktiva bemästringsstrategier god återhämtningsförmåga, trygg anknytning och självreflektion kan modifiera stressens effekter. Som friskfaktorer för patienter inom vården kan nämnas, att bli lyssnad på och bekräftad (validerad), att få tala i lugn och ro och att få hjälp att utveckla färdigheter (44).

Barn och ungdomar

Barn- och ungdomsåren är avgörande för utvecklingen av den psykiska hälsan. Att främja barns och tonåringars psykiska hälsa är därigenom en investering för framtiden. De flesta unga personer som upplever psykisk ohälsa och stressrelaterade besvär har haft kontakt med sjukvården för olika problem och den vanligaste kontakten är allmänläkaren på vårdcentralen. Även om majoriteten av dessa egentligen inte behöver sjukvårdens insatser, så finns det i samband med besöket en möjlighet att informera om andra former av hjälp och stöd. Föräldrasamtal och utbildning i föräldrakunskap till småbarnsföräldrar via MVC, BVC eller familjecentraler och samverkan med kommunerna kring tonåringar och unga människor t.ex. via ungdomsmottagningarna är andra exempel på förebyggande insatser inom sjukvården.

Vuxna

Särskilt utsatta grupper i samhället är de arbetslösa, långtidssjukskrivna, vissa grupper av invandrare (speciellt nyanlända) och de med låg social och ekonomisk status. Brister i arbetsmiljön och arbetslöshet kan vara orsak till psykisk ohälsa och en riskfaktor för långa sjukskrivningar. Arbetet bidrar till människors identitet och har därigenom stor betydelse för den vuxna befolkningens hälsa. Ensamma mödrar rapporterar en sämre kroppslig och psykisk hälsa än gifta/sammanboende. Dessa kan behöva särskilt stöd t.ex. via föräldrautbildning.

För att kartlägga och följa upp den psykosociala arbetsmiljön på en arbetsplats finns etablerade skalor som används för mätning av självrapporterade arbetsmiljöförhållanden. Som exempel kan nämnas krav och kontrollmodellen och ansträngnings och belöningsmodellen. En kombination av de båda skalorna har visat sig bättre predicera ohälsa än skalorna var för sig (45, 46, 47).

Dimensionen socialt stöd har visat sig kunna modifiera effekten av bristande beslutsutrymme i förhållande till psykiska arbetskrav. Arbetsförhållanden och hälsa för Stockholms län följs upp var fjärde år baserat på Stockholms läns landstings folkhälsoenkät (48).

Utbildningsinsatser och yrkesinriktad grupphandledning, systematisk kartläggning, analys och uppföljning av arbetsmiljö och organisatoriska

riskfaktorer, handlingsplan och åtgärder för förbättrade arbetsvillkor liksom särskild utbildning och stöd till chefer är exempel på förebyggande insatser på arbetsplatsen. Särskilt viktigt är anpassning av arbetet till individen vid återgång i arbete efter lång sjukskrivning och vid arbetslivsinriktad rehabilitering.

Tillgång till en tillåtande och stödjande omgivning är väsentlig. För att kunna arbeta på ett hälsosamt sätt behöver en individ ibland också hjälp att ändra sitt förhållningssätt i relation till arbetslivet. Särskilt stöd till riskgrupper som har svårt att ta sig in på arbetsmarknaden och anställningsstöd för personer med psykisk ohälsa har visat sig vara framgångsrika åtgärder.

Äldre

En åldrande befolkning med därtill hörande konsekvenser för den psykiska hälsan kräver en effektiv insats. Nedsatt funktionsförmåga, social isolering, ensamhet och depression är stressfaktorer som kan öka den psykiska ohälsan vid hög ålder. Stödåtgärder så som sociala stödnätverk, uppmuntrande av fysisk aktivitet och deltagande i lokal ideell verksamhet har visat sig förbättra det psykiska välbefinnandet hos den äldre befolkningen (49).

Arbetsförmåga och sjukskrivning

Sjukfrånvaron på grund av psykiska besvär har ökat och särskilt bland yngre och medelålders kvinnor, som är verksamma främst inom sjukvård, omsorg och skola (48). Sjukfrånvaro p.g.a. stressrelaterad psykisk ohälsa blir ofta långvarig. Ökningen av sjukfrånvaron beror framför allt på att sjukskrivningsepisoderna blivit längre. Allt fler patienter behöver olika former av medicinska underlag som styrker deras arbetsförmåga på grund av besvär orsakade av stress, existentiella problem eller kriser.

När läkaren möter en patient som är aktuell för sjukskrivning har denne dubbla uppdrag. Förutom det rent medicinska uppdraget, som består av bedömning, utredning och behandling, har läkaren även ett försäkringsmedicinskt uppdrag. Det innebär att patientens funktions och arbetsförmåga ska bedömas och eventuellt utredas. Att göra detta kan medföra såväl etiska problem som lojalitetskonflikter, eftersom bedömningen i samband med psykisk ohälsa i stor utsträckning måste baseras på patientens beskrivning och uppfattning. Patientens berättelse kan vara svår att objektivt värdera och läkaren har sällan kunskap om de krav som ställs på patientens arbetsplats (50).

Läkaren måste även göra en prognostisk bedömning av arbetsförmågans utveckling, värdera riskerna för långvarig sjukfrånvaro och sätta in åtgärder för att motverka medicinskt omotiverad sjukfrånvaro från arbetslivet. Konkreta råd kring bedömning av funktions- och arbetsförmåga samt för utfärdande av medicinska underlag i sjukskrivningsprocessen presenteras senare i vårdprogrammets tredje avsnitt sjukskrivningsprocessen (51).

Läkarens uppgifter vid bedömning av sjukskrivningsbehov är att:

- Ställa diagnos.
- Värdera arbetsförmåga.
- Diskutera sjukskrivningens för- och nackdelar med patienten.
- Ta ställning till sjukskrivningens grad (hel- eller deltid).
- Ta ställning till sjukskrivningens längd.
- Ta ställning till vad som ska ske under sjukskrivningstiden.
- Bedöma behandlings- och rehabiliteringsbehov.
- Som medicinskt sakkunnig utfärda ett intyg som försäkringsgivare kan använda som underlag för beslut om rätt till ersättning.

Värdegrund för hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården i Stockholms län ska skapa förutsättningar för god hälsa. En person har full hälsa när han eller hon är befriad från lidande och utifrån sina speciella förutsättningar, själv tycker sig ha uppnått livskvalitet. Med utgångspunkt från de värderingar som finns i hälso- och sjukvårdslagen (HSL), ska både förebyggande och sjukvårdande insatser ske på lika villkor för länets hela befolkning. Detta fastställdes i ett policydokument kring en värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholm, 2002.

Den vård som erbjuds ska utgå från en helhetssyn, så att fysiska såväl som psykologiska, sociala, kulturella och existentiella behov och förväntningar beaktas. Patientens integritet och rätt till självbestämmande ska alltid respekteras. Behandling av sjukdom eller skada ska när så är möjligt ske i samråd med patienten. Efter behandling bör rehabilitering erbjudas. Insatserna ska bidra till att patienten uppnår och bibehåller en så god hälsa och livskvalitet som möjligt samt stödja det friska hos individen (52).

Etik och moraliskt förhållningsätt

Etik handlar om reflektion kring moraliska val. Att arbeta utifrån värdegrunden för hälso- och sjukvården och etiskt godtagbara mål är viktigt. Detta gäller särskilt i relation till patienten, men även i relation till andra vårdgivare och aktörer, som kan vara berörda. För olika yrkesgrupper finns principer i internationella deklARATIONER och i de olika yrkesförbundens regelsamlingar. Legitimerad sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar, vilket regleras genom författningar och föreskrifter. Detta står under Socialstyrelsens tillsyn.

Intressekonflikter kan uppstå i arbetet med patienter, vilket blir tydligt vid diffusa och dåligt avgränsade sjukdomsbilder och vid sjukskrivning. En läkare som möter en patient med ett utmattningssyndrom ställs inför en relativt ny problematik där evidensbaserade behandlings- och rehabiliteringsmodeller saknas, och där syftet med sjukskrivning måste bedömas. De dramatiskt ökande sjukskrivningstalen har utvecklats till ett samhällsproblem, där olika aktörer har intressen, och ansvar på grund av de stora ekonomiska konsekvenserna.

Detta innebär att läkarens sätt att sjukskriva patienter inte längre endast berör läkaren och patienten.

I vårarbetet är det oundvikligt att personalen hamnar i yrkesetiska dilemman, där olika principer kan stå emot varandra eller där bristande resurser medför att prioriteringar måste göras. För att kunna hantera detta så konstruktivt som möjligt krävs en ständigt pågående etisk reflektion.

Sekretess

Frågor om sekretess har stor betydelse vid samarbetet kring en patient.

Lagstiftningen skiljer sig åt mellan olika aktörer, vilket innebär att en handling som är sekretessbelagd hos den ene kan bli offentlig handling hos en annan.

Bästa sättet att hantera sekretessfrågorna vid remittering, intygsutfärdande, förmedling av journalkopior och samverkansmöten är att låta patienten avgöra vilken information som ska lämnas vidare t.ex. till annan vårdgivare, arbetsgivaren, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller socialtjänsten.

Utredning och behandling av stressrelaterad psykisk ohälsa

Ett tidigt omhändertagande och förståelse för problemets komplexitet, bedömning och fastställande av diagnos samt individuellt anpassad behandling och rehabilitering i samverkan mellan vårdgivare, försäkringskassan och i förekommande fall med arbetsgivaren och företagshälsovården, kan vara av betydelse för att undvika långa sjukskrivningar. Avstämningsmöten är en form för möten mellan dessa aktörer. I samband med detta lägger alla parter tillsammans med patienten upp en plan för rehabilitering och återgång i arbete.

Allmänna principer vid omhändertagande av patienter

Initialt görs en omfattande somatisk utredning som syftar till att utesluta andra sjukdomar som eventuell orsak till besvären och som kan vara möjliga hinder för en kommande rehabilitering. Detta är viktigt inte minst p.g.a. stressrelaterade besvär initialt ofta manifesterar sig somatiskt. Det är också lättare för patienten att söka för somatiska besvär.

Utredning bör innehålla noggrant anamnesupptagande innehållande bl. a. tidigare sjukdomar, organanamnes och aktuella mediciner, sömn, alkohol och drogvanor samt eventuell exposition för fästingar och toxiska produkter. Undersökningar utöver sedvanlig status är EKG- och hjärtlungröntgen. I laboratorieprovtagning ska förutom blod, elektrolyt- och thyroideastatus även borreliaserologi ingå.

Utredning av stressorer på arbetet, i hemmet och på fritiden, tecken på ökad sårbarhet i form av tidigare trauma, smärtbesvär, psykiska besvär, och familjeanamnes för depressiva symtom ingår i anamnesupptagningen. Kartläggning av resurser i form av coping-kapacitet, personlighet, utbildning och arbetslivserfarenhet är önskvärda delar för att förstå patientens problematik och uppgifterna kan även ha ett prognostiskt värde.

Tabell 3. Åtgärder grupperade efter besvärens svårighetsgrad.

Nivå 1 Stressreaktion (lindrig)	Nivå 2 Maladaptiv stress- reaktion (måttlig)	Nivå 3 Utmattningssyndrom
Screening instrument	Screening instrument	Screening instrument (Bilaga 1) Diagnos (enligt kriterier sid 18)
Samtal, våga ställa frågorna Ge livsstilsråd, hälsoremiss, fysisk aktivitet på recept, broschyrer, självhjälpssråd, stresshantering på Internet (se www.vardguiden.se)	Samtal, våga ställa frågorna Ge livsstilsråd, hälsoremiss, fysisk aktivitet på recept, broschyrer, självhjälpssråd	Ge livsstilsråd (se nivå 1 och 2)
Eventuellt kontakt för samtal med psykolog, kurator, sjuksköterska Familjeterapi Kyrkan Frivillig organisation	Samtal med psykolog, kurator, sjuksköterska	Samtal med psykolog eller psykoterapeut eventuellt remiss till psykiatrisk mottagning
	Psykologisk fokuserande behandling i grupp	Psykologisk fokuserande behandling i grupp (när patienten är redo) Eventuellt medicinsk behandling
	Uppföljning inom 1 månad	Uppföljning inom 7-10 dgr
	Eventuellt sjukskrivning (deltid)	Sjukskrivning 2-4 veckor sedan ny bedömning
	Tidig kontakt med FK ev. arbetsgivare	Kontakt med FK ev. arbetsgivare (när patienten är redo) och gradvis återgång till arbete

Behandling av lindrig stressreaktion och maladaptiv stressreaktion (nivå 1 och 2)



Figur 2. Spiralen.

Många patienter söker initialt för sömnsvårigheter, trötthet, mag- och tarmbesvär, koncentrationssvårigheter, huvud- och muskelsvärk, oro och irritation. På grund av den stora variationen i problembilden hos patienterna bör omhändertagandet initialt anpassas till den enskildes behov. För att förebygga utveckling till utmattningssyndrom/depression eller annan mer allvarlig sjukdom bör patienternas livsstil och levnadsvanor uppmärksammas.

Tillsammans med en läkare, psykolog eller kurator kan personen med hjälp av det ”goda samtalet” få möjligheter att uttrycka sina känslor och reaktioner och förstå vad som kan ligga till grund för problemen och därigenom finna lösningar. För att fånga upp patienter tidigt i processen bör följande frågor ställas:

Vad tror du själv är orsaken till dina problem?
Hur har du det med sömnen?
Hur har du det hemma?
Trivs du på din arbetsplats?

För patienter med lättare stressrelaterade problem kan man dels diskutera livsstilsråd, samt ge fysisk aktivitet på recept medan vid maladaptiv stressreaktion, vilket betyder en måttlig stress kan samtal med psykolog, kurator vara nödvändigt samt psykologisk, eller fokuserande behandling i grupp (se sidan 46). Sjukskrivning kan även bli aktuellt samt kontakt med Försäkringskassan och arbetsgivaren.

Råd om livsstilsförändring

Det har visat sig att livsstilsrelaterade frågor och råd från sjukvårdspersonal kan påverka människor till ett mer hälsosamt beteende och med god samtalsteknik kan patienterna få hjälp med att bryta en ond cirkel.

Eftersom upplevelsen av stress kan vara en bidragande orsak till att välja bort de sunda vanorna bör rådgivning rörande egenvård inkludera betydelsen av:

- Regelbunden fysisk aktivitet.
- Regelbundna matvanor.
- Regelbundna sömnvanor.

Kunskapen om fördelarna med fysisk aktivitet vid stressrelaterad psykisk ohälsa är inte vetenskapligt bevisad men det finns evidens för behandling av sjukdomar som hjärtkärlsjukdom, diabetes, osteoporos samt depression.

Det har visat sig att regelbunden fysisk aktivitet verkar förebyggande mot depression. Genom förbättrad funktionsförmåga ökar välbefinnandet, och den kognitiva förmågan bibehålls, depressionssymtomen minskar och självkänslan förbättras. Det finns därmed all anledning att hänvisa till Fysisk aktivitet på recept (FAR) (53, 54), (www.fyss.se).

Hälsorelaterade problem i samband med användandet av alkohol, droger och nikotin ska också inkluderas i rådgivande samtal. Vid Centrum för folkhälsa finns även tillgång till kostnadsfri hjälp och rådgivning per telefon, Alkohol-linjen (020-84 44 48, www.vardguiden.se) och Sluta rökalinjen (020-84 00 00, www.sluta-roka-linjen.org).

Stöd för egenvård och stresshantering kan personer få bland annat via "Vårdguiden", www.vardguiden.se, föreningar, studieförbund och via SPA-anläggningar. Program för avslappning och stresshantering kan även köpas på apoteket för egenbruk.

Ordinationer om livsstilsförändring ska följas upp på liknande sätt som vid farmakologisk behandling.

Behandling av patienter med diagnosen utmattningssyndrom

Diagnosen ställs enligt Socialstyrelsens kriterier (se sid. 17). Till hjälp kan ett frågeformulär t.ex. "Karolinska Exhaustion Scale" användas, (bilaga 1).

Behandling i det akuta läget

Patienterna i det mest akuta läget är oftast både kroppsligt och psykiskt utmattade med en nedsatt kognitiv funktionsförmåga och rädsla för vad som händer med dem. I denna fas behövs grundlig somatisk undersökning och ofta sjukskrivning initialt med varierande sjukskrivningsgrad upp till 2–4 veckor. Det behövs modifiering av livsföring t.ex. att minska stressen, äta regelbundet, ta dagliga promenader, försöka nå balans mellan vila och aktivitet samt eventuell medicinering. Samtalsbehandling kan påbörjas även i det akuta läget men måste då givetvis anpassas till patientens status.

Fortsatt behandling

När patienten har börjat återhämta sig och sover bättre kan man börja med psykologisk behandling individuellt eller i grupp. Behandlingen kan även kombineras med psykosomatisk sjukgymnastik med kroppskännedom, an- och avspänning, Qigong eller Taichi samt mindfulness-baserad stressreduktion som har visat sig effektiv och kan tränas i grupp (55), (bilaga 2 Terapiformer). I denna fas kommer det upp frågor om hur man kunnat hamna i ett utmattningstillstånd. Orsaker och uppkomst behöver begripliggöras utifrån patientens livsberättelse. Man tar man även ställning till förnyad och utvidgad somatisk undersökning.

Det är viktigt att diskutera på vilket sätt hälsa och arbetskapacitet har påverkats av stressen. Man behöver belysa utvecklande av undvikande beteende för vissa arbetsuppgifter och successiv arbetsåtergång med varierande sjukskrivningsgrad under 2–10 veckor bör tillämpas. Vid ångest, depression samt affektiv sjukdom i samband med utmattningssyndrom, (se respektive regionalt vårdprogram, www.hsn.sll.se/mpa).

Rehabilitering

Patienterna med utmattningssyndrom har nästan undantagslöst kognitiva problem framförallt minnes- och koncentrationssvårigheter. Detta kan bli ett hinder vid återgång till arbetet. Många patienter behöver därför hjälp med arbetslivsinriktad rehabilitering. Detta ska ske i samråd med Försäkringskassan och arbetsgivaren. I fortsatt samtalskontakt behöver man stödja de inlärdade coping-strategierna och ha uppföljande kontakter.

Det är vanligt bland patienter med utmattningsproblematik att ange arbetet som orsak till besvären. Om man misstänker att faktorer på arbetsplatsen är orsak till besvären, bör arbetsplatsutredning genomföras så snart som möjligt efter insjuknandet för att ge förslag till åtgärder för både den enskilda individen och arbetsplatsen som helhet. Företagshälsovården har bred kunskap om arbetsmiljön och är oftast bäst lämpad att utreda patienter med denna typ av besvär. Vid svårbedömda fall kan patienten remitteras till yrkesmedicinsk klinik för utredning och sambandsbedömning.

Medicinsk behandling

Det saknas idag evidens för farmakologisk behandling vid utmattningssyndrom även i de fall då kriterierna för egentlig depression också är uppfyllda. Den depression som kan drabba patient med utmattningssyndrom är enligt forskare idag, att betrakta mer som en komplikation till utmattningssyndromet än ett eget tillstånd jämförbart med egentlig depression. Detta måste beaktas vid all farmakologisk behandling av patienter med utmattningsproblematik särskilt vad gäller behovet av uppföljning, eftersom vi inte säkert kan förvänta oss effekter och reaktioner som vid vanliga depressioner. När depressionen läkt ut, bland annat med hjälp av den medicinska behandlingen, så har med största sannolikhet inte utmattningssyndromet i sin helhet läkt ut varför eventuella övriga behandlingsinsatser och uppföljningar bör fortsätta.

Läkemedelsbehandling av symtom vid utmattningssyndrom

- Symtom från autonoma nervsystemet som t.ex. hjärklappning – kan behandlas med betablockerare t.ex. propranolol (Inderal) i låg dos, 10 mg vid behov.
- Vid sömnbesvär kan zopiklon (Imovane) 5–7,5 mg ges till natten vid behov, liten mängd tabletter t.ex. 10 st. skrivs ut på recept.
- Ångestbesvär behandlas med anxiolytika, t.ex. oxascand (Sobril) 5–10 mg vid behov, liten mängd tabletter, 25 st. skrivs ut.

Viktigt med uppföljning av behandlingsresultatet!

Antidepressiva läkemedel

Vid val av antidepressiva läkemedel bör gängse principer för behandling av depression i primärvården följas d.v.s. förstahandsmedel är:

- **SSRI**, t.ex. citalopram eller sertralín.

Uppföljning bör ske inom 4 veckor. Om ingen eller otillräcklig effekt kan ses bör dosökning övervägas och ny uppföljning inom ca 2 veckor.

Om fortfarande ingen eller otillräcklig effekt kan ses bör ytterligare dosökning övervägas upp till rekommenderad maxdos.

Om effekten fortfarande inte är tillfredsställande bör därefter övervägas byte till preparat inom:

- **SNRI-gruppen**, t.ex. duloxetin (Cymbalta) eller venlafaxin (Efexor).

Behandlingstidens längd vid depression diskuteras fortfarande och konsensus saknas, men i rekommendationerna från SBU talar man om en behandlingstid på minst 6 och i vissa fall upp till 12 månader efter symtomfrihet för undvikande av återfall (se mer om behandling av depression i regionalt vårdprogram Depression och bipolär sjukdom, www.hsn.sll.se/mpa).

Risken för återfall bedöms dock som något mindre i den grupp av patienter som normalt behandlas inom primärvården och således vet man inte vad som gäller för gruppen patienter med utmattningsdepression i denna fråga.

Mot bakgrund av att evidens ännu saknas för medicinsk behandling av utmattningssyndrom och utmattningsdepression kan följsamhet troligen underlättas av en viss öppenhet gentemot patienten kring detta förhållande. Patienterna blir alltmer pålästa och kunniga i dessa åkommor och har ibland en kritisk inställning till medicinering. Ett resonemang kan då föras med patienten om att vi tillsammans, i avsaknad av studier på just detta förhållande, prövar denna behandling med tät uppföljning. På så vis skapas inte heller orealistiska förväntningar på den medicinska behandlingen som ju är att se som ett komplement till övriga behandlingsinsatser som t.ex. stresshantering (bl.a. psykosomatisk sjukgymnastik och mindfulness-baserade behandlingsmetoder) och psykoterapi.

Psykologisk behandling

Med tanke på det osäkra evidensläget är det emellertid i nuläget inte möjligt att rekommendera en behandlingsteknik som överlägsen eftersom pågående forskningsstudier inte är avslutade. Psykologiska interventioner i kombination med aktiv arbetsrehabilitering tycks dock vara lovande (56). I en ännu opublicerad studie jämfördes fokuserad gruppterapi med kognitiv gruppterapi och individuell psykoterapi. Resultaten visade att patienternas psykiska symtombelastning minskade och sjukskrivningssituationen förbättrades, men man fann inga skillnader i resultat mellan de olika metoderna. I de skalor som mätte ångest och depression låg medelvärdena vid ett års uppföljning inom ramen för normalvariationen och 65 procent av patienterna hade återgått till arbete helt eller delvis (57).

Resultaten ligger i linje med dem som man fått i annan jämförande psykoterapiforskning. Med undantag för behandling vid specifika fobier, grava missbruksproblem och tvångssyndrom har man inte funnit några skillnader mellan metoder. I nuläget finns det ingenting som talar för att den ena eller andra psykologiska metoden skulle vara överlägsen vid behandling av stressrelaterad psykisk ohälsa. Den intressanta forskningsfrågan handlar snarare om individualisering, d.v.s. att olika tekniker passar för olika patienter med samma symtombild. Psykoterapeutisk teknik har givetvis en betydelse vid behandling, men i jämförande studier har man alltså inte kunnat påvisa att specifika metoder kan förklara mer än 10–15 procent av variationen i de valda utfallskriterierna.

Det tycks istället förhålla sig så att den enskilda terapeutens skicklighet spelar en avgörande roll.

Den samlade psykoterapiforskningen fäster uppmärksamheten på terapeutens kompetens och förmåga att skapa ett gott samarbete med patienten, vilket verkar ha en större betydelse än den metod psykoterapeuten bekänner sig till. Det finns därför anledning att lyfta fram vad som kännetecknar en god psykoterapeut snarare än att framhålla en viss skolbildning. Man behöver således ställa sig frågan om vad som kännetecknar god psykologisk behandling oavsett metodinriktning.

I forskningen har påvisats att vissa generella aspekter förekommer i alla psykoterapier oavsett skolbildning. De gemensamma terapeutiska faktorerna definieras i termer av:

Stöd: Tillit, empati, respekt, bekräftelse, struktur, terapeutisk allians etc.

Lärande: Råd, feedback, affektiv upplevelse, kognitiv förståelse etc.

Handling: Att konfrontera det som man är rädd för, bemästrande, ta risker, pröva nya beteenden, etc.

Aktuell forskning erbjuder ett mer specifikt sätt att beskriva vad som är verksamt i psykologisk behandling (se nedan). Indelningen bygger på frågor till ca 1 200 psykoterapeuter med olika teoretisk orientering om vad de ansåg känneteckna goda behandlingsinterventioner (58). Istället för att rekommendera en specifik terapimetod bör psykologisk behandling vid stressrelaterad ohälsa kännetecknas av följande faktorer:

Underlättande: Empati, acceptans, engagemang, värme, samförstånd.

Auktoritativt stöd: Samarbete, lugnande återförsäkring, ansvarstagande, omformulering av problemet.

Coaching: Stödjande, uppmuntran, terapeuten som expert, terapins logiska grund, uttrycklig ledning, aktiv kontroll, råd och vägledning, didaktiska inslag.

Vägledande processer: Personlig öppenhet, utforskande av aktiviteter, förklara upplägget på terapisessionen, summera, utmana.

Strukturerande: Sätta och följa en dagordning, ge hemuppgifter, granska genomförandet av hemuppgifter, schemalägga och strukturera aktiviteter, självobservation.

Psykologisk behandling syftar till att förändra förhållningssätt/beteenden som påverkar patientens upplevelse av kompetens och självkänsla, något som visat sig vara en central problematik för patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa (13). Patienternas svårigheter att hantera stressfaktorer i sina liv kan generellt uttryckas som kommunikationsproblem i relation till andra människor; överordnade, kollegor, familjemedlemmar, vänner. Patienterna behöver därför lära sig att känna igen egna reaktionsmönster, pröva olika förhållningssätt i relation till andra och återupptäcka mönster som har fungerat tidigare. Detta sker både i terapin och i samband med hemuppgifter som utförs mellan terapisessionerna.

En minsta gemensamma nämnare för bra behandling är ett tydligt fokus på ett av patienten subjektivt upplevt problem. Detta fokus bör sammanfatta patientens svårigheter att vara och uttrycka sig själv i emotionellt krävande situationer, d.v.s. spegla sådana sammanhang som bidragit till de aktuella problemen. Målet bör vara en ökad förståelse och beteendeförändring i relation till andra människor, samt vid behov, livsstilsförändring. För att få ut mesta möjliga av tiden i terapin bör stor vikt läggas vid att formulera ett individuellt fokus tillsammans med patienten. fördelarna med detta är många:

- Patienten blir direkt involverad.
- Patienten förstår hur behandlingen kan hjälpa.
- Minskar känslan av att vara drabbad.
- Bidrar till att ge hopp.
- Ger ökad motivation.
- Ökar nyfikenhet och självreflektion.
- Tydliggör det presenterade problemet.
- Tydliggör negativa interpersonella problem liksom resurser.
- Bidrar till att bygga den terapeutiska alliansen.
- Vägleder terapeuten.

Patienter med utmattningsproblematik upplever sig ofta som offer för olika omständigheter. I ett tidigt skede av processen är det fortfarande möjligt att med korttidsbehandling vända en negativ trend hos patienten till en aktiv problemlösning.

Psykologisk behandling i grupp

Psykologisk behandling i grupp lämpar sig väl för patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa. Erfarenheten är att patienterna har stor glädje av varandra. Det innebär ett särskilt värde i sig att träffa andra som varit med om likartade händelser. Det skapar en omedelbar samhörighet och minskar upplevelsen av skam.

Själva berättandet har också ett värde i sig, särskilt då det är autentiskt och affektivt laddat. Människor som har gått igenom en fas i sitt liv då de inte känner igen sig själva behöver återfinna och kanske upptäcka nya aspekter av sig själva. Det sker till stor del genom berättande. Berättelsen ger en upplevelse av kontinuitet och identitet, men det behöver kompletteras med att träna färdigheter och pröva nya beteendemönster.

Det är den jämlika dialogen och samtalet mellan patienterna i gruppen som ger gruppterapien en särskild prägel. Med tanke på att metoden dessutom innebär ett effektivt resursutnyttjande, bör gruppterapi i större omfattning användas som behandlingsmetod.

Behandlingen går ut på att patienten skall lära sig nya förhållningssätt i situationer som tidigare lett till dålig självkänsla och upplevelse av minskad kompetens. I gruppen kan patienten identifiera situationer och beteendemönster som är riskfyllda och lära sig nya sätt att handskas med emotionellt påfrestande händelser.

Lärandet uppstår dels i interaktionen med de övriga i gruppen, men också genom att patienten får mod att pröva nya beteenden i sitt vardagsliv. Genom att utmaningarna ökas i en avpassad takt, kan patienten uppleva den positiva förstärkningen av att bli bekräftad av andra och tillfredsställelsen av att behärska situationer som tidigare upplevts som svårbemästrade.

Erfarenheter från kliniska studier visar att behandling bör sträcka sig över minst 3–4 månader med initialt ett par träffar per vecka som sedan kan glesas ut till en gång i veckan (57). Det finns även klinisk erfarenhet av s.k. halvöppna grupper, d.v.s. ett system som innebär att gruppen pågår kontinuerligt men deltagarna börjar och avslutar individuellt. En sådan form är ofta praktisk i klinisk verksamhet. Det blir i allmänhet kortare väntetid för patienterna och mindre mödosamt för terapeuten varje gång man ska starta en ny grupp.

Det är angeläget att understryka att forskningsresultaten inom området tydligt visar att man behöver ta tillvara gruppens specifika potential för att gruppformen skall vara bättre än individualterapi.

Det betyder inte att man bara kan sätta patienterna i grupp och använda traditionella tekniker. Om man gör det riskerar man att få sämre utfall än vid individuell terapi. Klinisk erfarenhet har visat att det finns risker förenat med att använda gruppen som behandlingsinstrument om man inte är medveten om gruppens speciella dynamik. Patienter kan som en följd försämrats av behandlingen eller inte bli hjälpta alls. Om man inte har specifik kunskap om gruppterapi är det säkrare att ta patienterna i individuell behandling (59, 60).

Samtalsledare för gruppbehandling

Gruppbehandling har stor potential, men är också förenad med vissa risker. Samtalsledarens personliga kvaliteter är avgörande för utfallet. Urvalet av behandlare är därför avgörande för framgång med konceptet.

Det är inte i första hand teoretiska kvalifikationer som är det mest väsentliga, utan personlig mognad och förmåga att ta rollen som ledare i en grupp med terapeutiska syften. Förutom sedvanlig teori och metodundervisning bör därför en del av utbildningen vara att själv delta i en samtalsgrupp. Under en sådan process kan man dels förstå gruppens utveckling och dynamik, men även komma till insikt i om man är lämplig att själv leda en grupp.

I utbildningen bör det ingå att genomföra en samtalsgrupp med den aktuella patientgruppen. Erfarenheten att själv leda gruppsamtal under handledning är avgörande för att kunna bedriva gruppbehandling på egen hand.

Handledningen bör vara det mest centrala momentet i utbildningen. Där ventileras urval, gruppsammansättning, fokus, beteendeförändring, gruppprocesser och avslutning. Utgångspunkten är givetvis att patienterna ska lära sig nya beteenden, men även för samtalsledarna kan det vara en mödosam väg innan de till slut förstår hur gruppens unika potential kan utnyttjas till patienternas bästa (se bilaga 3 Utbildningar).

Sjukskrivningsprocessen

Enligt socialförsäkringen krävs en sjukdom eller skada som grund för rätten till ersättning. Denna sjukdom eller skada ska medföra en nedsättning av funktionsförmågan, som i sin tur medför att den sjuke/skadade inte kan utföra sitt normala arbete (vid korttidssjukfrånvaro) eller annat vanligt förekommande arbete på arbetsmarknaden (långvarig sjukfrånvaro). Vid bedömning om rätt till ersättning ska bortses från ekonomiska, sociala och arbetsmarknadsmässiga förhållanden. Sjukvården fungerar som grindvakt till socialförsäkringen genom sitt uppdrag att utfärda medicinska underlag, men har även en viktig roll i sjukskrivningsprocessen när det gäller den sjukes möjlighet att bibehålla eller återfå arbetsförmåga. Beslut om rätten till ersättning i form av sjuklön, sjukpenning eller sjukersättning fattas av arbetsgivaren alternativt Försäkringskassan utifrån de medicinska underlagen (61).

Försäkringsmedicinsk bedömning

Grunden i den försäkringsmedicinska bedömningen är att fastställa patientens arbetsförmåga. Att göra en sådan bedömning i samband med psykisk ohälsa kan vara i det närmaste omöjligt för en enskild läkare. Besvären och hur olika risk och friskfaktorer påverkar dessa kan vara svåra att objektivt värdera, varför flera personer med olika kompetens kan behövas för den samlade bedömningen. Bristande kännedom om patientens arbetsplats och de krav som ställs på denne i arbetet är andra faktorer som gör bedömningen problematisk.

Nedanstående frågor syftar till att hjälpa läkaren och övriga i vårdteamet att göra en helhetsbedömning kring arbetsförmågan inklusive de faktorer som påverkar patientens möjlighet att återgå i arbete. Bedömningen ska leda till ett ställningstagande om läkaren ska utfärda ett medicinskt underlag för bedömning om sjuklön/sjukersättning, vad som ska stå i detta och vilka åtgärder som behöver sättas in för att ge patienten adekvat rehabilitering. Ekonomiska, sociala och arbetsmarknadsmässiga förhållanden påverkar patientens problembild och frågor om sådana förhållanden kan behöva ställas, även om läkaren ska bortse från dessa vid bedömningen av arbetsförmågan utifrån intentionerna i socialförsäkringen (62).

De patienter vars nedsättning av arbetsförmågan bedöms bero på eller påverkas av andra faktorer än sjukdom bör få information om detta och stöd att söka adekvat hjälp utanför sjukvården. Det finns annars risk för medikalisering med kommande långvarig och medicinskt omotiverad sjukfrånvaro (63).

Frågor vid bedömning av arbetsförmågan

1. Vilken/vilka sjukdomar eller besvär förorsakar nedsättning av funktionsförmågan?

Att tänka på:

- Huvuddiagnos, bakomliggande orsak.
- Bidiagnoser (komorbiditet och bakomliggande orsaker) som bidrar till funktionsnedsättningen.
- Stressorer (omgivningsfaktorer) som påverkar patientens tillstånd och/eller behandling.
- Hur påverkas patientens relation till behandlaren och dennes bedömning av bakomliggande sjukdom/skada.

2. Hur påverkas de kroppsliga, psykiska och själsliga funktionerna?
3. Vilken typ av arbetsuppgifter kan patienten utföra/inte utföra? (arbete som kräver koncentration, arbete i relation till andra, arbete som kräver beslutsförmåga).
4. Hur påverkas patientens möjlighet att utföra sina vanliga arbetsuppgifter?

Att tänka på:

- Krav utifrån aktuella arbetsuppgifter (vem ställer kraven; patienten själv, chefen, arbetskamraterna, annan).
- Vilka av sina arbetsuppgifter kan patienten utföra?
- Krav på förändringar på arbetet, resan till eller från arbetet eller i hemmet för att patienten ska kunna klara av sina arbetsuppgifter.

5. Vilka alternativa arbetsuppgifter på arbetsplatsen kan patienten utföra?
6. Om patienten anger sig vara helt arbetsoförmögen, d.v.s. oförmögen att arbeta två timmar, så bör orsaken till detta särskilt belysas.

7. Vilka faktorer har betydelse för patientens nedsatta funktionsförmåga i hemmet, på fritiden och på arbetet och hur påverkas dessa vid en eventuell sjukskrivning?
8. Vilka är konsekvenserna av patientens besvär i hemmet, på fritiden och på arbetet och hur påverkas dessa vid sjukfrånvaro?
9. Vilka är risk och friskfaktorerna för långvarig sjukfrånvaro?
10. Hur ser patientens tidigare sjukfrånvaro ut?
11. Är patientens arbetsituation olämplig ur besvärssynpunkt?
12. Hur viktigt är arbetet för patienten, vad gör denne själv för att kunna arbeta och vilket stöd finns i omgivningen (familj, vänner) i relation till arbetet?
13. Hur viktig är patienten för arbetsgivaren och vad är denne villig att göra för att underlätta patientens möjlighet att arbeta?
14. Finns det hindrande konflikter på arbetsplatsen?
15. Har patienten/patientens arbetsplats tillgång till företagshälsovård?

Förutom ovanstående frågor kan vårdgivaren som stöd vid bedömning av patientens arbetsförmåga använda sig av screeninginstrument/frågeformulär. I VISS (www.viss.nu) under fliken Försäkringsmedicin (F) finns ett kortfattat sådant att hämta. Det finns flera fördjupningsinstrument, t.ex. Sassam som utvecklats av Försäkringskassan men som även används inom sjukvården (www.sassam.net).

Utfärdande av medicinskt underlag för bedömning om ersättning i form av sjuklön/sjukpenning

Under de första två veckorna beslutar arbetsgivaren om rätten till sjuklön. För tiden därefter och för hela sjukepisoden för arbetslösa och egna företagare beslutar Försäkringskassan om rätten till sjukpenning. Beslut för den första veckans sjukfrånvaro baseras på den sjukes sjukanmälan och egenförsäkran, men från dag åtta krävs ett medicinskt underlag i form av ett läkarintyg. Arbetsgivaren kan kräva läkarintyg från första dagen i vissa fall. Denna begäran ska vara skriftlig. Arbetsgivaren har inte rätt att kräva information om den diagnos som ligger bakom sjukfrånvaron, om detta inte är reglerat i kollektivavtal.

Varje medicinskt underlag ska utgå från en aktuell bedömning av patientens hela situation enligt ovan och anpassas till individuella förutsättningar och

insätta åtgärder även i de fall det finns generella riktlinjer för sjukskrivningens längd vid den diagnos som patienten lider av. Intyget ger läkaren möjlighet att påtala behov av åtgärder samt behov av kontakt med arbetsgivaren eller Försäkringskassan. Rutan för övriga upplysningar på sjukintyget kan även med fördel användas för att ge kompletterande medicinska råd eller rekommendationer till övriga aktörer. Man kan även i denna ruta förtydliga hur huvudsjukdomen tillsammans med samsjuklighet (comorbiditet), påverkande omgivningsfaktorer och arbetets krav nedsätter arbetsförmågan (64).

Förhållningssätt

I arbetet med sjukskrivningspatienter riskerar vårdgivaren att hamna i moraliska dilemman och lojalitetskonflikter genom det dubbla uppdraget. Enligt läkarförbundets riktlinjer skall läkaren i intyg och utlåtanden endast bestyrka vad som har saklig och professionell grund. Nedan följer några tips om förhållningssätt vid utfärdande av medicinska underlag och planering av insatser som ska sättas in under sjukfrånvaron (handlingsplan).

- Värdera för- och nackdelar med sjukskrivning tillsammans med patienten.
- Undvik passiv sjukfrånvaro i väntan på åtgärder. Ta initiativ som stödjer patientens möjlighet att återfå arbetsförmåga.
- Bedöm vad som behöver göras för att patienten ska återfå arbetsförmåga och i vilken ordning dessa insatser bör sättas in. Genomför om möjligt flera åtgärder samtidigt, t.ex:
 - Ge råd till arbetsgivaren och Försäkringskassan om lämpliga åtgärder (på intyget eller via personlig kontakt).
 - Vårdteamets utredning och behandling (medicinsk och psykosocial).
 - Ge råd till patienten om fysisk aktivitet och annat denne kan göra själv.
 - Remiss till specialresurs eller rehabiliteringsenhet för utredning / behandling.
- Ta kontakt med Försäkringskassa och/eller arbetsgivare (initiera avstämningsmöte).
 - Skriv remiss till företagshälsovård om patienten har sådan.
 - Arbetsträning/arbetsplatsbesök.
- Använd deltidssjukskrivning så långt det är möjligt och pröva olika grader av deltid.
- Planera för successiv återgång i arbete redan från sjukfrånvarons början.

- Överväg tidigt arbetsträning/arbetsplatsbesök om detta är möjligt.
- Involvera vid behov fler yrkesgrupper i omhändertagandet av patienten.
- Patienten bör vara åter i arbete så snart som besvären så tillåter om inte arbetet i sig eller arbetsmiljön bedöms vara skadlig för patienten.
- Vid misstanke om att problemen är arbetsplatsorsakade eller att arbetet har skadlig inverkan, vidta åtgärder som stödjer patienten i relationen med arbetsgivaren genom att koppla in företagshälsovård eller informera Försäkringskassan.
- Om återgång i nuvarande arbete bedöms skadligt på längre sikt vidta åtgärder som syftar till att patienten kan byta arbete/arbetsplats genom kontakt med arbetsgivare, företagshälsovård, Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen.

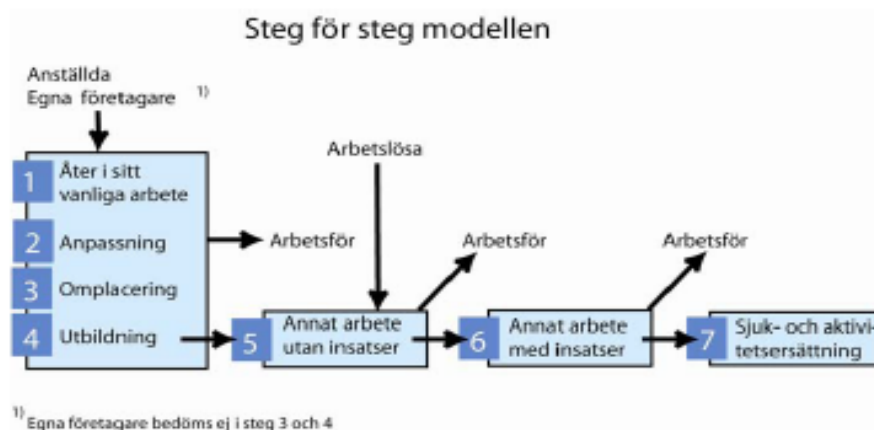
Återgång i arbete

Ju längre sjukfrånvaro från arbetet, desto svårare kan det vara att komma tillbaka. Det är därför av stor vikt att patienten om möjligt har en regelbunden kontakt med sin närmaste chef och arbetsplats. Är arbetsplatsen den primära orsaken till den psykiska ohälsan behövs tidiga insatser för att skapa möjlighet för patienten att komma tillbaka till samma arbetsplats eller för en omplacering hos arbetsgivaren.

Arbetsvillkoren måste anpassas till individuell kapacitet och förmåga när en patient ska återgå i arbete särskilt efter lång tids sjukfrånvaro. Om förändring av individens arbetsvillkor inte är möjlig, bör övervägas om patienten ska pröva annat arbete på annan arbetsplats.

Till sin hjälp kan behandlande läkare använda den sjustegsmodell som Försäkringskassan arbetar efter vid sina bedömningar (*figur 3*).

Det finns även en metod – ARIA för extern bedömning av psykosociala förhållanden i arbetet (65), som kan användas för att anpassa arbetet vid återgång efter sjukskrivning. Metoden används bl.a. inom företagshälsovården.



Figur 3. Sjustegsmodellen.

1. Kan den försäkrade utföra sitt vanliga arbete efter nödvändig behandling eller konvalescens?
2. Kan den försäkrade utföra sina nuvarande arbetsuppgifter efter viss rehabilitering eller anpassning av arbetsuppgifterna?
3. Kan den försäkrade utföra och få andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare utan extra insatser?
4. Kan den försäkrade få andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare efter viss utbildning eller rehabiliterande insatser?
5. Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden förekommande arbete, utan extra insatser?
6. Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete efter vissa rehabiliterande insatser till exempel utbildning eller omskolning?
7. Är den försäkrade arbetsförmögen för minst ett år eller varaktigt?

En annan viktig aspekt är att pågående terapeutiska insatser inte avbryts i och med arbetsåtergången, utan fortgår även en tid efter att patienten gått tillbaka till arbetet och/eller att arbetsgivaren alternativt företagshälsovården ger någon typ av "coaching". Det finns annars en stor risk att arbetsåtergången misslyckas eller att återfall inträffar, eftersom individen utan stöd lätt återgår till tidigare beteenden. Vilka insatser som krävs och hur länge dessa behövs är individuellt och påverkas av sjukfrånvarons längd.

Arbets-skadeutredning

Ibland utreds om utmattningssyndrom kan klassificeras som arbets-skada. Eftersom det vanligen är faktorer både i och utanför arbetet som bidragit till insjuknandet är det ofta svårt att värdera utmattningssyndrom utifrån arbets-skadelagstiftningens utgångspunkt. Det kan vara mer meningsfullt att undersöka om enskilda psykiska sjukdomstillstånd eller symtom som t.ex. depression uppfyller kriterierna för arbets-skada. Enligt arbets-skadelagen från 2002-07-01 är en arbets-skada ”en skada till följd av olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbetet”. Denna skada skall anses ha uppkommit av sådan orsak om övervägande skäl talar för det. I lagen står även att ”som arbets-skada anses inte en skada av psykisk eller psykosomatisk natur som är en följd av en företagsnedläggelse, bristande uppskattning av den försäkrades insatser, vantrivsel med arbetsuppgifter eller arbetskamrater eller därmed jämförliga förhållanden”. Detta innebär att endast ett fåtal fall av utmattningssyndrom hittills godkänts som arbets-skada.

Specialistresurs för sambandsbedömningar avseende sjukdomstillstånd och arbetsmiljöexponering finns inom landstinget på Arbets- och miljömedicin, Centrum för folkhälsa, Forum (www.folkhalsoguiden.se). Både läkare och handläggare på Försäkringskassan kan remittera dit. En sambandsbedömning används som underlag vid arbets-skadeutredning på Försäkringskassan eller annan försäkringsinstans.

Kvalitetsindikatorer och uppföljning av behandling

Det är viktigt att följa upp metoder, processer och behandlingsresultat för patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa, såväl ur ett hälsoekonomiskt perspektiv som utifrån patientens återfunna hälsa, livskvalitet och återgång till arbete. Nedan finns två kvalitetsindikatorer preciserade, i övrigt finns ett antal områden nämnda där det är önskvärt med uppföljning.

Exempel på kvalitetsindikatorer

- Användning av skalor och mätinstrument med god validitet och reliabilitet för att följa upp hälsoläget för patienter med diagnosen utmattningssyndrom.

Detta utförs genom att undersöka antalet patienter med diagnosen utmattningssyndrom som skattats med utvärderande skalor i relation till det totala antalet patienter med diagnosen utmattningssyndrom.

- Dokumentation och uppföljning av erbjuden psykologisk behandling på vårdcentralen genom att jämföra hälsoläget för antalet patienter med diagnosen utmattningssyndrom som erbjudits respektive inte erbjudits psykologisk behandling.

Detta utförs genom att undersöka antalet patienter med diagnosen utmattningssyndrom som erbjudits psykologisk behandling i relation till det totala antalet patienter med diagnosen utmattningssyndrom.

Ytterligare exempel på indikatorer

- Väntetid i antal veckor till påbörjad behandling för patienter med diagnosen utmattningssyndrom som erbjudits psykologisk behandling.
- Andelen patienter som har en dokumenterad rehabiliteringsplan.
- Andelen patienter som har haft ett avstämningsmöte (Försäkringskassan, arbetsgivare, läkare och patient).

- Tillgång till anhöriginformation om stressrelaterad psykisk ohälsa vid vårdcentralen.
- Återgång i arbete på heltid efter viss tid (andel patienter).
- Återgång i arbete på deltid efter viss tid (andel patienter).
- Sjukskrivningens längd före kontakt med primärvården.
- Sjukskrivningens längd totalt.

Konsekvensanalys

Ett patientvalssystem ska införas för husläkaruppdraget i SLL den 1 januari 2008. Det är för närvarande okänt i vilken utsträckning den psykosociala kompetensen i primärvården kommer att beröras av detta. En patientvalsmodell med fri etablering efter auktorisationsförfarande kan förväntas ha betydelse för organisatoriska lösningar m.m. avseende flera inslag i den berörda vårdgrenen. I avsaknad av mer konkreta besked om innehållet i den tänkta modellen lämnas eventuella konsekvenser av denna förändring utanför resonemanget i detta avsnitt.

Diagnosen utmattningssyndrom är relativt ny som avgränsat kriterium. Tillgång på resultat från vetenskapliga studier samt uppgifter om resursanvändning och kostnader, vilka berör det definierade problemet är begränsat. Mer långsiktiga erfarenheter och rön rörande området saknas av samma nämnda skäl. Detta framgår även då man i registerstatistik skall avgränsa uppgifter till att gälla enbart den definierade diagnosen. Tillämpning av diagnossättning i vården kan vara mycket olika. Dock sker en alltmer ökad diagnosregistrering i öppna vårdformer. Krav på diagnosregistrering av andra personalkategorier än läkare ställs i allt högre utsträckning i uppdragsbeskrivningar och avtal. Utvecklingen går dock olika fort och ännu finns ingen total täckning.

Dessa ofullkomligheter utgör ett hinder för att på ett heltäckande sätt och där samtliga aspekter skall kunna tillvaratas, beskriva konsekvenser av vårdprogrammet i form av kvantifierbara sifferunderlag. Bristen på olika dataunderlag gällande utmattningssyndrom medför således att redovisningen av konsekvenser i detta avsnitt måste begränsas till mer generella resonemang.

Förekomst av stress/utmattningssyndrom

Psykisk ohälsa står för 12 procent av den samlade sjukdomsbördan i världen enligt WHO:s uppskattningar (66). Depressionssjukdomarna är vidare bland de viktigaste orsakerna till ohälsa, produktivetsbortfall och arbetsoförmåga i Sverige (67). På samhällsplanet kan konstateras att sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa har ökat dramatiskt sedan mitten av 1990-talet både i längd och antal. År 2002 hänfördes 26 procent av samtliga sjukskrivna till psykiska besvär, där depression, ångesttillstånd och stressrelaterad problematik dominerade (2).

Självrapporterad sjuklighet

Enligt Folkhälsoenkäten från 2002 (68) rörande frågor om nedsatt psykiskt välbefinnande (12 batterifrågor om psykisk hälsa) svarade 28,7 procent av invånarna i länet att de känner av någon form av psykisk ohälsa. Andelen av kvinnorna var 34 procent och andelen av männen 24 procent. Högst andel hade Rinkeby med 44 procent, Katarina-Sofia 36 procent, Sundbyberg 36 procent, Liljeholmen 35 procent och Kista 35 procent, och lägst andel hade Danderyd och Nykvarn med 24 procent.

Enligt samma enkät svarade 4,5 procent att de var förtids- eller sjukpensionärer. Andelen kvinnor var 4,7 procent och andelen män 4,3 procent. Enligt data från Riksförsäkringsverket var 7,7 procent av invånarna 16-64 år förtidspensionerade. För kvinnorna var andelen 9,1 procent och för männen 6,4 procent. Totalt fanns år 2005 knappt 100 000 förtidspensionärer i länet.

Sjukskrivningsorsaker

Statistik från Försäkringskassan över pågående sjukfall (på nationell nivå) i juni 2006 visar att de vanligaste diagnoserna är depressiv episod (10,8 %) samt anpassningsstörningar och reaktion på svår stress (10,5 %). Andra vanliga sjukskrivningsorsaker är andra ångestsyndrom (3,3 %), problem som har samband med svårigheter att kontrollera livssituationen (1,2 %) samt recidiverande depressioner (1,1 %). I samtliga av dessa är kvinnornas andel cirka 70 procent av de sjukskrivna.

Vårdkontakter

Enligt besöksstatistik från landstingets VAL-databas under perioden januari-augusti 2006 har 11 759 individer, av vilka cirka 75 procent var kvinnor, besökt psykolog eller kurator i primärvården. Störst andel besök gjordes av individer i åldersgrupperna mellan 30 och 49 år. Om man ser till antalet personer per 1000 invånare som besökt psykologer och kuratorer skiljer det sig kraftigt mellan kommunerna/stadsdelarna. Högst antal är det i Salem och Upplands-Bro, med 61 respektive 53 personer/1 000 individer. Lägst antal är det i Skarpnäck samt Katarina-Sofia och Maria-Gamla Stan, med 5 respektive 6 personer/1 000 invånare. Även antalet besök per individ skiljer sig från som

flest i Solna och Upplands Väsby där patienterna i genomsnitt träffar psykologen eller kuratorn 5,5 respektive 5,4 gånger. Minst antal besök gör patienterna i Katarina-Sofia och Farsta som bara träffar sin psykolog eller kurator i genomsnitt 1,8 respektive 1,9 gånger.

Diagnoser

De flesta psykologer och kuratorer har inte angett någon diagnos, och det har inte varit möjligt att se vilken diagnos som remitterande husläkare angett i remissen till kurator eller psykolog. Uppgifterna nedan är de diagnoser som husläkaren satt vid sitt möte med patienten. Drygt en fjärdedel av de 11 759 patienterna som träffat psykolog eller kurator har inte fått någon diagnos hos den husläkare som har remitterat dem till kurator eller psykolog. De vanligaste första diagnoserna är depression, stress och ångest. För 85 procent av patienterna finns ingen andra diagnos.

Tabell 4. De 10 vanligaste diagnoserna, Diagnos 1.

Antal	Diagnos
3267	Saknar diagnos
1224	Depressiv episod
788	Annan stressreaktion
286	Annat ångesttillstånd
218	Smärta och värk som ej klassificeras annorstädes
195	Paniksyndrom
186	Sjukdomskänsla och trötthet
178	Medicinsk observation och bedömning för misstänkt sjukdom
178	Essentiell hypertoni
163	Icke organisk sömnstörning

Tabell 5. De 10 vanligaste diagnoserna, Diagnos 2.

Antal	Diagnos
9949	Saknar diagnos
178	Depressiv episod
131	Annan stressreaktion
91	Annat ångestillstånd
89	Icke organisk sömnstörning
68	Essentiell hypertoni
27	Myalgi
27	Fetma
26	Paniksyndrom
24	Problem som har samband med att kontrollera livssituationen

Specifisering på diagnosen utmattningssyndrom saknas.

Läkemedelsförskrivning

Förskrivningen under år 2006 av antidepressiva läkemedel (N06A) samt av sömnmiddel och lugnande läkemedel (N05C) varierade kraftigt i antal DDD (definierade dygnsdoser) per invånare mellan länets kommuner.

Relativt hög förskrivning förekom i Stockholms stad:

Solna, Sundbyberg, Nynäshamn, Lidingö, Haninge och Upplands Väsby

Relativt låg förskrivning förekom i kommunerna:

Nykvarn, Ekerö, Tyresö, Värmdö, Salem, Huddinge, Botkyrka, Nacka och Sollentuna.

Kostnader år 2006 per invånare och kommun för nämnda läkemedelsgrupper varierade också mellan kommunerna.

Relativt höga läkemedelskostnader per invånare förekom i kommunerna:

Solna, Sundbyberg, Upplands Väsby, Stockholm, Nynäshamn, Sigtuna, Lidingö, Haninge och Danderyd.

Relativt låga kostnader per invånare förekom i kommunerna:

Nykvarn, Salem, Tyresö, Huddinge, Vaxholm och Botkyrka.

I Norrtälje kommun var förskrivning av antidepressiva och lugnande medel samt kostnad i kronor per invånare i nivå med länsgenomsnittet år 2006. Det finns inga motsvarande uppgifter enbart för individer med diagnos utmattningssyndrom.

Utmattningssyndrom

Specificerade uppgifter om storlek på förekomsten av respektive antal nytillkomna fall av utmattningssyndrom i befolkningen finns inte publicerad. Publikationer från Socialstyrelsen eller SBU vilka berör depressionssjukdomar m.m. och närliggande problem innehåller inga sifferuppgifter om prevalens. En mer exakt uppgift på omfattningen av utmattningssyndrom i befolkningen i länet är därför svår att fastställa. Exempel på registerkällor där utmattningssyndrom finns med som diagnos är exempelvis sjukskrivningsstatistik från RFV eller landstingets statistik över vårdutnyttjande. Således finns från RFV en uppgift om pågående sjukfall i riket som överstiger 14 dagar gällande den 1 mars 2006. Antal fall med diagnosen utmattningssyndrom var 1 481, vilket utgjorde 2,6 procent av samtliga sjukfall. Omräknat efter storlek på befolkning inom landstinget skulle det motsvara drygt 300 fall i SLL.

Registrering av diagnoskoder är under utveckling i primärvården. Flertalet mottagningar kan nu leverera diagnosstatistik rörande läkarbesök. Dock är detta system under pågående uppbyggnadsskede varför data från längre tillbaka i tiden är mer ofullständig jämfört med vad som i dagsläget faktiskt registreras och registreringen är ännu inte fullt tillämpad av berörda vårdgivare i landstinget. Utöver de kontakter som sjukvården registrerar torde det även förekomma individer med symtom i befolkningen, vilka ännu inte blivit registrerade för någon vårdkontakt och/eller diagnos. Vissa kategorier av vårdgivare registrerar inte heller diagnos i samband med patientbesök. Detta gäller exempelvis kuratorer och psykologer i primärvården, vilka bl.a. har till uppgift att omhänderta patienter med psykosociala problem. Även vissa sjukgymnaster är berörda och även här saknas diagnosregistrering.

Av uppgifter om registrering av vårdkontakter vid vårdcentraler och husläkarmottagningar i landstinget under första halvåret 2006 förekom 21 841 patienter som någon gång fått diagnos rörande depression eller ångest. Av dessa blev 382 klassificerade som varande utmattning.

Beroende på längden på tidsperiod kan storlek på antalet berörda individer variera. Sett utifrån dessa två exempel med olika begränsade tidsintervall

torde en gissning bli att ett minimum av pågående fall med utmattningssyndrom kan röra sig om 300–400 individer i landstinget där sjukskrivning och/eller vårdkontakt föreligger samtidigt som det utöver detta antal kan förekomma ett okänt antal individer som ännu inte blivit sjukskrivna eller icke kommit i kontakt med vården eller som vid kontakt inte blivit diagnosticerade som utmattningssyndrom. Det verkliga antalet individer i landstinget med utmattningssyndrom kan således betydligt överstiga det ovan nämnda antalet.

Tillgång på psykosocial kompetens i länet

Kostnaden för psykosociala insatser i primärvården under 2006 uppgick till totalt cirka 64,5 miljoner kronor enligt bokslutet för beställaravdelningarna fördelade på:

- Söder 27,8 miljoner kronor
- Stockholm/Ekerö 26,3 miljoner kronor
- Norr 10,4 miljoner kronor.

De psykosociala insatserna i primärvården bedrivs i olika form, och utförs av psykologer och kuratorer, i några fall även av psykoterapeuter med annan grundutbildning. I majoriteten av kommuner/stadsdelar ges det psykosociala stödet av kuratorer och psykologer anställda av husläkarmottagningarna. I några kommuner i norra länet (Sundbyberg, Solna, Täby, Vallentuna, Vaxholm och Österåker) ges det psykosociala stödet av kuratorer och psykologer anställda av primärvårdsrehab. I några stadsdelar i Stockholm (Farsta, Vantör, Enskede-Årsta, Skarpnäck, Katarina-Sofia och Maria-Gamla stan) ges det psykosociala stödet av kuratorer, psykologer och psykoterapeuter med annan grundutbildning anställda av Psykiatrin Södra.

Sammanställningen av antalet kuratorer och psykologer i primärvården grundar sig på uppgifter från avtalshandläggare på närsjukvårdsavdelningarna. Spridningen är ganska stor. Högst ligger Haninge med 1,64 heltidstjänst per 10 000 invånare, därefter kommer Kista och Rinkeby med 1,33 respektive 1,28 heltidstjänster per 10 000 invånare. Lägst antal har stadsdelarna Farsta, Vantör, Enskede-Årsta, Skarpnäck, Katarina-Sofia och Maria-Gamla stan med 0,22 heltidstjänster per 10 000 inv. Där får primärvården sina psykolog- och kuratorsresurser via Psykiatrin Södra. Enligt avtalet med Psykiatrin Södra ska de tillhandahålla psykosocialt/psykoterapeutiskt stöd till husläkarmottagningar i ovanstående stadsdelar till en omfattning av 240 timmar/vecka samt en

konsulterande psykiatriker. Husläkarmottagningarna gör sedan avrop på det avtalet utifrån behov.

Tillgång på kurators- respektive psykologtjänster har ett statistiskt signifikant positivt samband med antal personer som får vård samt antal besök.

Det råder ett relativt starkt statistiskt signifikant samband mellan antal kurator och psykologtjänster och ohälsotal på kommun/stadsdelsnivå. Ohälsotalen anger antal ersatta dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning och aktivitetsersättning från sjuk-försäkringen per försäkrad i åldern 16–64 år under en tolv månadersperiod. Ohälsotalen innehåller inte dagar med sjuklön från arbetsgivare. Ohälsotalen för Stockholms län 2005 var 35,1 mot 41,3 för hela landet.

Däremot finns inget säkerställt samband mellan antal tjänster, patienter och besök och självrapporterat nedsatt psykiskt välbefinnande i åldrarna 18-84 år i befolkningen (68). Det finns heller inget säkerställt samband mellan antal tjänster, patienter och besök och psykiatriindex per invånare. Inte heller försäljning mätt som DDD, i vissa läkemedelsgrupper, tycks ha något tydligt samband med tillgång på psykosomatisk kompetens i form av nämnda personalkategorier i primärvården.

I stort sett samtliga kuratorer i norra länet har socionomexamen. Cirka hälften har därutöver steg 1-utbildning. Av dessa är inriktningen på utbildningen psykodynamisk. Det finns även vissa som har kognitiv inriktning. Cirka hälften av kuratorerna har gruppbesök. Framst gäller det stresshantering.

För att ta emot patienter krävs läkarremiss. De diagnosgrupper som bland annat förekommer är: krisreaktion, depression, livskris, utmattningssyndrom och ångestsyndrom. Enligt uppföljningsplanen från 2006 ska diagnosgrupper närmare preciseras. Antal besök i en behandlingsserie ligger generellt under tio besök. Det förekommer brister i tillgängligheten. I flera kommuner har det under olika perioder rått remisstopp vid vissa enheter. Södra delen av SLL har avsatt betydligt mer resurser än andra delar av länet för psykosocialt stöd och psykologisk behandling till primärvården. Om en utökning av antal tjänster till en nivå motsvarande länsgenomsnittet skulle genomföras inom norra länet skulle det innebära en resursförstärkning på 10–15 psykologer och kuratorer. Antalet kan dock diskuteras utifrån vad som kan skattas som reella behov hos befolkningen.

Antal kurators- psykolog- respektive psykoterapeutjänster i länets kommuner och stadsdelar 2006.

Tabell 6. Sthlm/Ekerö.

Kommun / stadsdel	Profession / veckotimmar (vt)	Antal tjänster
Skärholmen	kurator 64 vt	1,7
Liljeholmen	kurator 60 vt	1,5
Hägersten	kurator 60 vt	1,5
Älvsjö	kurator 64 vt	1,7
Söderort *	kurator, psykolog, psykoterapeut 240 vt	6
Kungsholmen	kurator 160 vt	4
Norrmalm	kurator 160 vt	4
Östermalm	kurator 160 vt	4
Ekerö	kurator 40 vt, psykolog 40 vt	2
Rinkeby	kurator 40 vt, psykolog 40 vt	2
Kista	kurator 40 vt, psykolog 120 vt	4
Spånga/Tensta	kurator/psykolog 120 vt	3
Hässelby/Vällingby	kurator 80 vt, psykolog 80 vt	4
Bromma	kurator 80 vt, psykolog 80 vt	4
* Farsta, Vantör, Enskede-Årsta, Skarpnäck, Katarina-Sofia, Maria-Gamla stan		

Tabell 7. Söder.

Kommun/stadsdel	Profession/veckotimmar (vt)	Antal tjänster
Botkyrka	kurator 160 vt, psykolog 60 vt	5,5
Huddinge	kurator 173 vt, psykolog 50 vt	5,6
Nykvarn	kurator 40 vt,	1
Salem	kurator 40 vt, psykolog 28 vt	1,7
Södertälje	kurator 324 vt, psykolog 44 vt	9,2
Haninge	kurator 210 vt, psykolog 260 vt	12
Nacka	kurator 130 vt, psykolog 56 vt	4,7
Nynäshamn	kurator 70 vt	1,8
Tyresö	kurator 40 vt, psykolog 40 vt	2
Värmdö	kurator 40 vt, psykolog 60 vt	2,5

Tabell 8. Norr.

Kommun/stadsdel	Profession/veckotimmar (vt)	Antal tjänster
Sundbyberg**	kurator 80 vt	2
Solna**	kurator 80 vt	2
Järfälla	kurator 100 vt	2,5
UpplandsBro	kurator 60 vt	1,5
Sigtuna	kurator 60 vt	1,5
Upplands Väsby	kurator 60 vt	1,5
Danderyd	kurator 40 vt	1
Sollentuna	kurator 80 vt	2
Lidingö	kurator 40 vt	1
Täby**	kurator 80 vt	2
Vallentuna**	kurator 40 vt	1
Vaxholm**	kurator 20 vt	0,5
Österåker**	kurator 60 vt	1,5
**ingår i primärvårdens rehab		

Källa: PM Kartläggning av psykosociala insatser i primärvården, LSF, Beställare Vård 2006-12-07.

TioHundra AB/Norrtälje kommun

I primärvården i Norrtälje kommun finns motsvarande 3 kuratorstjänster på heltid. Antalet motsvarar 0,53 kurator/10 000 invånare i kommunen, vilket är i nivå med länssnittet.

I tabell 9 redovisas antal tjänster med psykosocial kompetens omräknat till heltid per personalkategori och per verksamhetsområde i Norrtälje kommun.

Tabell 9. Antal psykologer, kuratorer respektive psykoterapeuter per verksamhetsområde i Norrtälje kommun. Årsarbetare omräknat till heltid, maj 2007.

	Psykolog	Kurator	Psykoterapeut
PVO		3,0	
Barn- och ungdomspsykiatri	4,0	4,0	0,8
Psykiatri	11,0	5,3	
Habilitering	2,8	3,3	
Ungdomsmottagning		1,8	
Sjukhuset		4,8	
Rådgivningsbyrån	1,0		
Summa antal	18,8	22,2	0,8

Källa: Personalavdelningen, TioHundra AB:s nämndens förvaltning, Norrtälje.

Psykiaterkonsult i primärvården

I länet finns ingen enhetlig form för specialister i allmänpsykiatri som konsulter i primärvården. Nedanstående sammanställning grundas på uppgifter från avtalshandläggare på närsjukvårdsavdelningarna. I Södra länet finns en halvtid kopplad till vårdcentraler i Huddinge, Segeltorp, Stuvsta och i Vårby. En privatpraktiserande psykiater, som också är leg. psykoterapeut har vårdavtal på halvtid vid Flemingsbergs vårdcentral. En heltidstjänst finns kopplad till vårdcentralerna i Botkyrka kommun. I Södertälje har psykiatrin åtagit sig att svara för konsultinsatser gentemot primärvårdens 11 vårdcentraler med en omfattning av totalt 30 timmar/arbetsvecka. Detta täcker även in Salem och Nykvarn. En halvtid finns kopplad till vårdcentralerna i Nacka, och en halvtid till vårdcentralerna i Haninge. Viss tid är avsatt för telefonkonsultationer i Värmdö, Tyresö och i Nynäshamn.

I Stockholms stad är viss tid avsatt för konsultationer för vårdcentralerna i norra Stockholms innerstad, samt i Ekerö, Liljeholmen, Hägersten, Skärholmen och i Älvsjö. För vårdcentralerna i södra Stockholms innerstad, samt Farsta, Skarpnäck, Vantör och Enskede-Årsta finns konsultstöd från Psykiatrin Södra. För Vällingby, Hässelby, Bromma, Spånga/Tensta, Kista och Rinkeby finns inget formaliserat stöd. I Norra länet har ingen husläkarmottagning detta formaliserat. Dock finns det på några mottagningar allmänspecialister som även har specialistkompetens i allmänpsykiatri.

Sjukgymnastik

Antal besök hos sjukgymnast år 2006 var drygt 1,3 miljoner i länet. Särskilt problematiskt är avsaknaden av diagnosregistrering och komplett åtgärdsregistrering. Det innebär att det inte går att ta fram data som beskriver vilka patienter som fått rehabilitering och vilka problem de har. Diagnosregistrering är också en förutsättning för att kunna utveckla och följa upp vårdkedjor.

Den totala kostnaden i länet för sjukgymnastik i primärvårdsrehabilitering och för privata sjukgymnaster var 730,4 Mkr år 2006. Av totala andelen besök hos sjukgymnast i primärvårdsrehabilitering inklusive privata sjukgymnaster görs 71 procent av kvinnor. Mer än 66 procent av besöken görs av patienter i yrkesverksam ålder. Totalt arbetar drygt 1 100 sjukgymnaster i primärvårdsrehabilitering inklusive privata sjukgymnaster, varav cirka 800 är anslutna till nationella taxan, d.v.s. arvoderas enligt lag och förordning om ersättning för sjukgymnastik (69,70).

I norra länet hade 20 av totalt 223 privata sjukgymnaster rätt att debitera för särskilda åtgärder (SÅ) avseende psykisk ohälsa. SLL har vårdavtal med 35 procent av de privata sjukgymnasterna. En gemensam uppdragsbeskrivning för privata sjukgymnaster med vårdavtal är beslutad av HSU. Genom vårdavtal får landstinget möjlighet till styrning av uppdrag, inriktning, ersättning, geografisk lokalisering och kontroll/uppföljning av verksamheten, vilket lagen om ersättning för sjukgymnastik och förordningen om ersättning för sjukgymnastik ej medger. Vårdavtal med sjukgymnaster som har etablering behöver inte upphandlas. Sjukgymnasten har sin etablering vilande under avtalstiden och har rätt att återgå till nationella taxan om avtalet upphör.

Kostnader

Depressionssjukdom

Forskaren Sobocki uppskattade den genomsnittliga kostnaden för samhället för en patient med depressionssjukdom till ca 102 000 kronor per år i Sverige 2005 (71). Kostnaden för personer med depressionssjukdom som var i arbete beräknades vara något högre, ca 112 000 kronor. Enligt Sobocki var det möjligt att uppnå stora besparingar om behandlingen pågick till dess att patienten blev kliniskt återställd från depressionsepisoden. Per helår rörde det sig om en möjlig

besparing på 52 000 kronor för en patient jämfört med icke återställda. Patienter som var sjukskrivna hade i genomsnitt högre kostnad än övriga.

De patienter som ingick i studien klassificerades från mild depression till allvarlig sådan. Två tredjedelar utgjordes av kvinnor. Genomsnittsåldern var 47 år med en variationsvidd mellan 18-89 år. Flertalet, 67 procent, var yngre än 65 år och i arbete.

Sobocki fann också att störst kostnadspost var för sjukskrivning, 65 procent. Sjukvårdande behandling utgjorde ca 31 procent. Öppenvårdsbesök främst till läkare uppgick till 17 procent, övriga besök till 11 procent och slutna vård till 2 procent. Kostnaden för läkemedel utgjorde ca 4 procent av den beräknade totalkostnaden per patient.

Patientens självuppskattade livskvalitet (mätt med EQ-5D), förbättrades också signifikant under studieperioden (www.euroqol.org). I exemplet rörande patienter i arbete (18–65 år) hade de i genomsnitt en frånvaro på 68 dagar under 6 månaders uppföljningstid. För de patienter som blev kliniskt återställda registrerades dock 22 färre sjukdagar och 3 färre öppenvårdsbesök under 6 månader jämfört med i genomsnitt 7 besök för hela patientpopulationen.

För patienter med depressionssjukdom lönade det sig således att genomföra behandlingen till dess att patienten var helt återställd. Detta medförde färre sjukskrivningsdagar, vilket innebär mindre utgifter för Försäkringskassan. Antalet besök i öppen vård minskade likaså, vilket medförde en besparing för sjukvården. Därtill upplevde patienterna själva en signifikant förbättrad livskvalitet.

I en doktorsavhandling 2007 har Åkerblad m.fl. beräknat den samhälls-ekonomiska kostnaden för läkemedelsbehandling vid depressionssjukdom. I en multicenterstudie utförd i primärvården randomiserades 93 allmänläkare till att använda ett av tre alternativa tillvägagångssätt. De tre olika alternativen var dels att man noterade följsamhet till läkemedelsbehandling dels ett alternativ där man följde upp läkemedelsbehandlingen via blodprov och ett tredje alternativ som bestod av ett rutinmässigt omhändertagande och uppföljning av läkemedelsbehandling. Totalt inkluderades 1 031 individer med depressionssjukdom till studien. Patienternas genomsnittsålder uppgick till 48 år och 72 procent var kvinnor. Genomsnittliga värden vid inklusion var för MADRS (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale) 26,8 och för livskvalitetsmätning med EQ-5D, 0,61. (72, 73).

Direkta och indirekta kostnader beräknades. Den totala kostnaden per individ under en tvåårsperiod i 2002 års prisnivå uppskattades till i genomsnitt 363 000 kronor. De indirekta kostnaderna av produktionsbortfall till följd av sjukskrivning och förtidspension uppgick till 87 procent av totalkostnaden. Direkta kostnader var 13 procent varav kostnaden för öppenvårdsbesök utgjorde 6 procent, läkemedelskostnader 4 procent och kostnad för slutenvård 3 procent. Inga signifikanta skillnader i kostnader eller i livskvalitet uppmättes mellan de alternativa behandlingsgrupperna. Dock kunde konstateras att den genomsnittliga nivån på uppmätt livskvalitet i studiepopulationen steg något under de två åren.

Signifikanta skillnader uppmättes mellan de patienter som svarade på behandlingen jämfört med dem som icke gjorde det. Således uppgick genomsnittskostnaden under två år till 299 000 kronor för patienter som svarade positivt på behandlingsalternativen och till 491 000 kronor för dem som inte gjorde det. Den största skillnaden avsåg skillnader i indirekta kostnader såsom sjukskrivning. Även i livskvalitet uppmättes signifikant högre värden efter två år hos dem som svarat på behandlingen jämfört med dem som inte gjorde det

Den beräknade genomsnittskostnaden för depressionssjukdom skiljer sig åt i de ovan refererade studierna. Studierna har haft delvis olika syften, olika design och inklusionskriterier m.m. och uppföljning har skett under olika lång tid, vilket eventuellt kan bidra till att förklara avvikelserna i beräknade kostnader.

Organisation av vård och terapival

För att förbättra den evidensbaserade kunskapen om stressrelaterad psykisk ohälsa och utmattningssyndrom inklusive kostnadseffektiva behandlingsalternativ finns behov av vetenskapliga studier. En systematisk datainsamling av terapimetoder och utvärdering av behandlingsresultat är en förutsättning för ökad kunskap för att utveckla omhändertagandet. För att kunna möta vårdbehov hos individer med stressrelaterade psykiska problem och utmattningssyndrom finns det ett behov av nya organisatoriska lösningar samt ett ökat antal psykologer i primärvården.

Långsiktiga effekter

Det finns behov av kontinuerlig uppföljning av behandlingsresultat över tiden där samtliga perspektiv beaktas, d.v.s. individ, sjukvård, Försäkringskassan, arbetsgivare och samhälle. Skillnader i praxis mellan läkare är ett generellt förekommande fenomen. Åtgärder för att motverka och minska sådana

skillnader utgör en naturlig del inom hälso- och sjukvården, vilket bör ske kontinuerligt och systematiskt gällande all vård. Enhetlig praxis för diagnossättning och terapival etc. i omhändertagandet av patienter med utmattningssyndrom är således målet. Detta sammanfaller med vad som är önskvärt inom all vård varvid eventuella åtgärder i sig ingår i en generell utveckling och medför inga tillkommande kostnader.

Referenser

1. MINID IV Diagnostiska kriterier enligt DSM IV, Pilgrim Press, 1995.
2. RFV Redovisar 2004:8, Psykiska sjukdomar och stressrelaterade besvär – Långvariga sjukskrivningar åren 1999 till 2003. RFV Analyserar 2003:31, Psykosocial arbetsmiljö och långvarig sjukskrivning. RFV Redovisar 2004:7 Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke, partiell sjukskrivning och återgång i arbete.
3. Möller J, Theorell T, de Faire U, Ahlbom A, Hallqvist J., Work related stressful life events and the risk of myocardial infarction. *J Epidemiol Community Health*. 2005 Jan;59 (1):23-30.
4. Währborg P, Stress och den nya ohälsan, kapitel 7, Natur och kultur 2002.
5. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5HTT gene. *Science*. 2003 Jul;301 (5631):386-9.
6. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a crosssectional study, *Med Educ*. 2005 Jun;39 (6):594-604).
7. Perski. A. Ur balans. Uddevalla: Bonnier fakta, 2002. s.91-101.
8. Utmattningssyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa. Socialstyrelsen rapport. Artikel nr: 2003-123-18. ISBN 91-7201-786-4 Bokförlaget Bjurner och Bruno AB.
9. Rydmark I, Wahlberg K, Ghatan PH, Modell S, Nygren A, Ingvar M, Åsberg M, Heilig M. Neuroendocrine, cognitive and structural imaging characteristics of women on longterm sickleave with job stressinduced depression *Biol Psychiatry*. 2006 Oct 15;60 (8):867-73.
10. Åkerstedt T. Psychosocial stress and impaired sleep. *Scand J Work Environ Health*. 2006 Dec;32 (6):493-501.
11. Ekstedt M, Söderström M, Åkerstedt T, Nilsson J, Sondergaard HP, Perski A. Disturbed sleep and fatigue in occupational burnout. *Scand J Work Environ Health*, 2006, 32(2), 121-131.
12. Lundberg U, Mårdberg B, Frankenhaeuser M. The total workload of male and female white collar workers as related to age, occupational level, and number of children. *Scand J Psychol*. 1994 Dec;35 (4):315-27.
13. Hallsten L, Josephson M & Torgén M. Performancebased selfesteem: a driving force in burnout processes and its assessment. Stockholm Arbetslivsinstitutet, Arbete och Hälsa, 2005:4.

14. Brattberg G. PTSD and ADHD bakom många fall av utmattningssyndrom. Certec och värkstaden 2005.
15. Zaboli G, Jonsson EG, Gizatullin R, Åsberg M, Leopardi R. Tryptophan hydroxylase 1 gene variants associated with schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 2006 Sep 15;60 (6):563-9.
16. Vaez M, Rylander G, Nygren A, Åsberg M, Alexanderson K. Sickness absence and disability pension in a cohort of employees initially on longterm sick leave due to psychiatric disorders in Sweden. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2007 May; 42 (5):381-8.
17. Johannisson K. Medicinens öga: Sjukdom, medicin och samhälle, historiska erfarenheter (Stockholm, 1990). Norstedt, 1990 Omfång: 221, ISBN/ISSN: 91-1-893442-0.
18. Theorell T. I spåren av 90-talet. Utg sep 2006. Karolinska Institutet, University Press. ISBN 91-8556-501-6 (www.kiup.se).
19. Perski A. Emotional exhaustion common among women in the public sector. *Läkartidningen*. 2002 May 2;99 (18):2047-52.
20. Westerlund H, Theorell T, Alfredsson L. Organizational instability and cardiovascular risk factors in whitecollar employees. *Eur J Public Health*. 2004 Mar;14 (1):37-42.
21. Westerlund H, Ferrie J, Hagberg J, Jeding K, Oxenstierna G, Theorell T. Workplace expansion, longterm sickness absence, and hospital admission. *Lancet*, 2004 Apr 10;363 (9416):1173.
22. Westerlund H. Health changes in a changing labour market. Doctoral dissertation, Department of Public Health Sciences, Stockholm: Karolinska Institute University Press, 2005.
23. Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Theorell T. Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow-up of initially healthy employees. *J Epidemiol Community Health*. 2000 Jul;54 (7):484-93.
24. Kivimäki M, Vahtera J, Pentti J, Ferrie JE. Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. *BMJ*. 2000 Apr 8;320 (7240):971-5.
25. Petterson IL, Hertting A, Hagberg L, Theorell T. Are trends in work and health conditions interrelated? A study of Swedish hospital employees in the 1990s. *J Occup Health Psychol*. 2005 Apr;10 (2):110-20.
26. Ekstedt M. Burnout and sleep. Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, 2005.
27. Utarbetad, utmattad, utbränd – ett problem i arbetslivet. Faktablad Arbets- och miljömedicin, Centrum för folkhälsa, SLL, juni 2006.

28. Hallsten L (2004) Utbränning och psykisk utslitning – data från en svensk populationsstudie. *Svensk rehabilitering*, 3, 44-49.
29. Hallberg-Eriksson U. A Thesis on fire: Studies of work engagement, Type A behavior and Burnout, Stockholm universitet 2005. ISBN 91-7155-171-9.
30. Söderfeldt M. Burnout? Meddelande från Socialhögskolan 1997:2 Lic-avhandling, Lunds universitet, 1997.
31. Andersson H, Nilsson I, Hasselström J. Kränkning grogrund för utbrändhet. *Läkartidningen* 2004, 101:2651-55.
32. Rand-Hendriksen S, Wekre LL, Paus B. Ehlers-Danlos-syndrome-diagnosis and subclassification, *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2006 Aug 10; 126 (15):1903-7.
33. Evengård B, Jonzon E, Sandberg A, Theorell T, Lindh G. Differences between patients with chronic fatigue syndrome and with chronic fatigue at an infectious disease clinic in Stockholm, Sweden. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2003 Aug;57 (4):361-8.
34. Prins JB, van der Meer JW, Bleijenberg G. Chronic fatigue syndrome. *Lancet*. 2006 Jan 28;367 (9507):346.55.
35. Wood PB, Patterson JC, Sunderland JJ, Tainter KH, Glabus MF, Lilien DL. Reduced presynaptic dopamine activity in fibromyalgia syndrome demonstrated with positron emission tomography: a pilot study. *J Pain*. 2007 Jan;8 (1):51-8.
36. Hillert L, Musabasic V, Berglund H, Ciumas C, Savic I. Odor processing in multiple chemical sensitivity. *Hum Brain Mapp*. 2007 Mar;28 (3):172-82.
37. Nederhof E, Lemmink KA, Visscher C, Meeusen R, Mulder T. Psychomotor speed: possibly a new marker for overtraining syndrome *Sports Med*. 2006;36(10):817.28.
38. Socialstyrelsen Folkhälsa – Lägesrapport 2006 Artikelnummer: 2007-131-15, ISBN: 91-85483-01-3.
39. Landén M, Elert C. Affektiv sjukdom drabbar kvinnor och män olika, *Läkartidningen* nr 12, 2007, sid. 29-31.
40. Johansson LM och Sundquist J. Födelselandets betydelse. En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige. Kapitel 4, *Psykisk hälsa*. Statens Folkhälsoinstitut 2002:29.
41. Nutbeam D (1998). Health promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13, 349-364.
42. *Många vägar till bättre folkhälsa*. Centrum för folkhälsa, SLL, 2007.
43. *Folkhälsopolicy*, Centrum för folkhälsa, SLL 2005.

44. Antonovsky A. Hälsans mysterium, Natur och Kultur (2005)
ISBN: 91-27-11027-3.
45. Karasek R, Theorell T. Healthy Work Stress, Productivity and reconstruction of working life, New York: Basic Books, Inc. publishes 1990.
46. Siegrist J, Peter R, Junge A, Cremer P, Seidel D. Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: Prospective evidence from blue-collar men. Soc Sci Med, 1990;31:1127-1134.
47. Siegrist J, Peter R. (2000). The effort-reward imbalance model. Occupational Medicine, 15, 83-87.
48. Arbetshälsorapport, Om sambanden mellan arbetsvillkor och ohälsa i Stockholms län 2004, Arbets- och miljömedicin, SLL 2004.
49. Metoder för att främja fysisk aktivitet: SBU, Systematisk litteraturoversikt 2006, ISBN:978-91-85413-12-6, rapport nr:181, ISSN:1400-1403.
50. Arrelöv B, Läkarens beslut om sjukskrivning en konfliktfylld handling, 1:Upmark M, Edlund C. (red) Den komplexa sjukfrånvaron. Studentlitteratur 2006, s 19-35.
51. Sjukskrivning orsaker, konsekvenser och praxis. SBU 2003.
52. Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholmsläns landsting, 2002.
53. Metoder för att främja fysisk aktivitet – en systematisk litteratur översikt. SBU, ISBN 978-91-85-413-12-6, ISSN: 1400-1403. Rapport nr 181, 2006.
54. Faskunger J, Leijon M, Lamming, P Ståhle, A, Fysisk aktivitet på recept (FaR®)– en vägledning för implementering Statens folkhälsoinstitut 2007:01 1651-8624 ISBN 978-91-7257-472-4 www.fhi.se.
55. Kabat-Zinn J (2005): Vart du än går är du där. Leva i nuet – en meditationshandbok. Stockholm: Natur och Kultur. (Originallets titel: Wherever you go, there you are).
56. Van Rhenen W, Blonk RW, Schaufeli WB, van Dijk FJ , Can sickness absence be reduced by stress reduction programs. Int Arch Occup Environ Health. 2007 May;80 (6):505-15.
57. Sandahl C, Hallberg U E, Rylander G, Lindgren A, Herlofsson J, Nygren Å, Åsberg M. (2007). Group psychotherapy in the treatment of exhaustion disorder (burnout). A one year follow-up study. (Manuscript in preparation).
58. Trijsburg, R.W., Colijn, S. & Holmes, J. (2005). Psychotherapy integration. In G.O. Gabbard, J.S. Beck & J. Holmes (Eds.) Oxford textbook of psychotherapy, Oxford; Oxford University Press (pp. 95-107).
59. Nitsun, M. (1996). The AntiGroup. Destructive forces in the group and their creative potential, London: Routledge.

60. Stock-Whitaker, D (2000). Using Groups to Help People. (2nd Ed). East Sussex: Brunner Routledge ISBN:0415195624.
61. LAF. Lag om allmän försäkring (1962:381) (www.regeringen.se).
62. Arrelöv B, Edlund C, Goine H. Grindvakterna och sjukförsäkringen samspel och motspel. I: Palmer E (red). Sjukförsäkring, kulturer och attityder. Försäkringskassan 2006, s 479-530.
63. Upmark M. Medikalisering en orsak till ökad sjukfrånvaro, I: Upmark M, Edlund C, Den komplexa sjukfrånvaron. Studentlitteratur 2006, s 161-181
64. Härmed intygas att. En vägledning för läkares utfärdande av intyg och utlåtande. Sveriges läkarförbund 2006.
65. Waldenström K. ARIA Arbetsinnehållsanalys. En metod att beskriva arbetsinnehåll, hinder och möjligheter ur ett externt perspektiv. Manual vers 1.0, Arbets- och miljömedicin, Centrum för folkhälsa, SLL 2006 www.folkhalsoguiden.se
66. Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturöversikt. Rapport 71, Volym 1. SBU. September 2005. ISBN 91-87-89098-4.
67. Åsberg M, Bengtsson F, Hagberg B, m fl. Behandling av depressionssjukdomar. Rapport 166, SBU. Januari 2004. ISBN 91-87-89088-7.
68. Folkhälsoenkäten 2002. Stockholms läns landsting. Frågor om nedsatt psykiskt välbefinnande, 33-44.
69. Lagen om ersättning för sjukgymnastik, LOS 1993:1652.
70. Förordningen om ersättning för sjukgymnastik, FOS 1994:1120.
71. Sobocki P. Health economics of depression. Thesis for doctoral degree (Ph.D.) Karolinska Institutet, Stockholm 2006. ISBN 91-7140-897-5.
72. Åkerblad AC. 2007. Adherence to antidepressant medication. Doktorsavhandling. Uppsala universitet 2007. ISBN 978-91-554-6838-5.
73. Montgomery S, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. British Journal of Psychiatry 1979; 134: 382-9.

Bilaga 1

Karolinska Exhaustion Scale

Avsikten med detta formulär är att ge en bild av ditt nuvarande tillstånd. Vi vill alltså att du försöker gradera hur du mått den senaste veckan.

Formuläret innehåller en rad olika påståenden om hur man kan må i olika avseenden. Påståendena uttrycker olika grader av obehag, från frånvaro av obehag till maximalt uttalat obehag.

Ringa in eller ange den siffra 0-6 som du tycker bäst stämmer med hur du mått den senaste veckan.

1. Koncentrationsförmåga

Här ber vi dig ta ställning till din förmåga att hålla tankarna samlade och koncentrera dig på olika aktiviteter. Tänk igenom hur du fungerar vid olika sysslor som kräver olika grad av koncentrationsförmåga, t ex läsning av komplicerad text, lätt tidningstext och TV-tittande.

1. Jag har inga koncentrationssvårigheter utan läser, tittar på TV och för samtal som vanligt.
2. Jag har tillfälligt svårt att hålla tankarna samlade på sådant som normalt skulle fånga min uppmärksamhet.
3. Jag har påtagligt svårt att koncentrera mig på sådant som normalt inte kräver någon ansträngning från min sida.
4. Jag kan överhuvudtaget inte koncentrera mig på någonting.

2. Minne

Här ber vi dig beskriva din förmåga att minnas saker och ting. Tänk efter om du har svårt att komma ihåg namn, datum eller ärenden som du skall göra i din dagliga sysselsättning.

1. Jag kommer ihåg namn, datum och ärenden jag ska göra.
2. Det händer att jag glömmet bort sådant som inte är så viktigt men om jag skärper mig minns jag för det mesta.
3. Det händer att jag glömmet bort möten eller namnen på personer som jag känner mycket väl.
4. Det har hänt dagligen att jag glömt bort betydelsefulla saker eller saker som jag har lovat att göra.

3. Kroppslig uttröttbarhet

Frågan gäller hur du haft det med din fysiska ork. Känner du dig t.ex. mer fysiskt trött än vanligt efter vardagliga sysslor eller någon form av kroppsansträngning?

1. Jag känner mig som vanligt och utför fysiska aktiviteter som ingår i vardagliga sysslor eller tränar som jag brukar.
2. Jag känner att fysiska ansträngningar är mer tröttande än normalt men rör mig ändå som vanligt i det avseendet.
3. Jag har svårt att orka med kroppsansträngning. Det fungerar så länge jag rör mig i normal takt men jag klarar inte att öka takten utan att bli darrig och andfådd.
4. Jag känner mig mycket svag och klarar inte ens av att röra mig kortare sträckor.

4. Uthållighet

Här vill vi att du tänker efter hur din uthållighet är och om du blir lättare psykiskt trött än vanligt i olika vardagliga situationer.

1. Jag har lika mycket energi som vanligt. Jag har inga särskilda svårigheter att genomföra mina vardagliga sysslor.
2. Jag klarar av att genomföra vardagliga sysslor men det går åt mer energi och jag blir fortare trött än vanligt. Jag behöver ta pauser oftare än vanligt.
3. Jag blir onormalt trött av att försöka utföra mina vardagssysslor och umgänge med andra människor tröttar ut mig.
4. Jag orkar inte göra någonting.

5. Återhämtning

Här ber vi dig beskriva hur väl och hur snabbt du återhämtar dig psykiskt och fysiskt när du har blivit uttröttad.

1. Jag behöver inte vila under dagen.
2. Jag blir trött under dagen men det räcker med en liten paus för att jag ska återhämta mig.
3. Jag blir trött under dagen och behöver långa pauser för att bli piggare.
4. Det spelar ingen roll hur mycket jag vilar, det är som om jag inte kan ladda om mina batterier.

6. Sömn

Här ber vi dig beskriva hur du sover. Tänk efter hur länge du sovit och hur god sömnen varit under den senaste veckan. Bedömningen skall avse hur du faktiskt sovit, oavsett om du tagit sömnmedel eller ej.

1. Jag sover lugnt och bra, och tillräckligt länge för mina behov. Jag har inga särskilda svårigheter att somna när jag lägger mig, eller att vakna när jag ska.
2. Jag har vissa sömnsvårigheter. Ibland har jag svårt att somna, eller sover ytligare eller oroligare än vanligt.
3. Jag sover minst två timmar mindre per natt än normalt. Jag vaknar ofta under natten, även om jag inte blir störd.
4. Jag sover mycket dåligt, inte mer än 2-3 timmar per natt.

7. Överkänslighet för sinnesintryck

Frågan gäller om du tycker att något eller några av dina sinnen blivit mer känsliga för intryck. T.ex. ljud, ljus, dofter eller beröring.

1. Jag tycker inte att mina sinnen är känsligare än vanligt.
2. Det händer att ljud eller ljus eller andra sinnesintryck känns obehagliga.
3. Jag upplever ofta ljud, ljus eller andra sinnesintryck som störande eller obehagliga.
4. Ljud, ljus eller andra sinnesintryck stör mig så mycket att jag drar mig undan för att mina sinnen ska få vila.

8. Känslomässigt engagemang

Här ber vi dig att ta ställning till hur du upplever ditt intresse för omvärlden och för andra människor, och för sådana aktiviteter som brukar bereda dig nöje och glädje.

1. Jag är intresserad av omvärlden och engagerar mig i den och det bereder mig både nöje och glädje.
2. Jag känner mindre starkt för sådant som brukar engagera mig. Jag har svårare än vanligt att bli glad eller svårare att bli arg när det är befogat.
3. Jag kan inte känna något intresse för omvärlden, inte ens för vänner och bekanta.
4. Jag har slutat uppleva några känslor. Jag känner mig smärtsamt likgiltig även för mina närmaste.

9. Upplevelsen av krav

Här ber vi dig ta ställning till hur du reagerar på krav som du upplever ställs på dig i vardagen. Kraven kan komma från omgivningen eller dig själv.

1. Jag gör det jag ska eller vill göra utan att uppleva det som särskilt kravfyllt eller besvärligt.
2. Vardagliga situationer som jag tidigare hanterat utan särskilda problem kan ibland kännas som krav och orsaka obehag eller få mig att bli lättare stressad än vanligt.
3. Situationer som jag tidigare hanterat utan problem känns nu ofta som krav och orsakar ett starkt obehag eller en stark stress.
4. Det mesta känns som krav och jag klarar inte av att hantera det överhuvudtaget.

10. Irritation och ilska

Frågan gäller hur lättirriterad eller arg du känner dig inombords oavsett om du visat något utåt eller ej. Tänk särskilt efter hur lättväckt din irritation varit ("kort stubin"), i förhållande till vad som utlöst den, och på hur ofta och hur intensivt du känt dig arg eller irriterad. Om du överhuvudtaget inte kan känna några sådana känslor, skall du sätta din markering vid 0.

1. Jag känner mig inte särskilt lättirriterad.
2. Jag känner mig mer otålig eller lättirriterad än vanligt men det går också snabbt över.
3. Jag blir lättare arg eller provocerad än vanligt. Ibland förlorar jag fattning en på ett sätt som inte är normalt för mig.
4. Jag känner mig ofta alldeles rasande invärtes och måste anstränga mig till det yttersta för att behärska mig.

*KOM IHÅG, att bedömningen endast gäller den senaste veckan.
OBS! Detta formulär kan laddas ner från VISS (www.viss.nu).*

Bilaga 2

Terapiformer

Psykodynamisk terapi (PDT)

Den psykodynamiska terapin (PDT) har haft en dominerande ställning i Sverige. Det finns emellertid många missuppfattningar om psykodynamisk terapi, t.ex. den att man i terapin i stor utsträckning talar om patientens barndom. Förklaringsmodellerna bygger visserligen i stor utsträckning på att vårt psyke formas i interaktion med andra människor och att upplevelser i barndomen har en särskild betydelse. Den inre världen anses till stor del vara omedveten och kan förstås mot bakgrund av individens utvecklings- och livshistoria. Olösta yttre eller inre konflikter kan visa sig i symtom eller ett mindre konstruktivt beteende. Med hjälp av en ökad förståelse och genom att pröva nya sätt att vara på, kan individen finna alternativa sätt att hantera tillvaron. Modern psykodynamisk terapi har i sin praktik ett primärt fokus på den aktuella livssituationen och de problem man brottas med för närvarande. Stödande och bekräftande inslag är vanliga. Riksföreningen, Psykoterapi Centrum, Psykodynamisk terapi, (www.rpc.nu).

Inom den psykodynamiska traditionen har intresset för vetenskaplig evidens väckts relativt sent. Det är en sannolik orsak till att det i jämförelse med kognitiv beteendeterapi finns färre studier som stöder terapiformen. Under de senaste 10-20 åren har antalet publikationer som stöder den psykodynamiska terapin vid olika psykiatriska tillstånd emellertid ökat, särskilt då terapin fokuserar ett specifikt problem (1).

Kognitiv psykoterapi (KT)

I kognitiv terapi (KT) arbetar man för att bli medveten om hur tankar och föreställningar påverkar ens kroppsliga reaktioner, känslor och beteende för att sedan bryta negativa mönster och komma in i mer funktionella tolkningar av olika situationer. KT har många beröringspunkter med KBT, men har även integrerat en del tankegångar, t.ex. John Bowlbys anknytningsteori, (2) som beskriver hur personligheten utformas i anknytning till en viktig person. Terapeut och patient arbetar tillsammans på ett strukturerat och målinriktat sätt. Patienterna får hemuppgifter, t.ex. att beskriva konkreta händelser, vilka

automatiska tankar och känslor som väcks och vilka alternativa tankar man kan komma fram till. Svenska Föreningen för Kognitiv och Beteendeorikad Terapi, (www.kognitiva.org).

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Kognitiv beteendeterapi (KBT) har sin grund i bl.a. inlärningspsykologi, beteendeterapi och i kognitiv teori. KBT har en stark förankring i forskning genom sina rötter i den akademiska psykologin. Metoden bygger på beteende-analys av aktuella problem, hur de uppstått och varför de fortsätter. Det handlar om att förstå utlösande situationer, vidmakthållande tankemönster och reaktioner i omgivningen. Beteendeanalysen erbjuder en modell för att förstå vilka positiva och negativa konsekvenser som aktuella beteendemönster har. Genom att analysera en beteendekedja, kan man upptäcka alternativa beteendemönster och träna på beteenden som är mer funktionella och som ger positiv förstärkning. Detta ger en ökad känsla av hanterbarhet och egenkontroll, samt ökar motståndskraft mot stress. Patienten har även här hemuppgifter. Terapirelationen är viktig och i KBT strävar man efter ett arbetsklimat präglad av samarbete, god vilja och respekt (3). Svenska Beteendeterapeutiska Föreningen, (www.kbt.nu).

Fokuserad gruppterapi (FGT)

Fokuserad gruppterapi är en metod som förenar gruppterapi med integrativ metod. Terapin tar sin utgångspunkt i psykodynamisk interpersonell teori men har också mycket gemensamt med den s.k. tredje vågens beteendeterapi. I behandlingen betonas de psykoterapeutiska faktorer som man funnit vara gemensamma för olika psykoterapiformer.

Fokuserad Gruppterapi syftar till att förändra beteenden som påverkar patientens upplevelse av kompetens och självkänsla, något som visat sig vara en central problematik för patienter med stressrelaterad ohälsa, liksom för patienter med smärta i kombination med psykiska problem. Kärnan i FGT är att finna och formulera ett individuellt fokus som uttrycks i beteendetermer. Detta fokus sammanfattar patientens svårigheter att vara och uttrycka sig själv i emotionellt krävande situationer. Målet är en beteendeförändring i relation till andra människor (1).

Andra psykoterapimetoder

Andra psykoterapimetoder är t.ex. psykodynamisk kroppsterapi (PDK), gestaltterapi, psykodramaterapi och bildterapi. De utövas för det mesta av helt privatpraktiserande terapeuter. Dessa terapiformer kan vara speciellt användbara

vid relationsproblem och traumatiska upplevelser. Psykosomatisk sjukgymnastik utförs av legitimerade sjukgymnaster som oftast har vårdavtal med landstinget. I PDK integreras psykomotorisk behandling med psykoterapi, som baseras på en affektfokuserad terapimodell och självpsykologi. Man fokuserar på tre områden, förhållningssätt till den egna kroppen och till känslomässiga upplevelser samt relationer till betydelsefulla personer. Forskningsresultat visar att PDK minskar långvarig smärta, ångest, depression och social tillbakadragenhet.

Mindfulnessbaserade metoder

”Mindfulness” (sinnen närvaro eller medveten närvaro) är en engelsk översättning av ett begrepp som har sitt ursprung i buddhismen och handlar om medvetenhet/uppmärksamhet om andning, kropp, känslor, tankar och tillvaron. Under senaste åren används mindfulness-baserade metoder mer och mer i västerländsk medicin. Jon Kabat-Zinn grundade 1979 Stressreduktionskliniken vid Massachusetts Medical Center i USA. Han har framgångsrikt behandlat patienter med långvarig smärta och stressrelaterade sjukdomar med mindfulness-baserad stressreduktion (MBSR), (4).

Kabat-Zinns program (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) omfattar åtta veckor med gruppsammankomster och minst 45 minuters daglig övning hemma. Programmet finns på ljudband och CD, (www.mindfulnessstapes.com).

Det har gjorts flera randomiserade, kontrollerade kliniska prövningar. Mindfulness-träning har gett signifikant bättre resultat än i kontrollbetingelsen. På friska individer har mindfulness-träning medfört positiva effekter och minskad stress.

Vi använder mycket av vår tid fokuserade antingen på det förflutna eller på framtiden och ägnar mindre uppmärksamhet åt vad som händer i nuet. Medveten närvaro är en träning i att stanna i nuet och bli medvetna om våra upplevelser. Vid stress finns upplevelsen av att kraven överstiger förmågan att hantera den. Vi försöker tänka ut, planera och kontrollera det som skall hända. Då är vi allt mindre närvarande i nuet och missar också det som kunde vara bra att veta för att hantera situationen på ett bra sätt.

Medveten närvaro är inte en avslappningsteknik utan framför allt ett förhållningssätt. Det är ett sätt att förbli närvarande, att observera och acceptera, att vara med det som är, såsom det är utan värderingar och fördömanden. Genom att träna medveten närvaro dels med regelbunden övning och dels som

ett förhållningssätt i vardagen kan vi öka vår medvetenhet om oss själva, t.ex. om våra svagheter och styrkor (5).

I Sverige har man börjat använda mindfulness-meditation som behandlingsinslag bl.a. vid utmattningssyndrom. Träning i medveten närvaro är en mycket användbar metod för primärvården. Centrum för Allmänmedicin (CeFAM) har kurser i kognitivt förhållningssätt, beteendeanalys och mindfulness-baserade metoder. I dessa ingår beteendeanalys, validering och acceptans (3).

Ola Schenström, allmänläkare, har intresserat sig för stressrelaterade sjukdomar och hur man skapar balans i livet. Han kom fram till, att en effektiv metod vid livsstilsrelaterade problem såsom oro, dålig sömn, nedstämdhet, magbesvär och muskelspänningar var träning i medveten närvaro. Han ger numera kurser både till primärvårdspersonal och till allmänheten. Hösten -07 kommer hans bok "Mindfulness i vardagen". Träningsprogrammet finns på CD (www.mindfulnesscenter.se). Andra CD/DVD- paket på svenska är "Mindfulness: Övningar i sinnesnärvaro" (www.mindfulness.se).

En utveckling av MBSR är Mindfulness-Based Pain Management (MBPM) and Management of Stress and Fatigue. I den lägger man ännu större vikt vid det faktum, att de psykiska stressrelaterade besvären ofta är förenade med långvarig smärta. För att få bättre balans mellan aktivitet och vila ingår i metoden träning i medveten närvaro, medkänsla samt skonsamma rörelser från yoga även "pacing". Denna metod har i vetenskapliga studier visat signifikant förbättring när det gäller smärtupplevelse, symtom på depression och livskvalitet (www.breathworks-mindfulness.co.uk).

Föreläsningar och kurser i MBPM finns numera för svenska läkare, psykoterapeuter, sjukgymnaster och annan personal (www.cefam.se).

Motiverande samtal

I de inledande kontakterna kan man ha god hjälp av de erfarenheter som finns från s.k. motiverande samtal ("Motivational Interviewing"). Det handlar om att skapa ett intresse från patientens sida, att själv undersöka och förstå vad som ligger bakom symtomen och hur man kan gå vidare. Motiverande samtal är en systematisk intervju som bygger på sokratisk frågeteknik och låg grad av styrning. Behandlaren har en samarbetande stil, lägger vikt vid patientens självbestämmande och visar respekt för patientens val. Behandlaren stimulerar patienten att formulera sina tankar om nuvarande beteende, samt stärker patientens tilltro till sin egen kompetens och hopp om att kunna genomföra förändring, t.ex. att leva sundare, få mera balans mellan aktivitet och vila, samt sätta gränser.

Självhjälpsterapi

Det finns flera böcker av självhjälpsskäraktär. Ett KBT-självhjälpssprogram, ”Stresspac”, har visat goda resultat i en kontrollerad studie (6). I den svenska översättningen blev namnet Stresshjälpen. Den består av arbetshäfte och en CD-skiva. Metoden kan användas individuellt och i grupp. En pilotstudie 2005 visade sig vara effektiv vid ångest- och stressrelaterade besvär (ett samarbetsprojekt mellan psykiatri, primärvård och företagshälsovård inom Södertälje psykiatriska sektor). Vid stressrelaterade besvär är sömnstörningar mycket vanliga. I självhjälpssboken ”Sömn” (7), baserad på KBT, ges exempel på hur man kan komma till rätta med stressorsakade sömnproblem genom biblioterapi, internetbaserad stresshantering, yoga och taktil massage.

Referenser

1. Lindgren A, Sandahl C. (2004). Psykodynamisk terapi som syftar till beteendeförändring. Fokuserad gruppterapi vid utmattningssyndrom. *Psykisk Hälsa*, 45, 242-254.
2. Perris C. Ett band för livet. Bowlbys anknytningsteori och psykoterapi. Natur och Kultur 1996.
3. Almén, N. Stress- och utmattningsproblem. Kognitiva och beteendeterapeutiska metoder. 2007, Studentlitteratur.
4. Kabat-Zinn J (1990): Full Catastrophe of living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Dell Publishing.
5. Åsberg M., Sköld C., Wahlberg K. och Nygren Å.: Mindfulness-meditation – nygamal metod för att lindra stress. *Läkartidningen* nr 42, 2006;3174-77.
6. White J.”Stresspac”: three-year follow-up of a controlled trial of a self-help package for anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1998, 26, 133–141.
7. Söderström M, Sov bättre med kognitiv beteendeterapi (”Sömn”) Jan 2007.

Bilaga 3

Utbildningar

Kurser i fokuserad grupperapi ges av Karolinska institutet Education AB
www.ki.se

Kurser för primärvårdspersonal i kognitivt förhållningssätt, beteendeanalys,
mindfulnessbaserade metoder , **www.cefam.se**

Empatica AB **www.empatica.se**

Beteendeanalysgruppen, **www.beteende.se**

Beställning

Kontorsservice

Tel: 08-737 49 57; Fax: 08-737 49 59

E-post: informationsmaterial.lsf@sll.se

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivecronas väg 7, bv; Sabbatsbergs sjukhus

Rapporter från Medicinskt programarbete är publicerade på:
www.hsn.sll.se/mpa



Stockholms läns landsting

Forum för kunskap och gemensam utveckling

Box 12175, 118 91 Stockholm

Telefon 08-737 30 00. Fax 08-737 44 64