

Utmattningssyndrom

Stressrelaterad psykisk ohälsa

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är ett **Underlag från experter**. Det innebär att det bygger på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet som tas fram av huvudsakligen externa experter på uppdrag av Socialstyrelsen. Experternas material kan ge underlag till myndighetens ställningstaganden. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser. Socialstyrelsen drar inga egna slutsatser.

Artikel nr: 2003-123-18

ISBN 91-7201-786-4

Sättning: Bokförlaget Bjurner och Bruno AB

Tryckeri: Elanders Gotab AB, Stockholm, oktober 2003

Förord

Sedan slutet av 1990-talet har det skett en dramatisk ökning av långtidssjukskrivningar. Framför allt är det sjukskrivningar p.g.a. psykisk ohälsa som ökat. Någon samsyn har inte uppnåtts i hur tillstånden ska utredas, diagnostiseras, behandlas eller rehabiliteras. Socialstyrelsen har därför tillsatt en arbetsgrupp vars uppgift har varit att ta fram ett underlag där dessa frågor närmare studeras. Eftersom varken vetenskaplig evidens eller tillräckligt med klinisk empiri har hunnit etableras utges denna sammanställning som ett underlag från experter vilket bl.a. innebär att författarna svarar själva för innehåll och slutsatser.

I arbetsgruppen har deltagit representanter för olika medicinska områden som är relevanta för problemställningen. *Marie Åsberg* är professor i psykiatri, särskilt behandlingsforskning, vid Karolinska institutet. *Kristina Glise* är yrkesmedicinare och har tidigare arbetat inom företagshälsovården. *Jörgen Herlofson* är psykiater med erfarenhet av psykiatriskt inriktad företagshälsovård, och är den som översatt och introducerat det amerikanska DSM-systemet för psykiatrisk diagnostik i Sverige. *Lars Jacobsson* är professor i psykiatri vid Umeå universitet och har en socialpsykiatrisk inriktning. *Ingvar Krakau* är docent i allmänmedicin och universitetslektor vid Karolinska institutet. *Åke Nygren* är professor i personskadeprevention vid Karolinska institutet. *Aleksander Perski* är docent i psykologi och verksam vid Institutet för Psykosocial Medicin (IPM) i Stockholm där han leder en stressmottagning. *Anna Svensson* är sjuksköterska med magisterexamen i omvårdnadsforskning och VD för Åreliniken som bedriver rehabiliteringsverksamhet. I arbetet har också med. dr *Lennart Nathell*, AFA, bidragit med epidemiologiska analyser av AGS-databasen, och docent *Eva Vingård* har givit värdefulla synpunkter på de arbetsmedicinska avsnitten. Författarna vill också varmt tacka de många personer som givit värdefulla synpunkter under arbetets gång, speciellt docent *Lars-Gunnar Gunnarsson*, professor *Kristina Alexanderson*, docent *Gunnel Hensing* och direktör *Gunnar Selin*.

Bo Lindblom
Avdelningschef

Men då, i somras då var det väldigt mycket att göra på mottagningen – kolossalt mycket – då började jag röka igen efter flera års uppehåll! Alltså reagerade jag paradoxalt. Och så var jag så gräsligt trött! Det är inte den här tröttheten som alla kan känna efter en dags arbete, utan en alldeles speciell form som genomsyrar hela kroppen ... också sinnet, så på helgerna, när man är ledig så ... den här tröttheten går inte bort, man orkar inte träffa folk, göra något. Och så är det måndag igen!

Marianne, 45 år, distriktsläkare

Innehåll

Sammanfattning och slutsatser	7
Diagnostik	8
Behandling och rehabilitering.....	9
Prognos.....	10
Slutsatser.....	11
Underlag	12
Introduktion.....	12
Bakgrund.....	15
Om stress	15
Om stress och psykisk ohälsa	18
Utmattning och utbrändhet – en historisk översikt	20
Modeller för arbetsrelaterad stress	21
Om synen på arbetet	22
Terminologi och definitioner	24
Burnout definierat som ett tillstånd.....	24
Burnout definierat som en process	25
Burnout och arbetsrelaterad stress	26
Burnout och depression.....	27
Burnout och neurasteni	27
Burnout och kroniskt trötthetssyndrom	28
Utmattningssyndrom	28
Sjukdomsbild.....	31
En typisk sjukdomsbild.....	31
Sömn och sömnstörning	32
Omhändertagande	32
Vilka drabbas?	33
Sjukdomsperiodens duration.....	33
Återhämtning och återgång i arbete.....	34
Sammanfattning	34
Epidemiologi	35
Orsaksanalys	38
Diagnostik	40
Psykiatriska system för diagnostik och klassifikation.....	40
Kriterier	40
Differentialdiagnostik.....	41
Förslag till diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom	44
Hjälpmedel för diagnostik	46
Andra bedömningsinstrument	47

Behandling	49
Avspänningsmetoder	49
Fysisk träning	49
Samtalsbehandling	51
Läkemedel	55
Arbetslivsinriktad rehabilitering.....	56
Kamratstöd, psykosocialt stöd	57
Alternativ och komplementär medicin	59
Sjukskrivning	61
Planeringsmöten med arbetsgivare	64
Egenvård.....	65
Anhöriga	66
Närståendestöd	66
Närståendeträffar.....	66
Arbetsplatsinsatser	68
Tillämpning och förebyggande åtgärder.....	74
Etik.....	76
Forskningsbehov	79
Referenser.....	81

Sammanfattning och slutsatser

Bland de ogynnsamma konsekvenser som ett övermått av arbetsrelaterad stress kan leda till är den psykiska ohälsan ett växande problem, såväl i Sverige som internationellt. Den dramatiska ökningen av långtidssjukskrivningar som skett i Sverige sedan 1997 beror till stor del på att den psykiska ohälsan ökat. Speciellt tycks detta gälla yrken som innebär mycket kontakt med och ansvar för andra människor (hälso- och sjukvård, skola, omsorg, kyrkans personal, mellananchefer i privat företagsamhet). Kliniska studier av patienter som är långtidssjukskrivna för psykisk ohälsa talar för att tillståndet mycket ofta är relaterat till arbetet.

Klinisk erfarenhet och preliminära resultat av vetenskapliga studier har visat att den arbetsrelaterade psykiska ohälsan oftast är resultatet av en långdragen process som medför såväl kroppsliga som psykiska problem. Processen kan pågå under flera år, och börjar ofta med trötthet och spänningstillstånd och smärtor i rörelseorganen. Det kan leda till att patienter som arbetar i fysiskt påfrestande yrken sjukskrivs, t.ex. för ont i ryggen, redan i detta skede. Senare tillkommer ofta sömnstörning, bröstsmärtor och tryck över bröstet, hjärtklappning, magproblem, yrsel, minnes- och koncentrationssvårigheter, och personen upplever en tilltagande fysisk och psykisk utmattning. Många patienter blir också nedstämda. I detta skede uppfyller tillståndet ofta kriterierna för en egentlig depression, som då kan bli sjukskrivningsdiagnosen. Sjukskrivningen föranleds inte sällan av en akut försämring av tillståndet med dramatiska emotionella eller kognitiva (minnes- och koncentrations-) problem. Den sjuke kan använda uttrycket ”jag har gått i väggen”.

Många olika beteckningar har använts på detta tillstånd. En vanlig term är ”utbrändhet”. ”Utbrändhet” är en svensk översättning av ett amerikanskt ord, ”burnout”, som lanserades på 1970-talet. På engelska kan ordet också ge associationer till urladdning, som när ett batteri laddats ur, men på svenska ger det associationer till något oåterkalleligt skadat, utbränt. Metaforen är därför olämplig, och dessutom inte någon medicinsk term. I den mån patienter sjukskrivs för arbetsrelaterad psykisk ohälsa bör andra diagnostiska rubriker användas. Vi föreslår att termen *utmattningssyndrom* används för de tillstånd där depression inte har utvecklats. I den mån tillstånden uppfyller kriterierna för depression, bör diagnosen *egentlig depression med utmattningssyndrom* (”utmattningsdepression”) användas. För lättare tillstånd av arbetsrelaterad psykisk ohälsa som varken uppfyller kriterierna för depression eller för utmattningssyndrom kan diagnosen *maladaptiv stressreaktion* användas. Kriterier för utmattningssyndrom föreslås nedan.

Diagnosen ”utmattningssyndrom” innebär ett antagande om etiologin (sjukdomens orsaker), som tänks vara långvarig stress, men den innebär inte något ställningstagande till om stressen är relaterad till arbetet eller inte. Samma sjukdomsbild kan ses även vid långvarig stress som inte är relaterad till arbetet utan beror på andra typer av långvariga påfrestningar (t.ex. långvarig arbetslöshet eller långvariga relationsproblem).

I Sverige pågår för närvarande en livlig diskussion om orsakerna till den kraftiga ökningen av sjukskrivningar. Å ena sidan har man antagit att orsaken kunde ligga i de mycket stora förändringar som onekligen har skett inom ar-

betslivet under de senaste två decennierna. Neddragningar, upprepade omorganisationer och därav följande ökad arbetsbörda anges av många sjuka som den viktigaste orsaken. Å andra sidan har man velat se orsakerna i en förändrad attityd till arbete och sjukskrivning, och i förändrade prioriteringar mellan arbete och fritid. Till detta ska läggas de ändrade livsvillkor och den ökade informationstäthet som kännetecknar dagens samhälle.

Uppenbarligen har olika människor olika grad av motståndskraft mot sådana yttre påfrestningar. De individfaktorer som är av betydelse är ännu föga kända. Genetiska faktorer kan spela roll, liksom uppväxtmiljön och i vilken grad individen bygger sin självkänsla på förmågan att prestera goda arbetsresultat (vilket tycks öka risken för utmattning). Den kliniska erfarenheten tycks visa att många långtidssjukskrivna med utmattningssyndrom är synnerligen lojala och hårt arbetande personer som ofta uppfattas som mycket värdefulla medarbetare på sin arbetsplats.

Utmattningssyndromens naturliga förlopp är föga känt. Den kliniska erfarenheten är att de ofta blir mycket långvariga. Om detta beror på tillståndets natur eller på tillkortakommanden i den medicinska handläggningen och en utebliven rehabilitering vet man inte i dag. Till detta kommer att den otydliga avgränsningen mellan vad som ska kallas behandling, och medicinsk respektive yrkesinriktad rehabilitering, leder till oklarheter om vilken instans – vården, försäkringskassan, arbetsgivaren eller arbetsförmedlingen – som ska finansiera eventuella åtgärder.

Arbetsrelaterad stress som leder till psykisk ohälsa är således ett stort samhällsproblem. För närvarande pågår ett antal kontrollerade behandlings- och rehabiliteringsstudier, som kan beräknas ge resultat inom något eller några år. I avvaktan på den vetenskapliga evidens som bör ligga till grund för behandlingsrekommendationer, har Socialstyrelsen tillsatt en arbetsgrupp med uppgift att kartlägga den befintliga litteraturen på området och försöka destillera fram preliminära slutsatser beträffande diagnostik, naturligt förlopp, behandling, rehabilitering och prevention. Detta dokument är resultatet av gruppens arbete.

Diagnostik

När ett sjukdomstillstånd blir en modediagnos som får stor massmedial uppmärksamhet kan det leda till en risk för överdiagnostik. Detta kan i sin tur leda till att andra sjukdomstillstånd missas eller felbehandlas. Somatiska sjukdomar med liknande symtombild måste uteslutas (t.ex. diabetes, hypothyreos, kronisk obstruktiv lungsjukdom, hjärt-kärlsjukdom, B12-brist).

När sådana förklaringar kunnat uteslutas, återstår fortfarande en avgränsning mot andra diagnoser som ger liknande symtom. I modern psykiatrisk diagnostik arbetar man vanligen med diagnostiska kriterier. Vi har föreslagit en uppsättning kriterier som kan användas som hjälp i diagnostiken av utmattningssyndrom.

Diagnosen utmattningssyndrom används endast om en depressionsdiagnos inte föreligger. Kriterier för depressionsdiagnos bör alltså först prövas. Om ett tillstånd diagnostiseras som depression men är föranlett av arbetsrelaterad stress, används diagnosen utmattningssyndrom endast som en tilläggsdiagnos. Termen utmattningsdepression kan också användas.

Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom

Samtliga kriterier som betecknats med stor bokstav måste vara uppfyllda för att diagnosen ska kunna ställas.

- 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:
 - 1) Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning
 - 2) Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
 - 3) Känsломässig labilitet eller irritabilitet
 - 4) Sömnstörning
 - 5) Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet
 - 6) Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, magtarmsbesvär, 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. hypothyreoidism, diabetes, infektionssjukdom).
- F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen.

Behandling och rehabilitering

När ett sjukdomstillstånd kommer i rampluset på det sätt som utmattningssyndromet har gjort kommer det vanligen fram ett stort utbud av behandlingar. Effekten av dessa behandlingsförsök kan te sig gynnsam i många fall, vilket lika väl kan bero på förväntningseffekter och/eller ett spontant tillfrisknande, som på en genuin behandlingseffekt. Randomiserade kontrollerade studier saknas i stort sett, men pågår på flera ställen, och resultat kan väntas inom några år.

Den kliniska erfarenheten och den begränsade vetenskapliga evidens som trots allt finns talar för att följande behandlingsprinciper kan vara rimliga vad gäller patienter med utmattningssyndrom.

- Utlösande stressfaktorer identifieras, och en åtgärdsplan läggs upp tillsammans med patienten så fort det är möjligt.
- Rådgivning rörande egenvård 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 visserligen vid utmattningssyndrom, men sådan behandling kan ändå prövas, särskilt för patienter med framträdande affektiva symtom.
- Patienter med egentlig depression eller dystymi behandlas enligt sedvanliga principer (vilket kan innebära behandling med serotoninupptagshämmare eller andra antidepressiva läkemedel samt psykoterapi).
- Avspänningsträning, sömnträning, stresshantering, och fysisk träning kan vara viktiga delar av ett behandlingsprogram.
- Arbetsinriktad 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. I vissa fall kan det te sig osannolikt att patienten på grund av exempelvis kroniska konflikter på arbetsplatsen ska kunna gå tillbaka till sitt ursprungliga arbete. I sådana fall bör rehabilitering så snart det är möjligt inriktas på byte av arbetsuppgifter/arbetsplats. Om arbetssituationen är gynnsam är det sannolikt bättre att patienten håller kontinuerlig kontakt med arbetsplatsen, t.ex. genom deltidssjukskrivning eller arbetsträning.
- Det är sannolikt inte rationellt att sjukskriva patienter med utmattningssyndrom under längre perioder utan att en arbetsanalys genomförs och en rehabiliteringsplan läggs upp.
- En väl fungerande företagshälsovård är av mycket stor betydelse i rehabiliteringsarbetet.

Dessa slutsatser måste betraktas som preliminära i avvaktan på resultat av de pågående randomiserade kontrollerade prövningarna.

Prognos

Den kliniska erfarenheten talar för att utmattningssyndrom ofta tenderar att bli långvariga. I vilken utsträckning detta ligger i tillståndets natur, eller beror på bristande behandling och rehabilitering, eller på en fortsatt ogynnsam arbetssituation som individen inte förmår återvända till, är inte känt. Många patienter klagar över en långvarigt ökad stresskänslighet, också efter återgång till arbetet.

Tillgängliga epidemiologiska data talar också för att utmattningssyndrom ofta blir långdragna. De landstingsanställda som varit sjukskrivna för psykisk ohälsa i 30 dagar eller mer, är i ca 50 procent av fallen fortfarande sjukskrivna efter ett år. I en enkätbaserad efterundersökning av långtidssjukskrivna för psykisk ohälsa (som i merparten av fallen var av typ utmattningssyndrom eller depression) hade hälften fortfarande problem efter två år.

Slutsatser

- Sambandet mellan arbetsrelaterad stress och psykisk ohälsa är vetenskapligt styrkt. Förhållandena på arbetsplatsen är väsentliga för utveckling av stressymtom.
- Sjukdomsbilden kan vara av typ utmattningssyndrom eller egentlig depression med utmattningssyndrom.
- Det finns viss vetenskaplig evidens för att individorienterade psykologiska behandlingsmetoder, gärna i grupp, kan vara framgångsrika.
- Klinisk erfarenhet talar för att rådgivning om livsstil, och samordnade rehabiliteringsinsatser som inkluderar arbetsträning under anpassade former, gärna under deltidssjukskrivning, är av värde.
- Det finns ingen stark evidens för att generella arbetsplatsinriktade insatser har någon effekt, även om sådana förefaller vara mycket rimliga och önskvärda. Däremot finns ett stort behov av kontrollerade randomiserade studier.

Underlag

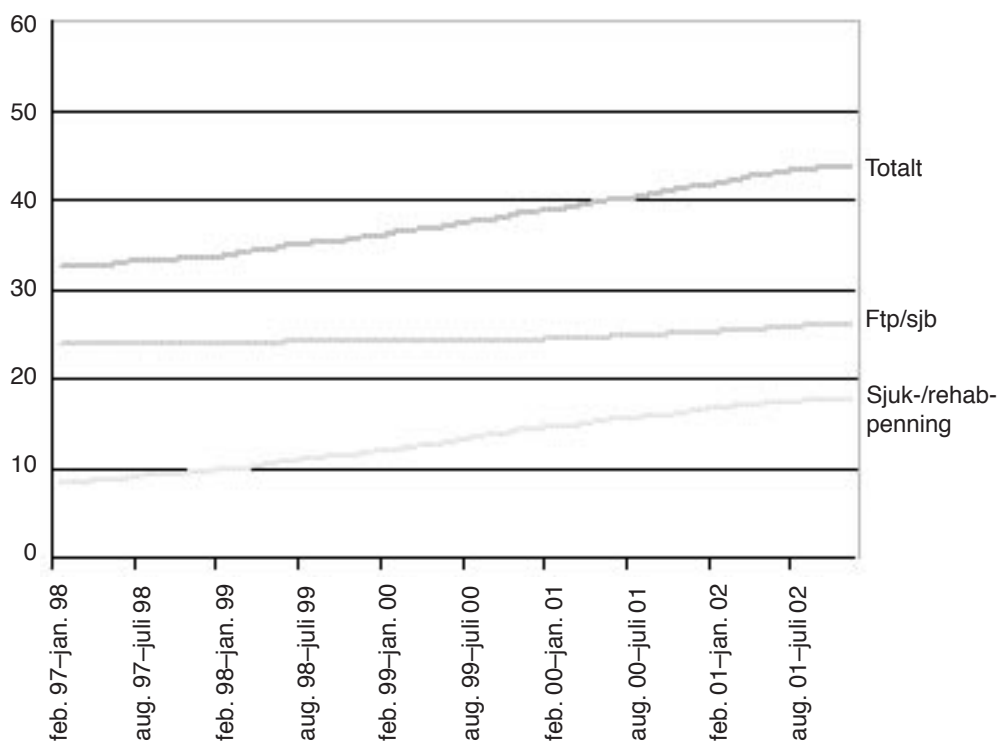
Introduktion

Mätt med konventionella indikatorer, som medellivslängd och spädbarnsdödlighet, är hälsoläget i Sverige mycket gott. Medellivslängden ökar kontinuerligt. Däremot ökar inte antalet år med full hälsa, vilket till större delen beror på att antalet år med lätt ohälsa har ökat (Socialstyrelsens folkhälsorapport 2001). Den ökade lätta ohälsan avspeglas också i ett ökat antal sjukskrivningar. Rörelseorganens sjukdomar och psykisk ohälsa dominerar som orsaker till förtidspension. Psykisk ohälsa bidrar mest till sjukdomsördan.

Till skillnad från de vanliga folkhälsoindikatorerna visar sjukskrivningstalen kraftiga fluktuationer över tid, med en uppgång under 1980-talet, en nedgång under första delen av 1990-talet, och den största ökningen någonsin under 1990-talets sista år och början av 2000-talet (Figur 4). Antalet långtidssjukskrivna i Sverige har aldrig tidigare varit så stort som under 2000-talets första år.

Vilken typ av sjuklighet är det då som ansvarar för den dramatiska ökningen i sjukskrivningar? Data från Riksförsäkringsverket visar att det framför allt är de långa sjukskrivningarna (mer än 30 dagar) som ökat. I synnerhet tycks det vara de psykiska sjukdomarna som ökat. Av intresse i sammanhanget är att ökningen inte är likformig över olika yrkeskategorier. Speciellt stor tycks ökningen vara inom sådana yrken där man har mycket människokontakt (vård, skola, omsorg, kyrklig verksamhet, mellanchefer i privat företagsamhet). Bland långtidssjukskrivna landstingsanställda varierar andelen med psykiatrisk diagnos från ca 20 procent (undersköterskor, biträden, tandläkare, tandsköterskor) till drygt 40 procent (läkare, sjuksköterskor, barnmorskor). Störst andel psykiatriska diagnoser bland de långtidssjukskrivna av hittills undersökta grupper har kyrkans personal (48 procent) (1). Den vanligaste diagnosen bland långtidssjukskrivna undersköterskor/vårdbiträden, liksom bland tandläkare och tandsköterskor, är muskuloskeletala problem (dvs. vanligen värk i rygg eller nacke). Intressant nog ansvarar sådana sjukdomar som kan misstänkas vara relaterade till stress (psykiska sjukdomar, värtillstånd, hjärt-kärlsjukdomar) för omkring 80 procent av all långtidssjuklighet, oavsett yrke.

Enligt Riksförsäkringsverkets månadsrapport för december 2002 har antalet personer med sjukersättning minskat med ca 6 000 jämfört med november 2001 (www.rfv.se). Tyvärr har emellertid de långa sjukskrivningarna (ett år eller mer) fortsatt att öka (Figur 1). Dessutom har antalet förtidspensionärer/sjukbidragstagare ökat med 32 000 personer jämfört med december 2001. Sammantaget betyder detta att ohälsotalet fortsätter att öka. Ohälsotalet är det genomsnittliga antalet dagar under en tolv månadersperiod som ersatts med sjukpenning eller förtidspension/sjukbidrag för befolkningen i åldern 16–64 år.



Figur 1. Ohälsotalets utveckling 1997–2002. Bilden har hämtats från Riksförsäkringsverkets hemsida, www.rfv.se. Ohälsotalet är det genomsnittliga antalet dagar under en tolv månaders period som ersatts med sjukpenning eller förtidspension/sjukbidrag för befolkningen i åldern 16–64 år.

Ohälsotalet var 52 för kvinnor och 35,8 för män för perioden till och med november 2002. Det sammantagna ohälsotalet var 43,8 dagar, som fördelas med 17,5 dagar för sjukpenning och 26,3 dagar för förtidspension.

Data från de diagnosdatabaser som förs av de stora försäkringsbolagen Alecta respektive AFA bekräftar att ökningen i sjuktal till stor del beror på en ökning av psykiatriska diagnoser. Av AFA:s diagnosdatabas framgår det dock att det inom de LO-anslutna grupperna (privatanställda såväl som landstingsanställda) framför allt är de muskuloskeletala problemen som ökat, medan de psykiska diagnoserna inte har ökat. Bland övriga landstings- och kommunanställda är det framför allt de psykiatriska diagnoserna som ökat dramatiskt (1). Försäkringsbolaget Alecta, som försäkrar privatanställda tjänstemän, redovisar en mycket stark ökning (223 procent!) av antalet långa sjukskrivningar bland högavlönade unga kvinnor från 2001 till 2002 (Hälsobarometern, tredje kvartalet 2002, www.alecta.se).

Under de senaste åren har ökningen av långa sjukskrivningar för psykisk ohälsa diskuterats allt livligare, såväl i massmedierna som i politiska sammanhang. Man har velat förklara uppgången med samhällsförändringar, förändringar i arbetslivet och förändringar i de enskilda människornas livsvillkor, utan att man nått fram till någon samsyn om etiologin. Även internationellt finns en liknande diskussion i facklitteraturen, där man bl.a. pekat på de avsevärda strukturella, organisatoriska och ekonomiska förändringar som skett inom arbetslivet sedan 1980-talets början (2). Man framhåller exempelvis den ökade arbetsbelastningen, och den minskade arbetstryggheten som tänkbara stressfaktorer (3).

Preliminära data från Karolinska institutet har visat att förändringar i arbetsorganisation tycks spela en avgörande roll för problemens uppkomst i ca hälften av fallen (4). Att arbetsförhållanden och arbetsorganisation kan spela en viktig roll för uppkomsten av stressrelaterade sjukdomar, kroppsliga såväl som psykiska, är väl belagt i en omfattande internationell litteratur (5–8). Bland de psykiatriska problemen tycks depression spela en framträdande roll (3, 9, 10). Det finns dock ännu ingen egentlig konsensus, varken om diagnostik eller om behandlingsprinciper för arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Arbetsrelaterad stress som leder till psykisk ohälsa är i dag ett stort samhällsproblem. För närvarande pågår ett antal kontrollerade behandlings- och rehabiliteringsstudier, som kan beräknas ge resultat inom något eller några år. I avvaktan på den vetenskapliga evidens som bör ligga till grund för behandlingsrekommendationer, har Socialstyrelsen tillsatt en arbetsgrupp med uppgift att kartlägga den befintliga litteraturen på området och försöka destillera fram preliminära slutsatser beträffande diagnostik, naturligt förlopp, behandling, rehabilitering och prevention. Detta dokument är resultatet av gruppens arbete.

Det pågår f.n. ett arbete med att sammanställa en Cochranerapport om "Occupational health programmes for treating and preventing psychological stress in health care professionals" (11) där man i den preliminära rapporten drar slutsatsen att den evidens som finns inom området är liten och generellt av låg kvalitet. Andra litteraturöversikter, t.ex. van der Hek och Plomp (12), kommer till liknande slutsatser.

Bakgrund

Om stress

Vad är egentligen stress?

Denna fråga har varit kontroversiell redan från början. Begreppets upphovsman, Hans Selye, ungersk-kanadensisk forskare verksam i Kanada på 40-talet, beskrev människors och djurs allmänna reaktion på påfrestningar av olika slag och kallade den för *General Adaptation Syndrome*. Den forskning som följde visade på hur negativa händelser som livskatastrofer, olyckshändelser, stark köld och hetta, tunga lyft, långa arbetsdagar och övermäktigt ansvar kan leda till hälsoproblem.

På 1970-talet blev stressforskarna uppmärksamma på det faktum att många människor, trots att de utsätts för allvarliga påfrestningar, inte nödvändigtvis blir sjuka av det. Snarare kan en del påfrestningar och ansträngningar betraktas som en krydda i livet, och ge en känsla av aktivitet, makt eller möjligheter att skapa något. Hur ska man då som stressforskare kunna förklara skillnaden mellan positiva och negativa reaktioner på påfrestningar?

Jo, man kom snabbt till slutsatsen, efter en mängd studier på både djur och människor, att det sällan är påfrestningar, belastningar eller hot i sig som är avgörande för vårt sätt att reagera. Det är snarare relationen mellan belastningarna och de resurser vi har för att hantera dem som kommer att avgöra vårt reaktionssätt. Från den synpunkten är den enklaste definitionen av stress som vi kan prestera just nu att *stress är organismens reaktion på obalans mellan belastningar som den utsätts för och de resurser den har för att hantera dessa*.

Utifrån denna definition av stress som en obalans mellan belastning och resurser följer att ett underskott, men även ett betydande överskott av resurser gentemot de belastningar som organismen utsätts för skulle kunna resultera i negativ stress. Som kommer att framgå av texten kan båda de extrema lägena leda till allvarliga stressrelaterade sjukdomar. De resurser vi behöver för att hantera ett komplicerat liv syftar till att bygga upp vår motståndskraft (fysisk kondition, sömn, vila, regelbundna matvanor, kunskap och färdigheter) men också att skapa en känsla av säkerhet och tillit, vilket för en modern människa oftast handlar om en upplevelse av kontroll, stöd från andra samt känsla av adekvata belöningar för ens ansträngningar (13–15).

Stressreaktioner – ett försök att återställa balansen

Vi tycks som väl är vara mycket bra rustade för att klara även stora avvikelser från det normala. Dessa avvikelser kan handla om en upplevelse av överbelastning eller hot som vi tvingas agera för att undanröja, eller vi kan behöva fylla på våra resursdepåer. Det vi ofta glömmer i diskussionerna om stressreaktioner är att arbetet med att återställa balansen bara i liten grad påverkar kroppen medan huvudet, dvs. storhjärnan, arbetar för fullt med att lösa problemen. Denna avancerade hantering av påfrestningar och förändringar ligger bakom den enorma framgång som människan haft i sin strävan att förstå och tämja naturkrafterna. Vi kan använda vår analytiska förmåga för att snabbt få fram adekvata lösningar, och vi kan använda vår språkförmåga, vår mimik och våra känslouttryck för att påverka andra människor för att komma undan faran. Oftast, med hjälp

av rationella bemästringsstrategier, kan vi avvärja hotsituationer. Om det inte leder till något resultat reagerar vi i stället mer primitivt biologiskt.

Kamp och flykt

Detta reaktionsmönster är till för att antingen bokstavligen förgöra angriparen eller att komma undan så fort som möjligt om vi bedömer att han är oss övermäktig. Sådana program blir lätt synliga genom en rad kroppssignaler som vittnar om att vi gör av med mängder av energi, som koncentreras till musklerna från midjan och uppåt i kampprogrammet och från midjan och nedåt i flyktprogrammet. Också hjärnan får ett stort energitillskott för att organisera våra handlingar på bästa möjliga sätt.

Den gren av det autonoma nervsystemet som ska hjälpa oss att bekämpa faror, skapa resurser och på det sättet återställa balansen, kallas det *sympatiska* nervsystemet och kopplas på med full kraft i kamp- och flyktprogrammen. Denna gren är också aktiv när vi behöver agera för att skaffa resurser eller förändra något i vår omgivning. Systemet är uppbyggt av en rad fibrer som löper längs ryggmärgen och sedan är kopplade till nästa grupp fibrer som har förbindelse med alla inre organ. Kommunikationen i nervbanorna från hjärnan till kopplingsstationerna strax utanför ryggmärgen sker via signalsubstansen *acetylkolin*, och via en liknande signalsubstans, *noradrenalin*, i de banor som leder direkt till de inre organen. De enda organ som är direkt uppkopplade till hjärnan utan denna fiberförgrening är de små hormonproducerande binjurarna ovanför njurarna. Från binjuremärgen utsöndras det viktiga stresshormonet *adrenalin*, som när det kommer in i blodbanan förstärker noradrenalinets effekter i nervbanorna genom att stimulera kroppens olika uppvarvningssystem.

När stressituationen blir mer långvarig förstärks den sympatiska uppvarvningen av en rad så kallade katabola, uppbrännande hormoner. Viktigast är kortisol som hjälper till att reparera skador och på det hela taget minskar kroppsliga obehag. Men kortisol stöder också aktivt den energimobilisering av depåcellerna som adrenalinets åstadkommer. Kortisol eller glukokortikosteroider kan på order av amygdala produceras i binjurebarken genom reaktioner som inbegriper hypothalamus och hypofysen. Följaktligen har detta stressystem fått det långa men upplysande namnet hypothalamus-hypofys-binjurebarksystemet.

Det är värt att minnas att det här gaspådraget i kroppen är programmerat som en kortvarig maximal mobilisering av våra resurser som inte ska vara längre än minuter eller möjligen timmar. Det är inget fel med denna fantastiska kraftmobilisering om vi lyckas åstadkomma önskad verkan, dvs. undanröja hotet eller skaffa oss de resurser vi behöver för att så småningom återgå till ett balanserat läge. Dock uppstår allvarliga hälsoproblem då vår organism inte lyckas med dessa uppgifter och permanent hamnar i ett tillstånd av kamp eller flykt med ständig aktivering av olika kroppssystem. Det skadar och bryter i längden ned vår organism och kan leda till en rad stressjukdomar.

Spela död-programmet

Detta program anses vara ännu mer primitivt än de program som beskrivits ovan. Vi kan ta till spela död-programmet då vår hjärna gör bedömningen att det är slut med oss inför en övermäktig fara och att vi inte har någon chans att ta oss ur situationen. I det läget försöker vår organism hjälpa oss med att försöka försvinna.

I kroppens fina spel mellan aktivitet och vila agerar den *parasymptiska* delen av det autonoma nervsystemets broms, och vid akut fara är det denna del som utför det så kallade spela död-programmet. Det parasymptiska nervsystemet styr vår resurshushållning och rutinöversyn av dagliga aktiviteter som att spara energi, använda olika ämnen och driva ut det som inte behövs från kroppen, reparera skador som uppkommit i kroppen och förnya vävnader med hjälp av apoptos/regenerationsprocesserna. Detta system dominerar så länge vi inte är engagerade i någon aktivitet. Det består av en rad nervbanor som går direkt från hjärnan i vagusnerven, vilken är uppkopplad till de flesta av våra inre organ. Den här delen av nervsystemet har en signalsubstans som finns i alla kopplingar, nämligen *acetylkolin*.

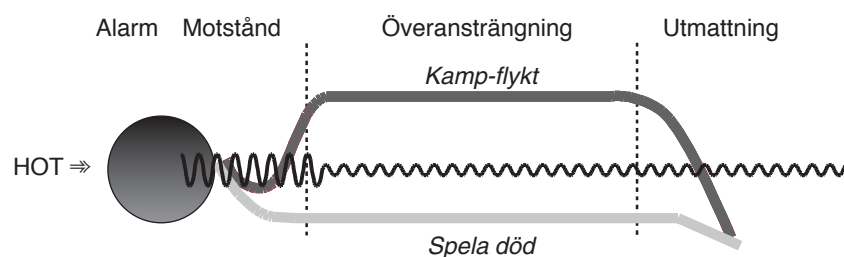
Det bromssystem i kroppen som utgörs av den parasymptiska delen av det autonoma nervsystemet har en förmåga att stimulera produktionen av hormoner vilkas verkan syftar till att tillvarata resurser, stimulera återuppbyggnad och återväxt. Dessa hormoner har fått namnet *anabola*, det vill säga uppbyggande. Till dem räknas insulinet som hjälper till att tillvarata socker, könshormonerna testosteron och östrogen, tillväxthormon, oxytocin och hormoner som fungerar i immunsystemet, bland annat lymfokiner och cytokiner.

Vid mera utdragna hotsituationer kan bromssystemen bli dominerande i kroppen, vilket leder till en överdriven uppbyggnad av kroppen utan att några större resurser förbrukas. Det är då vårt tröstbehov ökar markant. Det biologiskt drivna behovet att ladda kroppen med energi kan leda till stor viktökning, bukfetma och stor risk för störningar i insulinsystem och blodtryckskontroll – ett sjukdomstillstånd som kallas metabolt syndrom.

I motsats till en allmän föreställning är den här typen av reaktion på en övermäktig fara kanske mer vanlig hos oss människor än det uppvarvade kamp- eller flyktprogrammet som vi oftast sammankopplar med stress. Den uppgivna stressreaktionen att spela död medför ofta svimningskänsla, trötthet, yrsel, muskelsvaghet och symtom från magen. På beteendepланet innebär det här programmet ett oerhört behov av tröst som ofta leder till ökad konsumtion av sötsaker eller fet mat, alkohol, lugnande medicin eller sömnmedel. Man vill också isolera sig, försvinna och begränsa sina sociala kontakter. Känslomässigt kommer trötthetskänslor, ledsenhet, nedstämdhet, sorg och depression.

Tre faser av stress

Enligt Hans Selye kan vi se en regelbunden tidsaspekt i utvecklingen av stressreaktioner.



Figur 2. Förloppet vid stressreaktioner.

Efter en kort alarmfas där alla aktiviteter avstannar och vi orienterar oss om vad som pågår och fattar beslut om ett visst reaktionsmönster så inträffar en motståndsfas där vi anstränger oss på alla sätt för att undanröja faran (se Figur 2). I den fasen är vi supermänniskor och antingen utvecklar vi en enorm motståndskraft eller så hamnar vi direkt i spela död-programmet, där vi inte heller är speciellt sårbara. Syftet med denna fas är ju att undanröja faran och antingen lyckas vi med det och kan återgå till det vanliga hushållningsläget eller går vi under om vi misslyckas med våra ansträngningar. Om varken det ena eller det andra inträffar, vilket är typiskt för våra moderna livsvillkor, kan stressreaktionen bli mycket långvarig. I den fasen börjar vi tala om kronisk stress, dvs. faran har inte gått över och våra ansträngningar är fruktlösa. Denna fas kallade Hans Selye på 40-talet för utmattningsfas. Våra resurser börjar då ta slut och ändamålsenliga stressreaktioner kan vändas emot oss och börja förstöra vår egen kropp i stället för angriparen. Vi får rikligt med information om att vi börjar närma oss utmattningsfasen.

Denna innebär ofta sömnsvårigheter, problem med energi, en rad kroppsliga symtom samt psykiska reaktioner (olust, ångest, depression). Om vi ändå inte lyckas komma undan hotet, kan en utmattningsfas inträda med en rad följd-sjukdomar.

Om stress och psykisk ohälsa

Att psykisk ohälsa ofta utlösts av påfrestande omständigheter eller livshändelser har man haft helt klart för sig i mer än 2000 år (16). Under antiken räknade man med att såväl kroppsliga som själsliga sjukdomar kunde orsakas av sex olika typer av miljöinflytelser, nämligen luft eller klimat, balansen sömn/vakenhet respektive arbete/vila, mat och dryck, utsöndringsfunktioner och slutligen "själens passioner". De franska och tyska psykiatrer som under 1800-talet lade grunden till den moderna psykiatrin uppfattade också omskakande livshändelser och andra påfrestningar som väsentliga orsaker till psykisk ohälsa, framför allt till ångest och depression.

Även dagens neurobiologiskt orienterade forskning ser stress som en viktig bakgrund till depression. De mest allmänt accepterade djurmodellerna för depression (t.ex. inlärdd hjälplöshet, och uppgivenhet i simningstest) använder sig av stress för att framkalla det tillstånd man vill se som en parallell till mänsklig depression. En särdeles intressant djurmodell bygger på genetiskt renodlade råttor (Flinders Sensitive Line resp. Non-sensitive Line (17)) som har, respektive saknar, vissa fysiologiska karakteristika som också förekommer hos deprimerade människor. Dessa råttstammar skiljer sig åt med avseende på hur de reagerar när de utsätts för experimentell stress, dvs. modellen bygger på en genetisk sårbarhet för stress.

Nutida empiriska undersökningar har mycket tydligt styrkt att insjuknanden i depression ofta orsakats av yttre belastningsfaktorer, sorger och besvikelser. Mot detta har invänts att människor ofta själva bidrar till de olyckor som drabbar dem, och att den utsträckning i vilken man drabbas av omskakande livshändelser har ett empiriskt påvisbart genetiskt underlag (rimligen beroende på genetiskt betingade särdrag i människans personlighet). Genom att undersöka sambandet mellan stressande livshändelser och insjuknande i depression hos enäggiga och tvåäggiga tvillingar kan man matematiskt beräkna i vilken utsträckning sambandet mellan livshändelser och depression är ett äkta or-

sakssamband. I en sådan studie på amerikanska tvillingar beräknades 65–75 procent av sambandet vara kausalt betingat (18).

Man har också kunnat visa att den utsträckning i vilken en negativ livshändelse följs av en depression är beroende av individens sociala rollförväntningar. I en engelsk undersökning visade sig t.ex. kvinnor vara mer benägna att reagera med depression på problem med barn och familj, medan män snarare reagerade depressivt på ekonomiska problem (19).

Forskningen kring vilken typ av stressfaktorer som kan utlösa en depression har i stor utsträckning inriktat sig på dramatiska och tydligt avgränsbara negativa livshändelser. I vilken utsträckning belastning av mindre dramatisk men långvarig art kan framkalla depressionstillstånd är inte lika väl känt. En undersökning av 150 svenska långtidssjukskrivna (väsentligen tjänstemän på mellanchefernivå, rekryterade via det försäkringsbolag som betalade en del av ersättningen vid sjukskrivningen) kan belysa detta (20). Samtliga deltagande hade sjukskrivits under en psykiatrisk diagnos. Depression eller besläktade tillstånd (stressreaktion, ångestsyndrom, utbrändhet) dominerade helt diagnospanoramats. En noggrann psykiatrisk undersökning visade att sjukskrivningsdiagnosen ”depression” vanligen var korrekt, eftersom nästan 80 procent av patienterna fyllde forskningskriterier (DSM-IV (21)) för egentlig depression. Merparten av de sjukskrivna var i åldrarna 40–59 år, med en viss övervikt av kvinnor. Majoriteten av patienterna hade utöver sina depressiva symtom också besvär av smärtor och värk.

Om nu en stor andel av depressionssjukdomarna förorsakas av olika typer av stress, ligger det nära till hands att tro att detta skulle vara förklaringen till den störning i hypothalamus–hypofys–binjurebarkaxelns funktion som man så ofta finner vid depression. Det finns emellertid flera problem i tolkningen av den ökade cortisolfrisättningen vid depression som är orsakad av stress. Ett uppenbart problem är att det framför allt är depressioner av s.k. melankolisk typ, kännetecknade av framträdande somatiska symtom och störd dygnsrytm, som har tecken till ökad cortisolinsöndring (som bl.a. visar sig i en minskad eller utebliven reaktion på tillförsel av det syntetiska hormonet dexametason, som hos friska leder till att frisättningen av cortisol stryps) (22). De melankoliska depressionerna tycks sällan vara stressutlösta. Det är denna typ av depression som för några decennier sedan kallades ”endogen”, just för att man sällan kunde spåra några yttre utlösande faktorer. En annan tolkning av den ökade cortisolinsöndringen vid depressioner är att tillståndet i sig själv är en svår påfrestning och extremt ”stressande”, och att det är detta som framkallar den höga cortisolinsöndringen (23).

Ett annat problem är att de undersökningar som gjorts av olika markörer på störd cortisolinsöndring hos deprimerade människor nästan undantagslöst är enstaka mätningar som gjorts när depressionen väl är ett faktum och den sjuka identifierats som patient och därigenom blir tillgänglig för forskning. Det stresstillstånd som kan ha föregått insjuknandet är rimligen även ur endokrin synpunkt ett dynamiskt förlopp, och sannolikt vill det till prospektiva, longitudinella studier på människor för att förstå alla dess detaljer. Två sådana studier av högriskgrupper har nyligen publicerats (24, 25), och båda visar att höga utgångsvärden på salivkortisol och negativa livshändelser är av varandra oberoende prediktorer för att insjukna i egentlig depression. Det finns också andra data som talar för att en ökad aktivitet i hypofys–hypothalamus–binjurebarkaxeln kan vara en sårbarhetsfaktor för depression (26).

Utmattning och utbrändhet – en historisk översikt

Tanken att man kan bli slutkörd på jobbet är naturligtvis inte ny. I Sverige har man ofta använt uttrycket ”slutkörd”. Vid förra sekelskiftet och länge därefter användes termen ”överansträngd”.

På sent 1960-tal började amerikanska psykologer och psykiatriker använda termen ”burnout”. Tidigare hade detta ord använts bland annat i medicinsk jargong för patienter med obotliga restillstånd efter svåra kroniska sjukdomar, t.ex. ”utbränd schizofreni” och ”utbränd lepra”. 1961 tog författaren Graham Greene upp ordet i en roman om en desillusionerad arkitekt som kommer till en afrikansk leprakoloni, där kolonins läkare diagnostiserar honom som den mentala motsvarigheten till ett utbränt fall. Bokens titel är ”A Burnt-out Case”. Ordet tycks också ha använts i amerikansk slang, t.ex. i uttrycket ”to burn oneself out” som betyder att ”arbeta alltför hårt och dö ung” (27).

Den förste som använde termen i en psykologisk-psykiatrisk kontext var troligen Freudenberg (28), som använde den för att beskriva ett utmattningstillstånd hos personal som arbetade med svåra psykiatriska patienter.

När den amerikanska psykologen Christina Maslach i mitten av 1970-talet intervjuade en stor grupp socialarbetare noterade hon liknande tillstånd hos personal som hade ”gått över gränsen” i sitt engagemang i arbetet med klienter. Hennes intervjupersoner använde själva ordet ”burnout”. Maslach identifierade tre huvuddimensioner av ”burnout” hos personer som arbetar inom vården, nämligen emotionell utmattningsreaktion, empatibortfall gentemot klienter och subjektiv försämring av arbetsprestationen (29). Dessa tre komponenter har sedan 1981, då Maslach Burnout Inventory (MBI) publicerades, utgjort begreppets kärna (30).

Maslach hade från början uppfattningen att ”burnout” endast förekom inom yrken med tät människokontakt, framför allt inom hälso- och sjukvård och socialt arbete, men hon har senare vidgat begreppet och anser nu att det kan förekomma inom olika yrken. Den senaste varianten av MBI, MBI-GS (där GS står för General Survey) ska kunna användas i alla yrkesgrupper (31).

En annan psykolog, Ayala Pines, har utvecklat ett liknande frågeformulär, där den känslomässiga aspekten får större plats (32). Pines betonar utmattningens aspekter, både den fysiska med trötthet, låg energi och kroppsliga obehag, och den psykiska med emotionell utmattningsreaktion och negativa attityder. Pines har en vidare tolkning av begreppet än Maslach, och anser att ”burnout” kan ses som en generell utmattningsreaktion på långvariga, emotionellt krävande situationer. I enlighet med detta talar Pines t.ex. om ”burnout” inom äktenskapet (33) och i politiskt svåra situationer (34).

Begreppet ”burnout” har en uppenbar släktskap med begreppet ”arbetsrelaterad stress”. Den rika forskning som finns kring arbetsrelaterad stress beskriver ett mycket stort antal psykofysiologiska och beteendemässiga stressreaktioner (35) varav många kan sägas likna ”burnout”. Shirom och Melamed (36) har velat betrakta utbrändhet som en konsekvens av en utdragen stresssituation där organismens resurser för att hantera svårigheter blivit uttömda. De ser utbrändhet som en ”chronic depletion of resources”, alltså en biologisk definition. Enligt detta synsätt avser utbrändhet ett tillstånd då organismen inte längre klarar att återställa homeostasen i en långvarig stresssituation. Det är detta läge som populärt beskrivs som ”stresskollaps”, att ”gå i väggen” eller, som man uttrycker det i IT-företag, att ”gå in i taket”.

Modeller för arbetsrelaterad stress

Även om arbete således vanligen upplevs som positivt och kanske är en av de mest hälsofrämjande faktorerna i tillvaron (37), är arbetet också en potentiell källa till stress. Försök har gjorts att uppskatta kostnaderna för arbetsrelaterad stress (t.ex. i form av sjukfrånvaro och minskad produktivitet), och siffror i storleksordningen 5–10 procent av bruttonationalprodukten (38) eller 20 miljarder euro årligen har angivits för EU (37).

Att organisatoriska förändringar på en arbetsplats kan leda till ökad sjuklighet hos de anställda är väl belagt. Speciellt intressant för svenska förhållanden är en mycket noggrann finsk studie av effekten av neddragningar i en finsk kommun (Raisio) av Mika Kivimäki och medarbetare (39). De kunde påvisa ett linjärt förhållande mellan minskningen av antalet arbetande och långtids-sjukligheten, dvs. ju större neddragningar på en arbetsplats, desto fler långtids-sjukskrivningar bland dem som är kvar på arbetsplatsen.

Det finns flera modeller från stressforskningen som försöker beskriva vilka faktorer på arbetsplatsen som är av betydelse för utvecklingen av negativ stress. De två mest kända modellerna är de som lagts fram av Johannes Siegrist, respektive Robert Karasek och Töres Theorell.

Siegrist har lagt fram den s.k. *effort-rewardmodellen* för arbetsrelaterad stress. Modellen beskriver en obalans mellan den ansträngning som arbetaren får lägga ned på sitt arbete och den belöning (i vid bemärkelse) som han får för det.

Karasek och Theorells modell, *krav-kontrollmodellen*, beskriver också en obalans som betydelsefull för de negativa hälsoeffekterna av arbetsrelaterad stress, nämligen obalansen mellan de krav som arbetet ställer i relation till den kontroll som arbetaren har över sin egen arbetssituation. Den mest skadliga kombinationen är höga krav och låg egenkontroll.

Dessa båda modeller har genererat ett stort antal forskningsprojekt (40, 41). En intressant jämförelse mellan de båda modellerna har gjorts av Kivimäki och medarbetare (42). De fann att båda modellerna hade ett prediktionsvärde för död i hjärtinfarkt, som dock var något högre för effort-rewardmodellen än för krav-kontrollmodellen. Modellerna visade en signifikant ökad dödlighet i kardiovaskulär sjukdom under en tjugofemårsperiod efter den första mätningen, både hos arbetare med hög grad av effort-reward-obalans, och hos dem som upplevde höga krav i relation till kontrollmöjligheten.

Leiter och Maslach (43) har gjort ett försök att sammanfatta de faktorer i arbetet som kan leda till "burnout". Faktorerna är

1. *För stor arbetsbelastning*, som inte ger möjlighet till återhämtning, vilket är en väl dokumenterad orsak till "burnout", speciellt till den emotionella utmattning som är en av de tre komponenterna i författarnas beskrivning av burnoutsyndromet. De betonar speciellt det "emotionella arbetet", som ibland kan kräva att människor visar känslor som inte är genuina.
2. *Bristande kontroll över det egna arbetet*. I burnout-litteraturen betonas bl.a. rollkonflikter och otydlighet beträffande rollfördelning som viktiga aspekter av en bristande kontroll.
3. *Brist på erkänsla*. Upplevelse av att arbetets belöning (i pengar, eller socialt) inte står i proportion till insatsen är en annan faktor av betydelse. Ibland paras upplevelsen av bristande erkänsla med en upplevelse av orättvis behandling, när arbetskamraterna får mer bevis på erkänsla än man själv.

4. *Bristande arbetsgemenskap.* "Burnout"-forskningen har framför allt fokuserat på stöd från arbetsledare, arbetskamrater och familjemedlemmar. Socialt stöd kan ses som en buffert mot olika påfrestningar, en uppfattning som har ett visst vetenskapligt stöd.
5. *Orättvisor.* Det finns inte mycket forskning kring denna faktor, men vissa författare ser den som en kritisk faktor för arbetsledningen. Rättvisa i beslutsfattandet uppfattas inte sällan som viktigare än att beslutet går i ens egen favör. Viktigt är också möjlighet att uttrycka sin egen uppfattning och att behandlas respektfullt.
6. *Värderingskonflikter.* Att arbetsgivare och arbetsledning har någorlunda likartade värderingar som arbetaren kan vara centralt i många fall. En bristande överensstämmelse mellan arbetsledningens och den anställdes värderingar minskar engagemanget i arbetet och kan leda till en djup otillfredsställelse och demoralisering.

Om synen på arbetet

Arbetet intar en central plats i de flesta människors liv av det enkla skälet att det krävs för att man ska få mat, kläder och husrum, dvs. en basal försörjningsfunktion. Men det är uppenbart att arbetet också har en betydelse långt utöver denna grundläggande försörjningsfunktion. Visserligen har det nog i de flesta kulturer och samhällsförhållanden funnits enstaka människor som inte har behövt arbeta för sin försörjning, men de är väl snarast undantagen från den allmänna regeln. Denna allmänna regel har dock på senare år både ifrågasatts och delvis satts ur spel genom det moderna samhället där maskiner alltmer tar över det människor tidigare har gjort och där de sociala försäkringssystemen ser till att människor inte behöver arbeta under vissa förutsättningar, t.ex. att man är sjuk, eller att man är arbetslös på grund av brist på arbete. Det har ju nu och då diskuterats om människan egentligen längre skulle behöva arbeta, eftersom maskiner skulle kunna ta över mer och mer, och att kanske bara ett fåtal egentligen så småningom skulle behövas för att hålla produktion av mat och mer eller mindre nödvändiga konsumtionsvaror igång. I länder och tider när arbetslösheten är väldigt stor är detta ett konkret problem – vad gör människan av sin tid och av sitt liv när hon inte behöver arbeta? Emellertid är vi inte där ännu – arbetet är fortfarande nödvändigt för de flesta och också något man eftersträvar.

I samband med arbetslöshetsforskning har man diskuterat olika attityder till arbete.

- Arbete är ett nödvändigt ont som man helst skulle vilja slippa ifrån. Även om detta förhållningssätt kan förekomma, torde det inte vara särskilt väl grundat hos de flesta, särskilt som arbetet numera i varje fall inte är lika fysiskt krävande och farligt som det en gång kunde vara. Samtidigt finns naturligtvis fortfarande monotona och tråkiga arbeten som kan upplevas som väsentligen negativa.
- Människan är av naturen lat, och hennes enda motiv är ökade inkomster. Även denna resonemangstyp torde vara mera ytlig än välgrundad. Dock är det uppenbart att ökade inkomster är en viktig sporre för att arbeta och för att arbeta mera.

- Arbetets syfte är att tjäna medmänniskor. Denna altruistiska hållning torde i vår tid vara undanträngd, även om den säkert finns. Man kan tänka sig att detta förhållningssätt finns inom vård- och omsorgsyrkerna, men också inom andra serviceyrken där man kan få en ganska omedelbar respons på sitt arbete.
- Människan förverkligar genom arbete sig själv. Också denna tankemodell torde vara relativt avlägsen för de flesta, men förekommer rimligtvis inom olika typer av kreativa yrken, konstnärer, författare och kulturarbetare.
- Arbetet tillfredsställer människans behov av social gemenskap och kreativitet. De flesta människor torde ansluta sig till detta synsätt. Den sociala gemenskapen på en arbetsplats har ofta stor betydelse. Ett exempel är de många som hittar sin livskamrat på en arbetsplats.

Vad är det då som arbetet innebär, och som uppenbarligen människor värdesätter och som leder till problem när man inte har möjlighet att arbeta, som i arbetslöshetssituationer? Man brukar tala om arbetets latentia innebörd, och här kommer några förslag.

1. Arbetet strukturerar tiden. Tidsbegreppet är ju väldigt centralt i det moderna samhället där allt byggs upp kring tidsaxeln. Alla människor har en klocka, och det finns klockor på offentliga platser som hela tiden vakar över oss. I traditionella samhällen finns ju inte tiden på samma sätt närvarande, utan människor lever utan klockans stränga kontroll.
2. Arbetet skapar mening. Att göra något som andra människor behöver är en definition på arbete till skillnad från sysselsättning. Detta att tillhöra ett kollektiv som har en målsättning utöver den individuella och privata bidrar till känslan av meningsfullhet i tillvaron – något som är oerhört viktigt. När livet upplevs som meningslöst ligger depressionen och självmordet runt hörnet.
3. Arbetet ger status och identitet. Återigen blir detta tydligt när man är arbetslös. Att ha ett arbete innebär samtidigt att man är en nyttig samhällsmedborgare, att man inte ligger samhället till last, att man är någon.
4. Arbetet uppmuntrar till mänsklig aktivitet, till människans inneboende kreativitet, vilket bidrar till personlig växt och också till att ge livet mening.

Om man skulle sätta upp argumenten för och emot arbete torde de flesta hålla med om att argumenten för att arbeta är långt starkare än argumenten emot att arbeta.

I det traditionella samhället slutade aldrig människor att arbeta förrän de var så sjuka eller försvagade att de inte kunde arbeta, och deras dagar brukade inte bli så många när arbetsförmågan hade upphört. I det moderna samhället är arbetet på ett helt annat sätt strukturerat, och pensioneringen ingår som en naturlig del i livscykel. Även om pensioneringen finns där som en slutpunkt som alla är inställda på, leder den icke desto mindre för många till en krissituation. De flesta fortsätter att vara aktiva på olika sätt, i föreningsliv, i fortsatta arbetsinsatser av mera tillfällig natur, man hjälper grannar, vänner, barn och barnbarn, så även i det moderna samhället fortsätter människan att arbeta men under mindre kontrollerade former.

Arbetet är en av de saker som konstituerar människan.

Terminologi och definitioner

För att en ny term ska vinna gehör och så småningom etableras i fackkretsar måste det finnas goda skäl. Det måste vara något som saknas i den etablerade terminologin, eller något som kan beskrivas bättre genom att man inför ett nytt begrepp. Eller så har det inträffat någon förändring som innebär att kartan måste ändras, något nytt har uppstått.

Begreppet ”burnout” började användas i slutet av 1960-talet som benämning på en form av fysiskt och psykiskt utmattningstillstånd, vars uppkomst förknippades med arbetsförhållanden som utmärktes av stark emotionell påfrestning för de anställda. Christina Maslach har genom sina vetenskapliga och populärvetenskapliga publikationer bidragit till termens spridning (44, 45). I vetenskapliga kretsar har Maslach Burnout Inventory (MBI) (30), publicerad 1981, haft stor genomslagskraft. Men hennes definition av begreppet av ”burnout” är långtifrån den enda. Det finns därför anledning att ge en översiktlig sammanfattning av olika perspektiv på begreppet ”burnout”.

”Burnout” definierat som ett tillstånd

Genom att definiera ”burnout” som ett patologiskt tillstånd med ett antal utmärkande symtom knyter man an till traditionell klinisk diagnostik. Några olika definitioner belyses nedan.

”Burnout” som ett mångdimensionellt syndrom

Maslach och Jackson (30) definierar ”burnout” som ett syndrom med tre dimensioner: emotionell utmattning, förlust av empati och en subjektiv försämring av arbetsprestation. Med emotionell utmattning avses en upplevelse av känslomässig utarmning. Personen har inte längre något att ge, gnistan och det känslomässiga engagemanget är borta. Förlust av empati visar sig i en negativ, kallsinnig och cynisk attityd gentemot klienterna. Värme och medmänsklighet kommer inte längre till uttryck. Inställningen till de egna arbetsinsatserna är nedvärderande, personen upplever otillräcklighet och brist på professionellt självförtroende.

Ursprungligen kopplades ”burnout” uteslutande till människoinriktade yrken, t.ex. socialtjänst, skola, vård. Tanken var att serviceinriktade arbeten, som innebär en direkt kontakt med kunden/klienten/eleven under en stor del av arbetstiden, kan vara så emotionellt belastande att det leder till ”burnout”. Maslach och medarbetare har emellertid ändrat ståndpunkt (45). De definierar inte längre ”burnout” som problem som uppstår enbart i interaktionen med andra människor, utan som problem som uppstår i interaktionen individ–arbete, dvs. en kris i relationen till det egna arbetet.

”Burnout” som utmattning

Pines och Aronson (46) ger en något vidare definition av termen ”burnout” genom att de inkluderar även fysisk utmattning i definitionen. De anser inte att

”burnout” enbart är begränsat till människoinriktade professioner. ”Burnout” beskrivs som ”ett tillstånd av fysisk, emotionell och mental utmattning som orsakas av långvarig exponering för emotionellt krävande situationer”. Fysisk utmattning visar sig i brist på energi, kronisk trötthet, svaghetskänsla och ett antal somatiska och psykosomatiska besvär. Emotionell utmattning inkluderar känsla av hjälplöshet, hopplöshet och uppgivenhet. Mental utmattning innefattar negativa attityder till sig själv, arbetet och livet i stort.

”Burnout” som ett arbetsrelaterat dysforiskt tillstånd hos tidigare friska personer

Brill (47) har föreslagit en smalare definition av ”burnout”. Definitionen innehåller fyra komponenter: 1) Två kärnsymtom på ”burnout” specificeras: dysforiska symtom och försämrad arbetsprestation, 2) ouppfyllda förväntningar spelar en avgörande roll för uppkomsten av ”burnout”, 3) tillståndet är av en svårighetsgrad som gör att det krävs professionell hjälp eller förändringar i arbetet för att det ska kunna åtgärdas, och 4) ”burnout” är arbetsrelaterat och uppstår hos personer som är psykiskt friska.

Den här definitionen innebär viktiga begränsningar i det att etiologi, svårighetsgrad och uteslutande av annan psykisk ohälsa specificeras.

”Burnout” definierat som en process

Om man definierar ”burnout” uteslutande som ett tillstånd som utmärks av negativa psykiska symtom begränsas bilden till att omfatta enbart slutresultatet av en ofta varaktig och successiv process. Det är rimligt att anta att symtombilden ser olika ut beroende på var i förloppet patienten bedöms. Några olika beskrivningar av ”burnout” som en negativ process sammanfattas nedan.

”Burnout” som en process i tre steg

Cherniss (48) beskriver ”burnout” som ”en process där den anställdes attityder och beteende genomgår en negativ förändringsprocess som en följd av belastning i arbetet”. I det första stadiet ingår en obalans mellan resurser och krav (stress). Det andra stadiet utmärks av ökande emotionell spänning, trötthet och en känsla av att befinna sig under press. I det tredje stadiet visar sig ett antal förändringar i attityd och beteende såsom ett distanserat och mekaniskt förhållningssätt till klienter eller en cynisk upptagenhet av egna behov (defensiva copingstrategier).

Cherniss introducerar individens copingstrategier (överlevnadsstrategier) som en faktor av betydelse för uppkomsten av ”burnout”. Han menar att även om ett övermått av krav i arbetet utgör själva grundorsaken, så spelar individens copingstrategier i form av undvikande och distansering en stor roll i utvecklingen.

”Burnout” som tilltagande desillusionering

Edelwich och Brodsky (49) har formulerat en processmodell för ”burnout” som innefattar fyra steg: 1) entusiasm; utgångspunkten är ett starkt engagemang med idealistiska inslag och höga, men orealistiska, förväntningar, 2) stagnation; de personliga målsättningarna förskjuts från en inriktning på klientens

intressen till en inriktning på egna behov, t.ex. att inte arbeta övertid, 3) frustration; en tilltagande känsla av maktlöshet uppstår när varken de idealistiska förväntningarna eller de egna personliga behoven visar sig möjliga att uppfylla, och såväl emotionella som kognitiva och somatiska symtom börjar visa sig, 4) apati; personen distanserar sig såväl fysiskt som psykiskt från arbetet, frånvaron ökar, kontakterna med arbetskamrater minskar och en känslomässig distansering med avtrubbnig och cynism framträder.

Den drivande kraften i den negativa utvecklingsprocessen är klyftan mellan personliga förväntningar och faktisk verklighet. Modellen känns intuitivt rimlig men empiriska belägg saknas.

”Burnout” som psykologisk erosion

Till skillnad från de flesta andra författare betonar Etzion (50) betydelsen av långvarig negativ inverkan i form av kontinuerliga lindriga eller nästintill omärkliga stressfaktorer. Det förklarar det faktum att somliga patienter med ”burnout” har svårt att peka på specifika stressfaktorer som orsak till tillståndet.

”Burnout” som en utbränningsprocess

Lennart Hallsten (51, 52) fokuserar i sin processmodell på utbränning som en förutsättning för ”burnout”. Detta inkluderar en betoning på etiologin, dvs. själva utbränningsprocessen snarare än slutresultatet, som han beskriver som ett tillstånd med tydliga depressiva inslag. Hallsten beskriver processen i termer av en komplex interaktion mellan individens sårbarhet, dennes copingresurser och faktorer i arbetsituationen. Hans modell har en bred tillämpning i och med att han inte gör specifika kopplingar till stressfaktorer i arbetslivet.

”Burnout” och arbetsrelaterad stress

Finns det meningsfulla skillnader mellan begreppen ”burnout” och stress, och, om så är fallet, vari består skillnaderna? Enligt Brill (47) avses med stress en tillfällig adaptiv process som inkluderar både psykiska och fysiska symtom. Samma symtom återkommer i beskrivningarna av ”burnout”. Skillnaden är att dysfunktionaliteten enbart är temporär vid stress, men blir långvarig vid ”burnout”. Man kan därför inte skilja mellan stress och ”burnout” på annat sätt än genom retrospektion.

Ser man ”burnout” som ett mångdimensionellt syndrom synliggörs ytterligare skillnader. Stress uppfattas då som en av de aspekter som definierar ”burnout”. De negativa attityder som personen utvecklar gentemot arbetet är en annan aspekt, och nedvärderingen av de egna prestationerna ytterligare en. Schaufeli och van Dierendonck (53) har visat att emotionell utmattning kan relateras till fysiska och psykiska symtom på stress, medan empatiförlust och nedvärdering av egna arbetsprestationer utgör en väsensskild komponent i ”burnout” och särskiljer syndromet från stress. I en studie av sjuksköterskor i arbetslivet fann de att emotionell utmattning delar 30 procent av variansen med fysiska och psykiska symtom som utmärker stress, men bara 14 procent respektive 10 procent av variansen avseende empatiförlust och nedvärdering av egna arbetsprestationer (100 procent innebär identiska begrepp och noll procent helt väsensskilda begrepp).

Ännu ett sätt att särskilja begreppen ”burnout” och stress är att fokusera på individens förväntningar på arbetslivet. Varje människa kan uppleva stress, men enbart de som går in i arbetet med höga förväntningar och som arbetar hårt för att förverkliga målen kan bli utbrända. Detta synsätt stämmer med Brills (47) uppfattning (se ovan). Även Pines (54) framhåller att personer som har starka förväntningar på arbetets meningsfullhet kan löpa risk att drabbas av ”burnout”. De som inte har några förväntningar att tala om skulle således bara komma att uppleva stress som reaktion på påfrestningar.

”Burnout” och depression

Mycket tidigt noterades likheten mellan den symtombild som beskrivs vid ”burnout” och en lätt eller måttlig depression. Emotionell utmattning och ”cynism” påminner osökt om oförmågan till engagemang och positiva affekter som är centrala symtom vid en depressionssjukdom, och upplevelsen av nedsatt prestation förekommer vid båda tillstånden. Glass och McKnight har publicerat en genomgång av 18 studier som undersöker sambandet och drar slutsatsen (55) att de båda tillstånden är korrelerade men inte identiska. Samma slutsats drar också Brenninkmeyer m.fl. (56), som anser att depression till skillnad från ”burnout” är mer förknippat med en känsla av statusförlust och uppgivenhet. Depression kan också ses som ett sent skede i en utbränningsprocess (51, 57).

I en stor och fortfarande pågående klinisk studie av människor som långtids-sjukskrivits för psykisk ohälsa befanns inte mindre än 80 procent av dem fylla kriterierna för egentlig depression, pågående eller i remission (20). I ca hälften av fallen kunde ingen annan orsak än arbetsrelaterad stress påvisas. Dessa iakttagelser är ett starkt belägg för att en egentlig depression inte sällan uppstår under loppet av ett utmattningssyndrom.

”Burnout” och neurasteni

Neurasteni inkluderas ej i DSM-IV (21), men används däremot i ICD-klassifikationen av psykiska störningar (58). I DSM-IV noteras tillståndet under rubriken ”somatoformt syndrom UNS”. Begreppet neurasteni har en lång historisk tradition. Tillståndet utmärks av endera påtaglig psykisk uttrötthet som är åtföljt av en nedsatt prestationsförmåga eller känsla av genomgripande fysisk svaghet. Trötthets- eller svaghetskänslan är av en sådan art att patienten inte kan återhämta sig på vanligt sätt genom vila, avspänning eller avkopplande aktiviteter. Bägge dessa former åtföljs dessutom av minst ett av följande symtom: muskelsmärter, yrsel, spänningshuvudvärk, sömnstörning, oförmåga att slappna av eller irritabilitet. Depressivitet och ångestkänslor är vanligt, om än i måttlig grad. Varaktigheten ska utgöra minst tre månader.

Schaufeli och Enzmann (59) menar att neurasteni är den psykiatriska diagnos som ligger närmast begreppet ”burnout”. Emellertid saknas en koppling till påfrestande omständigheter, liksom de för ”burnout” utmärkande symptomen på empatiförlust och dysfunktionella arbetsattityder samt en känsla av nedsatt arbetsprestation. Samstämmigheten ökar om neurastenidiagnosen kompletteras med tillägget ”arbetsrelaterad”.

Neurasteni finns inte med som en separat diagnos i DSM-IV av flera skäl.

Det råder oklarhet om gränsdragningen gentemot depressiva störningar och ångeststörningar, liksom även mot andra somatoforma syndrom, på grund av betydande symtomöverlappning. Ett viktigt argument för att inte inkludera neurasteni var också att det kunde finnas risk för att diagnosen skulle komma att användas för lättvindigt. Som en konsekvens av det skulle den diagnostiska utredningen riskera att bli ofullständig, och någon bakomliggande somatisk sjukdom eller psykisk störning skulle kunna förbises.

”Burnout” och kroniskt trötthetssyndrom

Begreppet ”kroniskt trötthetssyndrom” har tilldragit sig intresse sedan 1980-talet. De mest utmärkande symtomen vid kroniskt trötthetssyndrom är somatiska. Typiskt är en varaktig oförklarlig trötthet som inte går att vila bort. Vidare förekommer minst fyra av följande symtom: känsla av nedsatt korttidsminne och koncentrationsförmåga, ont i halsen, ömmande lymfkörtlar, muskelvärk, ledvärk, huvudvärk, ledsmärtor, vaknar utsövd eller känner sig sjuk under minst 24 timmar efter en ansträngning (60, 61).

Vid ”burnout” förekommer i varierande grad en stressrelaterad somatisk symptomatologi, men den psykiska symptomatologin är allmänt sett mycket mer framträdande än vid kroniskt trötthetssyndrom. ”Burnout” förknippas till skillnad från kroniskt trötthetssyndrom med arbetssituationen. Vid ”burnout” har den drabbade regelmässigt gjort en klar koppling till förhållanden på arbetsplatsen, medan tillståndet ter sig oförklarligt för den som drabbats av kroniskt trötthetssyndrom. Känslan av utmattning är gemensam för bägge tillstånden, medan förlusten av empati och nedvärderingen av de egna arbetsprestationerna endast utmärker ”burnout”. Empiriska studier som belyser relationen mellan kroniskt trötthetssyndrom och ”burnout” saknas. Överlappning mellan kroniskt trötthetssyndrom och depression finns belagd (62).

Utmattningssyndrom

I anslutning till en pågående studie vid Karolinska institutet av personer som långtidssjukskrivits minst 50 procent under minst 90 dagar under mental diagnos, och där förhållanden på arbetsplatsen bedömts spela en betydelsefull roll för tillståndet, har man tagit fram ett förslag till diagnostiska kriterier för ett tillstånd som benämns ”utmattningssyndrom” (63). Dessa kriterier är återgivna i sammanfattningen i början av detta dokument och under rubriken Diagnostik nedan. Förslaget stämmer väl med den uppsättning symtom som ligger till grund för skattningsskalan Karolinska Utbrändhetsskala (64) som utvecklats av en forskargrupp vid KI.

Flera skäl ligger bakom önskan att definiera diagnosen utmattningssyndrom:

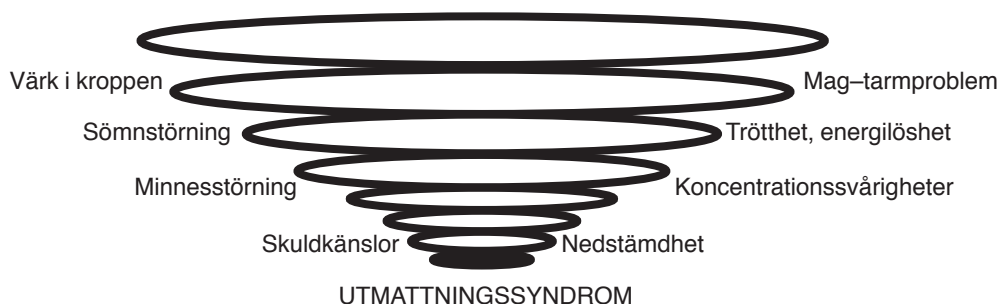
1. Det finns ett behov av specificerad diagnostik vid stressrelaterad utmattning. Aktuella termer som ”utbrändhet”, ”utmattning” och ”stress” är oklart definierade, och de tenderar att användas som benämning på varierade tillstånd med psykisk symptomatologi och tänkbar koppling till arbetssituationen. Detta får konsekvenser i form av svårigheter att överblicka problemområdet

och svårigheter att organisera systematiserade insatser för behandling och rehabilitering.

2. De patienter som ingår i studien har i de flesta fall symtom som fyller kriterierna för egentlig depression. Det finns därför ett behov av diagnostiska riktlinjer för att särskilja och klargöra förhållandet mellan stressrelaterat utmattningstillstånd och egentlig depression.
3. Inom de aktuella psykiatriska diagnossystemen DSM-IV och ICD-10 saknas en lämplig kategori för sådan problematik som många av personerna i studien visat sig ha.

Vidare har ett antal utgångspunkter legat till grund för arbetet med att utveckla kriterier. Några av dessa följer här:

1. En grundläggande tanke är synen på utmattningssyndrom som ett sent skede i en process som börjar med stress och stressrelaterade symtom. Många utvecklar i den här processen också betydande symtom på depression, ofta även ångestsymtom. I ett sent skede domineras bilden av symtom på utmattning med eller utan parallella symtom på depression eller ångest. Det är i detta sena skede som diagnosen "utmattningssyndrom" är tänkt att vara tillämplig. "Utmattningsspiralen" (Figur 3, Rylander, opubl.) illustrerar hur det som börjar som ospecifika somatiska stressymtom gradvis utvecklas till ett tillstånd med tilltagande psykisk symtomatologi. Cirklarna illustrerar det utrymme som personen ger åt omsorg om egna behov som regelbunden kosthållning, motion, sömn, rekreation, sociala och intima relationer. Allteftersom processen fortskrider avsätts mer och mer tid till att hantera eller på annat sätt ägna tid åt de påfrestningar som personen är utsatt för. Vid arbetsrelaterade påfrestningar handlar det ofta om att ökad tid ägnas åt arbete, men även om att betydande tid ägnas åt att grubbla på problemen. (Benämningen "utmattningsdepression" har i och med de föreslagna kriterierna ersatts av "utmattningssyndrom" med tillägg av diagnostiska anvisningar vid parallella symtom på depression eller ångest.)



Figur 3. Utmattningsspiralen (Rylander m.fl., opublicerat). Figuren illustrerar den gradvisa begränsningen av individens intresseområden till förmån för arbetet, och den åtföljande successiva uppkomsten av stressymtom.

2. Diagnosen utmattningssyndrom är tänkt att avgränsa ett tillstånd som utmärks av plågsamma och funktionsnedsättande symtom på psykisk utmattning åtföljt av något eller några somatiska symtom av motsvarande klinisk signifikans. Tillståndet ska ha en koppling till varaktiga och identifierbara påfrestningar, och det ska inte fullt ut förklaras av någon form av substansbruk eller av någon somatisk sjukdom eller skada.

3. Huvudbetoningen har lagts på symtom på psykisk utmattning, vilket har gjorts till ett obligatoriskt kriterium. En viktig anledning till detta är att aktuell statistik över sjukskrivningsdiagnoser i Sverige har visat en stark ökning av olika former av mentala diagnoser. Patienternas problem har således uppfattats som psykiska, vilket också stämmer överens med de iakttagelser som gjorts i den aktuella studien.

Slutligen har ett antal överväganden gjorts som återspeglas i utformningen av de föreslagna kriterierna:

1. Utmattningssyndrom definieras som ett tillstånd som ”utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har funnits under minst sex månader”. I diagnosen ingår en specificerad etiologi, nämligen stress, och kommer därför att utgöra en av flera specificerade, stressrelaterade diagnoser. Det är emellertid inte specificerat vilken form av stress det rör sig om. Diagnosen begränsas på så sätt inte till att enbart omfatta tillstånd orsakade av arbetsrelaterad stress. Kommande studier där den föreslagna diagnosen tillämpas får visa värdet av att lämna stressfaktorerna ospecificerade.
2. Varaktigheten av påfrestningarna har angivits till minst sex månader, medan varaktigheten av de specificerade symtomen har angivits till minst två veckor. På så sätt blir det möjligt att använda diagnosen efter en relativt kort period av betydande symptomatologi som medför lidande och även funktionsnedsättning. Många har haft symtom under avsevärt längre tid innan de blir föremål för bedömning. Inte så få upplever emellertid ett akut insjuknande. Om detta beror på att de faktiskt inte haft symtom tidigare, eller på att de inte förmått erkänna sina symtom ens för sig själva är svårt att avgöra. Samstämmiga kliniska rapporter visar emellertid att de som insjuknar akut ofta har allvarliga symtom. Även dessa tillstånd inkluderas om varaktigheten anges till minst två veckor.
3. De flesta som drabbas av stressrelaterad utmattning har också betydande symtom på depression och ångest. För att inte förbise ett fullt utvecklat psykiatriskt syndrom som kan kräva specifik behandling, har ett obligatoriskt kriterium lagts till som anger att utmattningssyndrom enbart anges som en tilläggspecification om kriterierna för någon av diagnoserna egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda. En tanke med det är att förhindra att den diagnostiska utredningen blir ofullständig genom att diagnosen utmattningssyndrom tillämpas alltför lättvindigt. I de fall där depressivitet och ångest förekommer, men där kriterierna för någon specificerad störning på basen av dessa symtom inte är uppfyllda, används diagnosen utmattningssyndrom med tillägg av någon av de föreslagna specifikationerna. Tydlighet i diagnostiken är det viktigaste skälet till förfaringssättet.

Sjukdomsbild

För att ge större åskådlighet åt de problem som patienter med utmattningssyndrom kan ha, ges här en beskrivning av den typiska sjukdomsbilden. Beskrivningen grundar sig på klinisk erfarenhet hos ett antal företagsläkare, psykiatrer och psykologer som undersökt och behandlat ett stort antal patienter med dessa problem. Beskrivningen stämmer väl överens med den som ges t.ex. av Ulla-Britt Eriksson och medarbetare (65) på basen av djupintervjuer av 32 långtids-sjukskrivna personer med utmattningssyndrom och liknande sjukdomsbilder.

En typisk sjukdomsbild

De läkare som har en någorlunda omfattande erfarenhet av patienter med utmattningssyndrom beskriver en relativt typisk sjukdomsbild. Ofta föranleds läkarkontakten av en akut försämring, men dessförinnan har symtomen utvecklats successivt, kanske under flera års tid. Först kommer vanligen trötthet och ofta sömnstörningar (man ligger vaken och grubblar, ofta över arbetet om det nu är det som är den bakomliggande stressfaktorn). Besvären kan komma och gå och variera i intensitet under flera år. Patienterna blir irriterbara och oroliga. Många ökar sin cigarett- och alkoholkonsumtion för att bli piggare och för att sova bättre. En tilltagande olust inför arbetet och för krav över huvud taget smyger sig på. Det uppstår inte sällan konflikter kring patienterna i detta skede.

Samtidigt eller något senare i förloppet debuterar ett eller flera kroppsliga symtom såsom värk i muskulaturen, huvudvärk, tryck över bröstet och/eller hjärtklappning, orolig tarm, ljudöverkänslighet och yrsel. Sömnstörningarna tilltar, det är svårt att somna in och nattsömnen störs av täta uppvaknanden, patienterna vaknar trötta. Många tar sig en tupplur efter arbetet, enstaka semesterdagar eller annan ledighet tas ut för att få vila istället för sjukskrivning. Prestationsförmågan går ned och självförtroendet sviktar. Många känner sig mindervärdiga och skäms över sitt tillstånd.

Allt mer energi går åt att klara arbetet. Familjelivet och fritidsaktiviteterna kommer i andra hand och anhöriga beskriver att den sjukes personlighet förändras. Successivt kommer nedstämdhet, koncentrations- och minnesstörningar. I situationer med anspänning och krav kan patienterna drabbas av panikångestattacker. Vissa patienter söker akut läkarhjälp för plötslig yrsel. I detta skede fyller många patienter kriterier för en egentlig depression, och självmordstankar är jämförelsevis vanliga.

Kombinationen av successivt tilltagande fokusering på arbetet och minskande engagemang i världen utanför arbetet, inklusive den egna familjen, och den samtidiga utvecklingen av spänningssymtom och depression, ligger bakom beteckningen "utmattningsspiralen" (Figur 3). Den tid det tar innan den långvariga stressen leder till en akut försämring varierar från patient till patient. Den kan ta några månader, men det rör sig oftast om en process på många år.

Ofta söker patienten läkare efter en akut försämring, som kan komma plötsligt och inte sällan föregås av en traumatisk händelse eller en akut konflikt.

Patienten som söker är i kris och klagar över utmattning och koncentrations-svårigheter, ofta i kombination med somatiska symtom. Patienterna har ofta svårt att acceptera sin situation och många har orealistiska förhoppningar om ett snabbt tillfrisknande, samtidigt som de ger uttryck för en allvarlig oro över sitt tillstånd. Många skäms över att ha drabbats, och vill inte berätta för omgivningen om orsaken till sjukskrivningen.

Sömn och sömnstörning

Vissa data talar för att en utebliven eller otillräcklig återhämtning efter stress kan vara en central faktor i utvecklingen av utmattningssyndrom. Tidigare forskning tyder på att nervsystemet, det endokrina systemet och immunsystemet interagerar och samverkar i en delikat balans för att upprätthålla homeostas och hälsa hos individen. Sönnen har en viktig roll för upprätthållandet av denna balans (66). Relativt ny forskning har observerat effekter på metabol funktion, hormonnivåer, individuell funktionsförmåga och subjektivt välbefinnande i samband med störd sömn (67). Det finns klara bevis från djurstudier för att störd sömn rubbar kroppens immunsystem. Mycket talar för att sömnbrist stör immunsystemets balans och därmed mottagligheten för sjukdomar även hos människan (68). Kortisol är ett viktigt regleringshormon för immunförsvarets aktivitet. Den störda sönnen tycks även störa individernas kognitiva funktionsförmåga och välbefinnande den följande dagen.

Det finns data som är förenliga med hypotesen att störd sömn skulle kunna vara en nyckelfaktor för att utveckla utmattningssyndrom. Psykosocial belastning i sig skulle i så fall inte vara en tillräcklig förutsättning för utvecklingen, utan en störd återhämtning ”behövs” för att vidmakthålla en ond cirkel via överbelastning, oro, stressreaktioner, störd sömn, oro, störd sömn osv. Institutet för Psykosocial Medicin (IPM) och Stiftelsen Stressmottagningen har med stöd av försäkringsbolaget Alecta startat en forskningsstudie som syftar till att undersöka fysiologiska och psykologiska aspekter av stressrelaterad utmattning. I studien ingår även en behandlingsdel, där behandling ges vid Stressmottagningen. Studien har pågått nu i ett år. Varje deltagare fick vid två tillfällen sova med EEG-utrustning i hemmet för att fysiologiskt registrera sönnen. Av data som analyserats från mätningen före behandling framgår att de som var sjukskrivna för stressrelaterad utmattning hade en markant störd sömn med minskad andel djupsömn, längre insomningstider och mer fragmenterad sömn. De sjukskrivna led av en stark trötthet under dagtid som motsvarar hur nattpersonal känner sig under ett nattskift.

Omhändertagande

Det råder samstämmighet bland många kliniker om att det krävs ett professionellt omhändertagande av patienten med gott om tid för samtal och undersökning. Den sjuke måste känna sig trygg och uppleva att läkaren förstår. Somatiska orsaker till sjukdomen ska uteslutas och man bör fastställa om patienten har en depression och/eller ångestsjukdom. Redan vid det första besöket kan läkaren om möjligt informera om sjukdomen och diskutera orsakerna. Då patientens minne ofta sviktar får informationen upprepas i samband med återbesök.

Det tycks som om många patienter upplever en försämring direkt efter sjukskrivningen. Den första tiden tillbringas av många i sängen, man sover 12–15 timmar per dygn under veckor, andra plågas av sömnsvårigheter. Det är vanligt med en stark aversion mot arbetsgivaren i detta skede och patienterna berättar ibland om kränkningar och konflikter på arbetsplatsen. När patienterna börjar må bättre kan de delvis ändra uppfattning.

Återhämtningen sker olika snabbt och patienterna beskriver ett ojämnt förlopp med perioder av förbättring omväxlande med bakslag. Över tid ökar välbefinnandet långsamt. De somatiska symtomen avklingar och stämningsläget höjs inom någon till några månader. Sömnen förbättras i flertalet fall, men sömnstörningarna kan ibland kvarstå under månader, i sällsynta fall längre. Kvarstående koncentrations- och minnesstörningar ses hos ett mindre antal patienter under mycket lång tid, upp till flera år. Det kan i värsta fall ta ett par år innan patienten återgår till någon form av arbete.

Från kliniskt håll beskrivs att patienter som snabbt kommer igång med fysisk aktivitet i någon form några gånger per vecka tycks återhämta sig snabbare.

Vilka drabbas?

Utmattningssyndrom tycks vara speciellt vanliga hos personer med mycket människokontakt (personal inom vård, skola, omsorg, mellanchefer på företag). Det finns ännu inga entydiga resultat om vilka faktorer som kan vara predisponerande, men sådana kan väntas inom kort tid från de omfattande studier som pågår. Rylander och medarbetare beskriver att förekomsten av personlighetsstörning bland patienter med utmattningssyndrom och utmattningsdepression är låg, avsevärt lägre än bland patienter som vårdas inom psykiatri för depressionstillstånd (20). Ett kliniskt intryck som delas av många läkare som intresserat sig för tillståndet är att det ofta rör sig om mycket ambitiösa personer som satsat hårt, kanske alltför hårt, på sitt arbete. Detta intryck stämmer väl överens med Hallsten och medarbetares tankar om att utbränning är speciellt vanlig hos dem som grundar sin självkänsla i sina arbetsprestationer (51, 52).

Sjukdomsperiodens duration

Det saknas studier om utmattningssyndromens naturliga förlopp, men från kliniskt håll rapporteras att det tycks variera högst väsentligt. Svårighetsgraden och den tid som patienten levtt under stress samt personligheten påverkar sannolikt. Patienter med depression och/eller uttalade koncentrations- och minnesstörningar tycks ha längre sjukdomsförlopp. Det kan ta ett år, ibland längre, innan patienten är arbetsför igen och då till en början vanligtvis bara på deltid. Innan full återhämtning har skett kan det dröja flera år. Patienterna beskriver ofta att de har en kvarstående stresskänslighet och sämre kapacitet under ännu längre tidsperiod.

Iakttagelsen att förloppet ofta är långvarigt stämmer väl med epidemiologiska data. En uppföljning av sjukskrivningstider hos landstingsanställda som varit sjukskrivna i 30 dagar eller mer visar t.ex. att ca hälften fortfarande är sjukskrivna efter ett år (1).

Återhämtning och återgång i arbete

Även här saknas forskningsresultat, men från kliniskt håll framhålls att rehabiliteringen lämpligen påbörjas när de kroppsliga symtomen börjar avklinga och depressionen och de kognitiva symtomen gått tillbaka och inte längre utgör ett rehabiliteringshinder. Rehabiliteringen får anpassas efter patientens möjligheter och behov och ofta behövs tät uppföljning.

Det har från kliniskt håll vidare rapporterats att arbetsåtergången med fördel bör ske successivt. Så snart det går upprättas en rehabiliteringsplan, gärna i samband med ett planeringsmöte. För vissa patienter kan det bli aktuellt att byta arbete, men det kan ibland krävas allför stor kraft att söka och få ett nytt arbete för patienter i denna situation. Dessutom är få arbetsgivare intresserade av att anställa en inte helt fungerande individ med osäker prognos. Patienterna tycks fungera bäst om de erbjuds lättare arbetsuppgifter på den gamla arbetsplatsen och om de får börja med arbetsträning ett par timmar per vecka, för att senare friskskrivas i takt med att krafterna återkommer. Patienter som haft allvarigare symtom med lång sjukskrivning kan med fördel starta med enklare arbetsuppgifter. Ett antal patienter kommer inte tillbaka till arbete utan förtidspensioneras på hel- eller deltid. Detta beror inte sällan på kvarstående kognitiva symtom.

Sammanfattning

Utmattningsyndromets svårighetsgrad varierar från mycket lätta utmattningsymtom till gravt invalidiserande symtom med kvarstående kognitiva störningar.

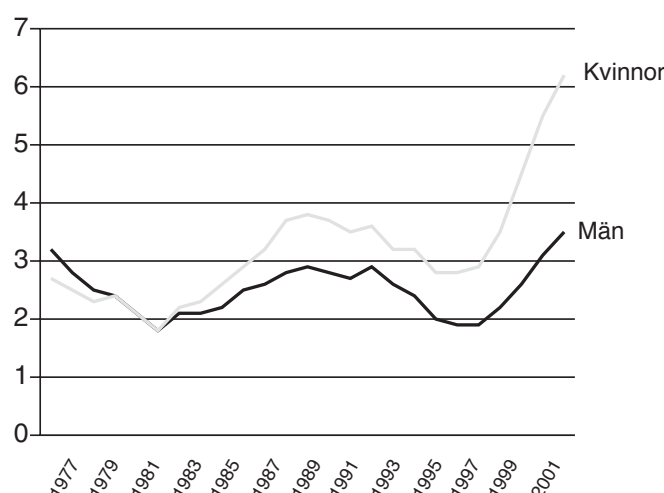
Symtomen utvecklas enligt ett likartat mönster och börjar ofta med trötthet som kan vara kombinerad med sömnstörningar. Samtidigt eller något senare debuterar muskelvärk och/eller andra somatiska symtom. Successivt utvecklas nedstämdhet och koncentrationsstörningar med eller utan minesstörningar.

Läkarkontakt kommer ofta till stånd efter en akut försämring.

- Patienterna söker vanligtvis sent i förloppet.
- Många upplever försämring direkt efter sjukskrivningen.
- Återhämtningen går olika snabbt och har ett ojämnt förlopp.
- Patienterna har levt under kronisk stress minst ett halvår innan de insjuknat. Vissa rapporterar att de levt under pressade förhållanden i tio år eller mer och att utmattningsymtomen kommit och gått under flera år före det akuta insjuknandet.
- Sjukdomstidens längd tycks variera mycket. Det är inte ovanligt med ett års arbetsförmåga, inte sällan ännu längre.
- Det fungerar oftast bra med en successiv arbetsåtergång under en längre tid.

Epidemiologi

Från 1997 har en kraftig ökning av antalet sjukskrivna ägt rum i Sverige (Figur 4). Det framgår av figuren att antalet personer i arbetsför ålder som varit sjukskrivna längre än 30 dagar aldrig tidigare varit så högt som i dag.



Figur 4. Antal män och kvinnor som varit sjukskrivna längre än 30 dagar 1976–2001, som procent av befolkningen 16–64 år.

Vilka sjukdomar är det då som ökar så dramatiskt?

Riksförsäkringsverket har ingen kontinuerlig registrering av sjukskrivningsdiagnoser, men har gjort upprepade stickprovsundersökningar av diagnospanoramata. Av dessa framgår att den sjukdomsgrupp som ökat mest sedan 1990 är den psykiska ohälsan, där depression är den vanligaste diagnosen. Tyngre psykiatriska diagnoser, såsom psykoser eller schizofreni, har däremot inte ökat i någon nämnvärd grad (AHA-utredningen (69)).

Försäkringsbolaget AFA har sedan 1972 registrerat diagnoser på sina försäkrade när de anmält sjukdom. Försäkringsbolaget Alecta har på motsvarande sätt registrerat diagnoser sedan 1997. Dessa databaser täcker tillsammans ca tre miljoner av den arbetande befolkningen i Sverige, och ger en bra bild av diagnospanoramata i olika grupper.

Sedan 1997 har man i dessa databaser kunnat konstatera att den psykiska ohälsan som sjukskrivningsorsak ökar, vilket kunnat bekräftas av Riksförsäkringsverkets undersökningar. En intressant iakttagelse är att ökningen av psykisk ohälsa inte kan ses bland de LO-anslutna som försäkras av AFA, medan den är mycket tydlig hos de AFA-försäkrade som är anställda i andra sektioner av de kommun- och landstingsanställda. Också de privatanställda tjänstemännen som försäkras av Alecta visar en ökning av lättare psykisk ohälsa, framför allt depressioner. Gemensamt för dessa grupper är att de i sitt arbete har en mer eller mindre intensiv kontakt med andra människor, och att de under 1990-talet drabbats av upprepade omorganisationer och nedskärningar.

Bland de landstingsanställda långtidssjukskrivna finns stora skillnader i fördelningen mellan olika diagnoser, på så sätt att andelen psykisk ohälsa är störst hos läkare och sjuksköterskor (ca 40 procent) medan den är lägre hos

undersköterskor (ca 20 procent). Undersköterskorna har i gengäld en högre sjuklighet i muskuloskeletala problem (dvs. mestadels rygg- och nackproblem). Summerar man de fyra diagnosgrupper som traditionellt uppfattas vara stressrelaterade, nämligen psykisk ohälsa, muskuloskeletala besvär, hjärt- och kärlsjukdom och sjukdomar i andningsorganen (främst astma och KOL), visar det sig att summan blir densamma oavsett yrkeskategori, nämligen ca 80 procent. Detta innebär således att fyra femtedelar av alla långtidssjukskrivningar beror på sjukdomar som i viss utsträckning är stressrelaterade.

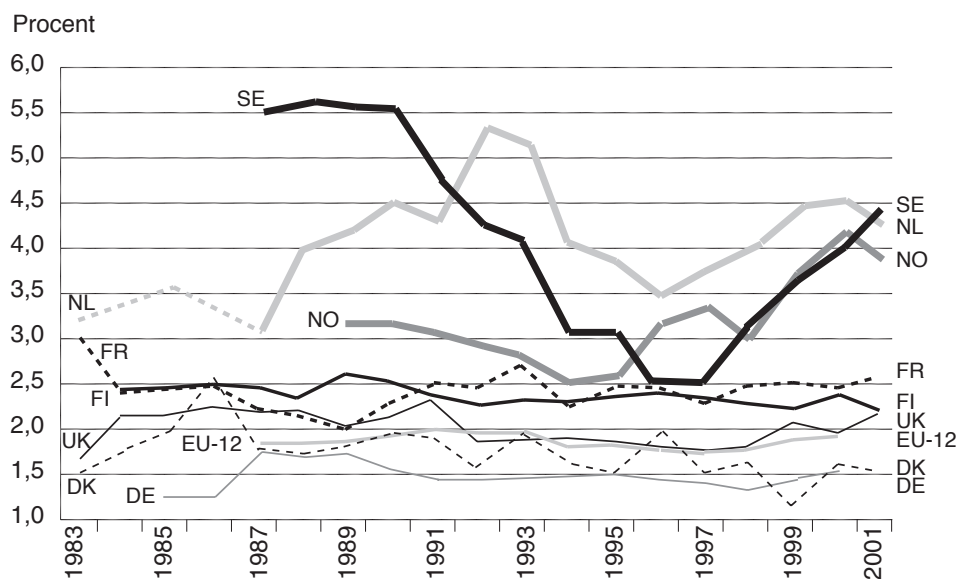
Hos landstingsanställda kan man också se en påfallande regional variation i sjukskrivningstal, som blir ännu mer påtaglig vad gäller den psykiska ohälsan. Det är också möjligt att följa utvecklingen över tid, och man kan då konstatera att vissa landsting har haft mycket stora ökningarna under senare delen av 90-talet, medan andra haft en mycket mer gynnsam utveckling.

Av Figur 4 framgår att den största ökningen av sjukskrivningar har skett hos kvinnor. Antalet kvinnor med psykiatrisk sjukskrivningsdiagnos har nästan fördubblats sedan 1992. Hos männen har de psykiatriska sjukdomstillfällena fördubblats. Att kvinnor generellt är långtidssjukskrivna oftare än män, framför allt i psykisk ohälsa, är väl känt såväl i Sverige som i andra länder (70).

Försäkringsbolaget Alecta publicerar kvartalsvis data kring de långtidssjukskrivna försäkrade och ger bland annat uppgift om inkomstläget. I denna grupp av privatanställda tjänstemän är sjukskrivningsnivåerna lägst bland de lågavlönade, medan den största ökningen ses hos unga högavlönade kvinnor och män. Hos kvinnor och män under 35 år ser man en ökning på 223 procent respektive 169 procent (www.alecta.se).

Det stigande antalet människor som är sjukskrivna för psykisk ohälsa är inget exklusivt svenskt problem. I Nederländerna har t.ex. andelen med psykisk ohälsa bland dem som sjukskrivits successivt ökat sedan 1960-talet. ESO (Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi) har nyligen jämfört sjukskrivningstalen i åtta europeiska länder, och konstaterar att Sverige f.n. ligger högst, följt av Nederländerna och Norge. Den lägsta sjukfrånvaron har Tyskland (71).

ESO:s studie baseras på Arbetskraftsundersökningen, som bygger på telefonintervjuer med personer som varit sjukskrivna en vecka eller mer. Det finns tydliga olikheter mellan dessa data och Riksförsäkringsverkets statistik, som diskuteras i AHA-utredningen. AHA-utredningen hävdar att det sker en underskattning av långtidsfrånvaron i Arbetskraftsundersökningen som kan hänga samman med problem med stort och selektivt bortfall (69).



Figur 5. Sjukfrånvaro bland anställda i några EU-länder (och Norge): DK (Danmark), FI (Finland), FR (Frankrike), DE (Tyskland), NL (Nederländerna), NO (Norge), SE (Sverige), UK (Storbritannien). Uppgifterna bygger på telefonintervjuer av slumpvist utvalda medborgare i de olika ländernas arbetskraftsundersökningar. Bilden är hämtad ur ESO-rapporten Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder (71).

Orsaksanalys

Det finns ingen entydig förklaring till den ökade förekomsten av psykisk ohälsa i Sverige. Kliniska studier (20) visar att arbetsförhållandena är en central utlösande faktor i ungefär hälften av fallen bland dem som är sjukskrivna för affektiva sjukdomar (depression, ångest, psykiska stressreaktioner), och att de bidrar till insjuknandet i ytterligare ett stort antal fall. Liknande uppgifter finns i Riksförsäkringsverkets enkätstudie av sjukskrivna (72). Det finns alltså anledning att tro att arbetsförhållandena spelar en viktig roll, och detta är också något som man sett i internationella studier (39).

Vilken förändring i arbetslivet är det då som har bidragit till en så dramatisk ökning av sjuktalen som vi sett sedan våren 1997? Förändringar i arbetskraftens ålderssammansättning kan knappast förklara en ökning som startar abrupt vid en viss tidpunkt. Det har inte heller skett någon förändring i försäkringssystemet som skulle kunna förklara den plötsliga ökningen. Dock måste sägas att orsakerna till ett ökat antal utmattningssyndrom sannolikt bör sökas i skeenden som inträffat flera år tidigare. Dessvärre vet vi inte hur lång tid det i allmänhet tar innan stress på arbetsplatsen resulterar i ett utmattningssyndrom.

Uppenbart är också att utmattning hos många människor inte enbart hänger samman med förändringar i arbetslivet, utan också beror på deras livssituation i övrigt, och på hur de själva prioriterar mellan arbete och andra aspekter av tillvaron. Det finns många orsaker till att människor drabbas av kronisk stress. Dubbelarbete, liksom även arbetslöshet, kan vara stressfaktorer som kan leda till psykisk ohälsa. Det är naturligt att den offentliga debatten kring så mångfasetterade orsakssammanhang ofta renodlar enstaka aspekter av problemen, medan sanningen säkert är betydligt mer komplex.

1990-talets första år präglades av en lågkonjunktur som ledde till omfattande neddragningar av antalet anställda inom i stort sett alla sektorer i samhället. För arbetstagarna innebar de omfattande neddragningarna dels en ökad arbetsbelastning, dels betydande och många gånger upprepade omorganisationer av arbetet. Omorganisation och ökad arbetsbelastning är de arbetsrelaterade problem som de sjuka själva oftast nämner som orsak. Att minskning av antalet anställda i en organisation leder till ökad långtidssjuklighet hos de kvarvarande är känt från internationell forskning (39). I tider av neddragning kan man också räkna med en oro för att ställas utan arbete, vilket kan medföra en alltför hög grad av "sjuknärvaro", dvs. att man går till arbetet när man är sjuk, trots att man egentligen borde stanna hemma.

Neddragningarna hade ofta till syfte att "pressa luften ur systemet", dvs. man skapade arbetsplatser utan marginaler. Detta klarar de anställda under en begränsad tid, men samtidigt blir systemet mycket sårbart, och om någon enda faller ur på grund av sjukdom, kan det innebära att belastningen blir övermäktig för många flera, eftersom marginaler faktiskt saknas. Detta skulle kunna förklara fördröjningen mellan neddragningarna vid 90-talets början och den dramatiska sjukskrivningsökningen 1997.

Inom den offentliga sektorn har omorganisationerna inte sällan inneburit att man strävat efter en "plattare" organisation. Många anställda upplever att detta inneburit att man delegerat arbetsuppgifter och ansvar, utan motsvarande tillskott av resurser och befogenheter. Ett annat problem som ofta nämns av

anställda inom vårdsektorn är de konflikter som uppstår när man inte har tid eller råd att ge den omsorg som man vill ge till sina patienter och som man ser att patienterna behöver. Den samvetsnöd detta skapar kan vara mycket svår att hantera för den enskilde. Ett annat problem som ibland nämnts inom den offentliga sektorn är att den individuella lönesättningen kan skapa konflikter, t.ex. inom ett vårdlag.

Vid sidan om arbetet nämns ibland den ökade informations- och kommunikationsbelastningen (e-post, mobiltelefon etc.) och även tvånget att fatta beslut vilkas konsekvenser är svåröverblickbara (val av pensionsfonder, teleoperatör, elektricitetsleverantör osv.) som bidragande orsaker till stress.

Övervikten av andelen kvinnor bland de sjukskrivna har inte sällan förklarats som en konsekvens av dubbelarbete och att kvinnor tar större ansvar för barn och familj. Dubbelarbete kan leda till sömnbrist och otillräcklig återhämtning efter ansträngning, vilket är viktiga bidragande faktorer i uppkomsten av utmattningssyndrom.

I diskussionerna om orsakerna till att sjuktalen ökat har man också nämnt förändrade attityder hos individerna till sjukskrivning och till engagemang i arbetet. Det har antytts att många sjukskrivningar beror på att de sjuka egentligen inte bryr sig om sitt arbete utan prioriterar fritid och familj på arbetets bekostnad. I sin mest extrema form har denna tanke kommit till uttryck i en anklagelse om "fusk" i sjukskrivningen.

Ett problem med de långa sjukskrivningarna är att många sjuka lämnas åt sitt öde och inte får den rehabilitering de behöver och har rätt till. Försäkringskassan, som har ansvar för samordningen av rehabiliteringen, blev även den föremål för neddragningar under 1990-talet, detta i en tid då antalet sjukskrivningar ökade, vilket naturligtvis medförde en ökad arbetsbelastning för kassan. Den uteblivna rehabiliteringen kan förklara varför sjukfrånvaron tenderar att bli allt längre och i många fall leder till sjukpensionering.

Ett ytterligare problem är den sjukskrivande läkarens begränsade möjligheter till diagnostik och till att ta hand om patienter med stressrelaterad psykisk ohälsa. Att på den korta tid som i rutinsjukvården står till buds för en ny patient göra den djupgående analys av arbetssituationen som faktiskt är nödvändigt för att ställa rätt diagnos, och tillsammans med patienten lägga upp en rimlig åtgärdsplan, är minst sagt svårt. Den specialist som är bäst lämpad att handlägga arbetsrelaterade problem är förstås en arbetsmedicinare, som arbetar inom en välfungerande företagshälsovård. Att statsanslaget för företagshälsovård drogs in i början av 1990-talet ledde dessvärre till att antalet företagsläkare minskade, i en tid då de snarare hade behövt bli flera.

De stora regionala skillnaderna i antalet sjukskrivningar för psykisk ohälsa har ännu ingen säker förklaring. De kan sammanhålla med olikheter i de regionala ohälsotalen och med olika sjukskrivningstraditioner i regionerna, men mer sannolikt är måhända att de beror på regionala skillnader i tillgång till arbete. Bor man i en trakt där det är ont om arbete är det svårt att lämna ett jobb som är alltför slitsamt. Bor man i en region där det finns gott om möjligheter, stannar man knappast på en arbetsplats där man upplever att belastningen är för stor. Men det finns också belägg för att skillnader i arbetsmiljö kan vara betydelsefulla.

Diagnostik

Psykiatriska system för diagnostik och klassifikation

Världshälsoorganisationen WHO tillhandahåller en heltäckande förteckning över samtliga diagnoser som används i sjukvårdssammanhang, "International Classification of Diseases, ICD-10" (58). Ett kapitel i denna förteckning omfattar de psykiska störningarna. Till det kapitlet finns i särskilda publikationer såväl "guidelines" som diagnostiska kriterier för samtliga psykiska störningar.

Den amerikanska psykiatriska föreningen, APA, har sedan mer än ett halvt sekel utgivit en egen version av kapitlet för psykiska störningar, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM", vilken reviderats vid ett antal tillfällen. DSM-systemet är välkänt i svensk psykiatri sedan introduktionen av DSM-III, 1980, då ett heltäckande kriteriesystem tillhandahölls som stöd vid diagnostik av psykiska störningar. DSM-systemet och ICD-systemets kapitel om psykiska störningar är numera kompatibla, och i DSM-systemet finns en transkriptionstabell som anger närmast motsvarande ICD-diagnos för var och en av DSM-diagnoserna.

Till bägge systemen finns även ett antal diagnostiska hjälpmedel i form av symtominventorier och strukturerade intervju-system. (Se nedan i detta avsnitt under rubriken Hjälpmedel för diagnostik.)

Kriterier

Bruket av kriterier som stöd för psykiatrisk diagnostik har fått stor spridning inom psykiatrin sedan introduktionen av det amerikanska diagnossystemet DSM-III (APP, 1980). Den tillhörande fickhandboken Mini-D utkom på svenska 1984 (73). Även fickhandböckerna till de efterföljande versionerna DSM-III-R (APP, 1987) och DSM-IV (APP, 1994) har översatts till svenska. Arbetssättet är nu allmänt vedertaget inom svensk psykiatri.

Gränsdragningen mellan vad som ska betraktas som icke patologisk symtomatologi respektive vad som ska ses som uttryck för psykisk störning kommer i fokus när man refererar till de symtombeskrivande kriterier som DSM-systemet bygger på (liksom även motsvarande forskningskriterier för psykiatrisk diagnostik enligt ICD-10).

Den här frågan hanteras i DSM-systemet med hjälp av ett återkommande och obligatoriskt kriterium som anger att störningen ska orsaka kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden. Grundtanken är att det ska te sig uppenbart för bedömaren efter några klagande fokuserade frågor att patienten antingen är plågad av störningen, vilket beläggs av patientens egna bekräftande ord och illustrerande exempel, eller att den medför tydliga funktionssvårigheter, vilket beläggs av patientens egna ord, illustrerande exempel eller andra informationskällor, som t.ex. anhöriga eller arbetskamrater. Om bedömaren känner sig tveksam efter att ha tagit del av patientens beskrivning indikerar det vanligen att symtomet eller störningen inte ska bedömas som kliniskt signifikant.

DSM-systemet är multiaxialt och anger fem olika axlar som tillsammans ger en helhetsbild av patientens tillstånd:

- Axel I: Kliniska syndrom
Andra tillstånd som kan vara i fokus för klinisk utredning och behandling
- Axel II: Personlighetsstörningar
Mental retardation
- Axel III: Somatisk sjukdom/skada
- Axel IV: Psykosociala problem och övriga problem relaterade till livs-
omständigheter
- Axel V: Global skattning av funktionsförmåga (GAF-skalan).

Dessa fem axlar bedöms separat och på deskriptiv grund. Tänkbara samband mellan t.ex. psykosociala problem och aktuell psykisk störning hänvisas till en efterföljande diskussion och fortsatt fördjupad diagnostisk bedömning utifrån andra utgångspunkter än DSM:s rent deskriptiva. Ett viktigt syfte med detta är att stötta det allsidiga och faktainriktade insamlandet av relevanta kliniska uppgifter. Intervjuaren måste inhämta nödvändig information för att kunna sammanställa sin bedömning på de fem axlarna. Riskerna för ensidig diagnostik med slagsida åt endera psykiatri eller somatik vid bedömning av sådana sjukdomar som kan vara stressrelaterade och komorbida, såsom egentlig depression och hjärt-kärlsjukdom, kan troligen reduceras med hjälp av multiaxial diagnostik.

Differentialdiagnostik

Såväl psykiatriska som somatiska differentialdiagnoser ska beaktas. Ett antal psykiatriska störningar har delvis överlappande symtombild. Noggrann differentialdiagnostik har betydelse för handläggningen och val av behandling. Det bör också särskilt poängteras att ett antal somatiska sjukdomstillstånd kan visa upp en symtombild som har likheter med symtomen vid stressrelaterat utmattningssyndrom. Eftersom många dessutom upplever stress i arbetslivet finns det risk att bedömaren förbiser möjligheten att besvären främst orsakas av en odiagnosticerad somatisk sjukdom.

DSM axel I-diagnoser

Beroende på svårighetsgraden av symtomatologin kan olika DSM-diagnoser vara differentialdiagnostiskt tänkbara vid stressrelaterade utmattningstillstånd. Om patientens tillstånd inte fyller kriterierna för någon psykisk störning anges på axel I problemrubriker som t.ex. ”Problem i arbetslivet (DSM-IV: V62.2, ICD-10 Z56.7)” eller någon av de rubriker som anger olika former av relationsproblem.

Om tillståndet däremot fyller kriterierna för någon specificerad psykisk störning på axel I finns ett antal alternativ som anges nedan.

Maladaptiv stressreaktion (DSM-IV: 309.xx, ICD-10: F43.xx)

Diagnosen bygger på att personen ska uppvisa ”emotionella symtom eller beteendeförändringar till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer”. Den

kliniska signifikansen avgörs av om lidandet går utöver det som vanligen kan förväntas vid stressupplevelsen ifråga, eller om det finns en signifikant försämrade funktion socialt eller i arbete eller studier. Diagnosen förutsätter vidare att symtomen inte fyller kriterierna för någon annan specificerad axel I-störning. Tillståndet ska inte heller enbart utgöra en försämring av någon tidigare axel I- eller II-störning. Om något av detta är fallet anges i stället den aktuella störningen ifråga. Man ska vara observant på den principen så att inte stressrelaterade symtomgivande tillstånd slentrianmässigt noteras som maladaptiva stressreaktioner.

Dystymi (DSM-IV: 300.4, ICD-10: F34.1)

Denna diagnos innebär en måttlig men långvarig depressivitet som medför betydande signifikant lidande eller försämrade funktion. Varaktigheten ska vara minst två år, vilket innebär att bedömaren måste kunna verifiera symtombilden minst två år bakåt i tiden för att diagnosen ska kunna ställas. Till skillnad från vad som är fallet vid diagnosen maladaptiv stressreaktion finns inget antagande om att dystymi skulle orsakas av stressfaktorer inbyggt i kriterierna. Den möjligheten är dock inte på något sätt utesluten. Om bedömaren finner att det föreligger signifikanta stressfaktorer som kan tänkas ha betydelse för störningens uppkomst eller fortsatta förlopp ska detta anges på axel IV. Många patienter med stressrelaterade tillstånd fyller utan vidare symtomkriterierna för dystymi men varaktighetskriteriet är inte lika ofta uppfyllt vilket bedömaren måste vara observant på.

Egentlig depression (DSM-IV: 296.xx, ICD-10: F32.x alt. F33.x)

Symtombilden hos många patienter med stressrelaterade utmattningstillstånd fyller ofta kriterierna för egentlig depression. Då ska också den diagnosen noteras. Varaktigheten ska vara minst två veckor vilket gör att diagnosen kan ställas relativt tidigt i förloppet. Egentlig depression är en form av djupgående depressivitet vars förlopp tänkes vara episodiskt. Tillståndets svårighetsgrad kan variera från att vara möjligt att behandla polikliniskt till att kräva sjukhusinläggning under viss tid. Liksom vid dystymi finns inget antagande om att en egentlig depression skulle orsakas av stressfaktorer inbyggt i kriterierna. Den möjligheten är dock inte på något sätt utesluten. Egentlig depression är ett allvarligt sjukdomstillstånd som motiverar kvalificerad behandling i någon form. Vid bedömning av stressrelaterade utmattningstillstånd är det därför angeläget med en noggrann genomgång av symtombilden för att undvika att diagnosen egentlig depression förbises (se även avsnittet "Terminologi och definitioner" ovan).

Generaliserat ångestsyndrom (DSM-IV: 300.02, ICD-10: F41.1)

Denna diagnos fokuserar på förekomsten av "överdriven rädsla och oro (förväntansångest) inför ett antal olika händelser eller aktiviteter (t.ex. skol- eller arbetsprestationer)". Varaktigheten ska vara minst sex månader vilket gör att bedömaren måste kunna belägga att symtomen funnits under åtminstone de senaste sex månaderna för att kunna ställa diagnosen. Vid ett generaliserat ångestsyndrom har patienten symtom som rastlöshet, uttrötthet, koncentrationssvårigheter, irritabilitet, muskelspänning och sömnstörning. Somliga av dessa är vanliga också vid depressiva tillstånd och likaså vid stressrelaterade utmattningstillstånd. Det som särskiljer generaliserat ångestsyndrom från de

depressiva tillstånden är först och främst att bilden domineras av den överdrivna rädslan och oron och inte av tecken på nedstämdhet.

Vid stressrelaterade utmattningstillstånd är nedstämdhet ett vanligt symtom, men en generellt stegrad ångestnivå ses hos inte så få patienter, med eller utan parallella symtom på nedstämdhet. Det är därför viktigt att bedömaren inte förbiser möjligheten att diagnosticera ett generaliserat ångestsyndrom vid en utredning av stressrelaterade utmattningstillstånd. Något antagande om att tillståndet orsakas av någon stressfaktor finns inte inbyggt i kriterierna, men i enlighet med det som tidigare sagts under dystymi och egentlig depression är möjligheten att det finns en koppling till stress inte alls utesluten.

ICD-diagnoser vid psykiska störningar

Det finns ett antal ICD-diagnoser som kan vara differentialdiagnostiskt tänkbara vid stressrelaterade utmattningstillstånd. I enlighet med DSM-systemet finns möjligheten att notera en problemrubrik som fokuserar på sådana svårigheter som har koppling till arbetet (Z56.7), men där tillståndet inte motiverar en psykiatrisk diagnos. Ytterligare alternativ är problemrubriken "utbrändhet Z73.0" respektive "stress Z73.3". Dessa tre alternativ utgör inte psykiatriska diagnoser utan är benämningar på sådana problemfaktorer som kan påverka hälsotillståndet och motivera någon form av klinisk utredning.

Om tillståndet däremot motiverar en psykiatrisk diagnos finns det i ICD-systemet, utöver de psykiatriska diagnoser som redan beskrivits ovan under genomgången av DSM-systemet, ytterligare ett alternativ som anges nedan.

Neurasteni F48.0

Denna diagnos bygger på att patienten antingen upplever påtaglig psykisk utmattning i samband med vardagliga göromål eller påtaglig fysisk utmattning eller svaghetskänsla efter endast obetydlig ansträngning. Varaktigheten ska vara minst tre månader. Patienten ska ha minst ett av symtomen muskelsmärk-/smärta, yrsel, spänningshuvudvärk, sömnstörning, oförmåga att slappna av eller irritabilitet. Vidare förutsätter diagnosen att patienten inte kan återhämta sig på vanligt sätt genom vila, avspänning eller nöjen. För diagnosen krävs inte någon belagd koppling till en eller flera stressfaktorer. Psykisk utmattning är inte heller obligatoriskt, utan i diagnosen ingår även tillstånd med enbart känsla av fysisk utmattning eller fysisk svaghet.

Överlappningen mellan neurasteni och den föreslagna diagnosen utmattningssyndrom är sannolikt betydande, och framtida forskningsstudier får belysa validiteten i dessa diagnoser. (Se även avsnittet Terminologi och definitioner ovan.)

Under diagnosen neurasteni faller, enligt anvisningarna för ICD-systemets klassifikation av psykiska störningar, även trötthetssyndrom. Numera finns kriterier för diagnosen "kroniskt trötthetssyndrom" som skiljer ut tillståndet från neurasteni. (Se även avsnittet Terminologi och definitioner ovan.) De mest utmärkande symtomen vid kroniskt trötthetssyndrom är somatiska. Typiskt är en varaktig oförklarlig trötthet som inte går att vila bort. Vidare ingår minst fyra av följande symtom: känsla av nedsatt korttidsminne och koncentrationsförmåga, ont i halsen, ömmande lymfkörtlar, muskelsmärk, ledvärk, huvudvärk, ledsmärtor, vaknar outsövd eller sjukdomskänsla under minst 24 timmar efter en ansträngning (60, 61).

Differentieringen mellan kroniskt trötthetssyndrom och utmattningssyn-

drom bygger främst på följande: 1) vid utmattningssyndrom har symtomen utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har funnits under minst sex månader, medan symtombilden ter sig oförklarlig vid kroniskt trötthetssyndrom, 2) vid utmattningssyndrom är bristen på psykisk energi eller uthållighet framträdande, medan fysiska symptom helt dominerar bilden vid kroniskt trötthetssyndrom.

Somatiska diagnoser

Det finns ett antal somatiska sjukdomar som kan visa upp en liknande symtombild som vid utmattningssyndrom. Viktiga exempel på detta är hypothyreos, diabetes, kronisk obstruktiv lungsjukdom, hjärt-kärlsjukdom, vitamin B12-brist. En somatisk undersökning och adekvat utredning är därför väsentlig för differentialdiagnostiken gentemot utmattningssyndrom. I vissa fall kan det vara motiverat att diagnosticera såväl utmattningssyndrom som någon somatisk sjukdom med överlappande symtombild. Detta gäller när det finns belägg för att symtombilden inte fullt ut förklaras av enbart en av diagnoserna.

Differentialdiagnostiken gentemot tillstånd som Multiple Chemical Sensitivity och fibromyalgi bör studeras närmare. Enligt förslaget till diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom kan en noggrann prövning av kriterierna A och B komma att bli avgörande.

Förslag till diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom

Det är angeläget att nå konsensus om hur man ska diagnosticera stressrelaterade utmattningstillstånd. Med utgångspunkt i de existerande diagnostiska och differentialdiagnostiska alternativ som presenteras i DSM-systemet och i ICD-systemet, och med beaktande av de kliniska iakttagelser som vi kunnat samla in, har vi utarbetat ett förslag till diagnostiska kriterier för det vi valt att benämna ”utmattningssyndrom”.

Utgångspunkten är att vi vill beskriva ett tillstånd som utmärks av en påtaglig brist på psykisk energi eller uthållighet. Tillståndet ska ha utvecklats som en följd av identifierbara stressfaktorer. Hos de flesta patienter förekommer, utöver de olika symptom som kan förknippas med utmattningstillståndet, även symptom som nedstämdhet och ångest. Därför anger vi ett antal specifikationer som kan användas när den kliniska bilden motiverar det. Vidare önskar vi klargöra relationen till andra psykiatriska diagnoser som dystymi, egentlig depression och generaliserat ångestsyndrom. Vi föreslår att diagnosen utmattningssyndrom inte noteras som en självständig diagnos i de fall där diagnostikriterierna för någon av dessa psykiatriska störningar är uppfyllda. I stället anges utmattningssyndrom som en kriteriebaserad tilläggs-specifikation till diagnosen ifråga. Tanken är att reducera risken för att bedömaren bortser från psykiatriska diagnoser som kan kräva specifik behandling och enbart inriktar uppmärksamheten på utmattningstillståndet.

Samtliga kriterier som betecknats med stor bokstav måste vara uppfyllda för att diagnosen ska kunna ställas.

Utmattningssyndrom

- 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:
 - 1) Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning
 - 2) Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
 - 3) Känsломässig 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 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. hypothyreoidism, diabetes, infektionssjukdom).
- F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen.

Specificera om:

- Med depressiva symtom (fyller ej kriterierna för egentlig depression eller dystymi)
- Med ångestsymtom (fyller ej kriterierna för generaliserat ångestsyndrom)
- Med blandad ångestdepressiv symtombild
- Med akut symtomdebut
- Med koppling till påfrestningar i arbetslivet.

Specifikation som tillägg vid egentlig depression, dystymi och generaliserat ångestsyndrom:

Med utmattningssyndrom

- A. En eller flera identifierbara stressfaktorer som förelegat under minst sex månader. Det finns ett samband i tid mellan påfrestningarna och tillkomsten av symtomen enligt kriterium B och C.
- B. Påtaglig brist på psykisk energi eller uthållighet dominerar bilden
- C. Minst fyra av följande symtom har funnits i stort sett varje dag under minst två veckor:
 - 1) Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning
 - 2) Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
 - 3) Känsломässig labilitet eller irritabilitet
 - 4) Sömnstörning
 - 5) Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet
 - 6) Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, mag-tarmbesvär, yrsel eller ljudkänslighet

Hjälpmedel för diagnostik

Psykiatrisk diagnostik bygger i rutinmässig klinisk verksamhet på läkarens diagnostiska kunskaper och förmåga samt yrkesmässiga erfarenhet av problematiken ifråga. Många använder dessutom kriteriesystemet DSM-IV som stöd för den diagnostiska bedömningen. Symtominformationen som intervjuaren inhämtat under samtalet prövas då i efterhand mot de angivna kriterierna, vilket ökar tillförlitligheten i diagnostiken. Samma arbetssätt används om bedömare i stället använder ICD-systemets forskningskriterier som referens.

Utöver denna informellt strukturerade metodik finns det även ett antal möjligheter att med hjälp av strukturerade diagnostiska hjälpmedel öka stringensen i bedömningen.

Egenbedömningsinstrument

Något instrument för psykiatrisk diagnostik som patienten själv fyller i finns inte i rutinmässigt kliniskt bruk. PDSQ (Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire) (74) är ett nyutvecklat instrument för självadministrering som förefaller vara av intresse som screening för ett antal vanligt förekommande DSM-diagnoser. Det finns ännu inte på svenska och är under utprovning på engelska språket.

Kombinerade egenbedömningsinstrument och intervjumanualer

Prime-MD

Prime-MD är utvecklat av Robert Spitzer och medarbetare (75) och bygger på att patienten själv fyller i ett kortfattat screeningformulär som kartlägger ett antal DSM axel-I-diagnoser. Patientens svar på dessa frågor utgör sedan underlag för en efterföljande intervju som riktas mot de problem patienten angivit. Prime-MD är främst tänkt att användas som ett diagnostiskt hjälpmedel för icke-specialister i psykiatri. Instrumentet finns översatt till svenska. Det är lättanvänt och har prövats med gott resultat av svenska allmänläkare och företagsläkare.

SCID-II

Ett annat kombinationsinstrument är SCID-II som används för diagnostik av personlighetsstörningar enligt DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, APP, 1997; svensk översättning Pilgrim Press, 1998) (76). Ett personlighetsformulär används där som en förberedelse för en diagnostisk intervju enligt SCID-II med inriktning på personlighetsrelaterad problematik. Intervjutiden förkortas avsevärt genom att intervjuaren enbart följer upp de problem som patienten bekräftat i screeningformuläret.

DIP-Q

Samma arbetssätt används för diagnostik av personlighetsstörningar enligt såväl DSM-IV som ICD-10 i det svenska instrumentet DIP-Q kombinerat med DIP-I (77).

Intervjumanualer

SPIFA

SPIFA (Strukturerad Psykiatrisk Intervju för Allmänläkare) är ett intervjuinstrument som utvecklats i Skandinavien (framtaget av en arbetsgrupp under ledning av Alv A. Dahl) och som finns tillgängligt på svenska. Arbetssättet bygger på att intervjuaren läser upp frågor som patienten kan besvara med antingen ja eller nej. Beroende på svaret anvisar instrumentet fortsättningen på intervjun. SPIFA innehåller dels ett avsnitt som fungerar som screening, dels ett avsnitt för diagnostik. Instrumentet följer i stort sett kriterierna enligt DSM-IV för 20 olika psykiatriska syndrom och störningar.

MINI

MINI (Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju) har utvecklats av David Sheehan och Yves Lecrubier (78). Instrumentet finns översatt till svenska och är utformat som en kortfattad, strukturerad intervju för de viktigaste psykiatriska störningarna på Axell I i enlighet med DSM-IV och ICD-10. Arbetssättet är detsamma som för SPIFA, dvs. det bygger på att intervjuaren läser upp frågor som patienten kan besvara med antingen ja eller nej. I validerings- och reliabilitetsstudier har man jämfört MINI med SCID-P för DSM-III-R samt med CIDI (en strukturerad intervju som WHO utvecklat för lekmannaskattning enligt ICD-10). Resultaten av dessa studier visar att MINI har acceptabel validitet och reliabilitet samt kan administreras på mycket kortare tid än ovan nämnda instrument. Kliniker kan börja använda MINI direkt efter en kort tränings-session. Lekmannaintervjuare behöver mer omfattande utbildning. I Sverige har instrumentet främst använts inom forskningen.

SCID

SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis I Disorders, APP, 1997; svensk översättning Pilgrim Press, 1998) (79) är ett semistrukturerat intervjustöd för psykiatrisk diagnostik som bygger på att intervjuaren ställer såväl riktade frågor som mer öppna följdfrågor. Patienten besvarar frågorna mer eller mindre utförligt med egna ord och begränsas således inte till att enbart svara ja eller nej. Syftet är att systematiskt samla in kliniskt relevant och rikhaltig information som ligger till grund för att intervjuaren fortlöpande under intervjun ska kunna pröva DSM-kriterier. När intervjun är klar är också de aktuella DSM-diagnoserna belagda. SCID-metodiken ger både en utförlig screening för ett stort antal axell-I-diagnoser och en detaljerad genomgång av de diagnoser som visar sig vara aktuella. Tillämpningen förutsätter goda kunskaper om de psykiatriska störningarna och om DSM-systemets kriterier. Även vana kliniker behöver flera dagars utbildning och fortsatt träning för att kunna använda instrumentet effektivt och tillförlitligt. SCID används både inom klinisk psykiatrisk specialistvård och som urvalsinstrument för forskningsstudier.

Andra bedömningsinstrument

Det finns en rik flora av bedömningsinstrument, intervjubaserade skattningsskalor och frågeformulär, som används inom psykiatriskt arbete. I det aktuella sammanhanget kan mått på depressionsgrad och mått på "burnout" vara speci-

ellt intressanta. Specifika skattningsskalor avsedda för intervju eller självskattning av utmattningssyndrom saknas ännu, men är under utveckling.

Depressionsmått

Skattningsskalor för intervju

Den i Sverige vanligaste skattningsskalan för depression är Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) (80), som är en intervjubaserad skala med 10 items. Skalan är utvecklad från CPRS-instrumentet (81) som är en mer omfattande skattningsskala som täcker en stor del av psykopatologin. MADRS-skalan är lättanvänd och kräver endast en kort utbildning. Mycket god interbedömarreliabilitet kan uppnås med måttlig träning.

Skattningsskalor för egenbedömning

MADRS-skalan finns även tillgänglig för egenbedömning (82). Instrumentet är lättanvänt och överensstämmer i allmänhet väl med intervjubaserade skattningar, och kan således vid behov ersätta sådana. Patienterna kan behöva en kortare muntlig instruktion och möjlighet att ställa frågor, i tillägg till den skriftliga instruktionen i skaltextern.

De båda MADRS-skalorna är konstruerade för att vara tillräckligt känsliga för att göra det möjligt att värdera behandlingseffekter och har i stor utsträckning använts just för detta syfte. För att upptäcka depressionssymtom i screening-sammanhang finns enklare frågeformulär tillgängliga, t.ex. HAD (Hospital Anxiety Depression Scale) (83). MADRS-skalan för egenbedömning finns också i en utvidgad version, som täcker ångest- och tvångssymtom, samt en version för symtom på borderline personlighetsstörning, KABOSS (84). Samtliga dessa instrument finns tillgängliga på svenska.

Mått på ”burnout” eller utbrändhet

Studier av ”burnout” har mestadels utförts på individer som är i arbete, och de frågeformulär som utarbetats avspeglar också detta. De lämpar sig således mindre väl för kliniska studier.

De två mest kända formulärens är Maslach Burnout Inventory (MBI) (31) och Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) (85). Båda finns översatta till svenska.

Perski och Grossi (64) har konstruerat en checklista, Karolinska Utbrändhetsskala, som kan användas som ett screeninginstrument.

Mått på arbetsmiljö och arbetsrelaterad stress

Även här finns en rik flora av instrument. För bruk i Sverige kan rekommenderas det instrument som konstruerats på uppdrag av Nordiska rådet, och som går under beteckningen QPS (86). Instrumentet är validerat. Det är lättanvänt men jämförelsevis omfattande (123 frågor). En kortform är under utarbetande.

En mycket omfattande genomgång av instrument för att mäta arbetsrelaterad stress finns publicerad på Internet, www.hse.gov.uk/research/crr_html/2001/crr01356.htm (87).

Behandling

Avspänningsmetoder

Forskningslitteraturen kring olika avspänningsmetoders påverkan på hälsan har främst gjorts på friska människor i arbete i syfte att förebygga stress. Sammanfattningsvis visar studierna att avspänning har effekter på stressymtom t.ex. blodtryck, muskelspänning, prolaktin (88–93).

Samtliga metoder som används (mentala och muskulära metoder, meditation, tai chi) verkar ha positiva effekter. Carrington och medarbetare (94) visade dock att meditativa metoder var effektivare än muskulär avspänning samt att dessa metoder var populärare och användes mer frekvent. Även Bruning och Frew (95) visade något bättre resultat med meditation. Meditativa metoder innehåller andningsövningar som kombineras med mental fokusering på ljud, eller ord som ofta upprepas. Metoderna vid muskulär avspänning innebär att valda muskler spänns för att därefter avspännas. Fokus ligger på att känna skillnad mellan avspända och spända muskler. Mängden avspänningsträning verkar påverka hur stora effekterna blir, men även avspänning i mindre mängd verkar reducera stressymtom.

Vissa forskare har funnit att det tar relativt lång tid att lära sig djup avspänning (91). Andra menar att det behövs ganska lite resurser (kassettband) och lite tid för att lära sig avspänning (94). Men man är överens om att när man lärt sig en avspänningsmetod har man ett effektivt verktyg att använda sig av var som helst och när som helst. Aderman & Tecklenburg (96) fann att avspänningsträning påverkade individen positivt men såg inga effekter på organisationens klimat efter tre månaders träning.

Fysisk träning

Bakgrund

Regelbunden fysisk träning är positivt för hälsan och påverkar såväl fysiologiska som psykologiska parametrar. Fysisk träning aktiverar muskelafferenter vilka påverkar endorfin-neutrofinsystemet i hjärnan som minskar mental anspänning (strain) och reducerar den toniska sympatiska aktiviteten vid stress. Blodtrycket sjunker och så gott som samtliga metabola störningar typiska för det metabola syndromet normaliseras (97). Ett av de mest effektiva alternativen för att förhindra eller behandla stress och det metabola syndromet är fysisk aktivitet (98). Av personer som påbörjat ett fysiskt träningsprogram slutar hälften inom sex månader (99). Den viktigaste faktorn för att en man ska fortsätta att vara fysiskt aktiv över tid är att man utvecklar ett träningsberoende, detta kommer efter ett par veckors träning. De flesta som faller ifrån gör det tidigt (100).

Den tydligaste effekten av fysisk träning hos en frisk person är känslan av välbefinnande efter träning vilket bland annat beskrivs av Martinsen i en nyligen utkommen bok om "Utbrenthet" (100). Många som börjar träna upplever en ökad självkänsla, troligen på grund av att man får ett bättre förhållande till den egna kroppen, sömnen förbättras, kreativiteten ökar, muskelspänningar avtar (100). Personer som utövar regelbunden fysisk träning ca tre timmar i

veckan (promenader, cykling, gymnastik) beskriver mindre depression, ångest, cynism och stress jämfört med dem som tränar mindre eller inte alls. De som tränar minst två gånger per vecka rapporterar bättre ”känsla av sammanhang” (sense of coherence) och social integration än de som tränar mindre. Detta konstateras i en enkätbaserad populationsstudie som omfattande 3 403 deltagare i åldrarna 25–64 år ur Finnish cardiovascular risk factor survey. Deltagarna fick fylla i enkäter som rörde träningsvanor, upplevd hälsa och välbefinnande, Beck depressionsskala, State-Trait Anger Scale, Cynical Distrust Scale, och Sence of Coherence inventory (101).

Flera studier har visat att det finns ett samband mellan träning, minskad ångest och minskat typ-A-beteende. Ett aerobiskt träningsprogram under tio veckor, en halvtimmes jogging fyra gånger i veckan resulterade i en bättre förmåga att hantera och klara av stress (102).

Fysisk träning som behandlingsmetod vid psykisk ohälsa

Ett ökat välbefinnande och minskad upplevelse av stress har beskrivits hos patienter med mental utmattning som regelbundet utövar fysisk träning (27, 97). Patienten bör välja en träning som han eller hon tycker om. Vid psykisk ohälsa har det visat sig att alla former av aktivitet är bättre än inaktivitet, det viktigaste är att man tränar, inte hur man tränar. Flera studier har visat att man inte är beroende av att konditionen ska öka för att träningen gynnsamt ska påverka den psykiska hälsan (100). Det har hävdats att det skulle vara speciellt vanskligt för patienter med psykisk ohälsa att komma igång och fortsätta med träning, men undersökningar av patienter på alkoholistsjukhus och nervsanatorier i Norge har visat att över hälften som började träna på sjukhus fortsatte med regelbunden träning ett år efter utskrivningen. Det är fler som slutar med jogging jämfört med dem som ”går på tur” (103). Den viktigaste faktorn för att fortsätta träna är att patienten utvecklat ett träningsberoende. För att uppnå detta bör man träna i några veckor (100). Någon vetenskaplig dokumentation för att fysisk träning har en positiv effekt specifikt vid utmattningssyndrom finns ännu inte.

Fysisk träning vid depression

Det finns 25 års systematiska studier som visar på det inversa sambandet mellan träning och depression (99). Två kvasiexperimentella och tio experimentella träningsinterventionsstudier har rapporterats på deprimerade patienter. I samtliga studier gick resultaten åt samma håll. Aerobisk träning var mer effektivt än ingen behandling men skiljde sig inte på ett betydande sätt från andra former av terapi, inklusive olika former av psykoterapi. Aerobisk och anaerobisk träning var lika effektiva. Resultaten gäller för patienter med mild till måttlig unipolär depression. Fysisk träning kan vara ett alternativ eller komplement till traditionell behandling vid mild till måttlig form av unipolär depression (104).

I en annan undersökning undersöktes 156 vuxna med egentlig depression sex månader efter en studie där de slumpmässigt valts ut till fyra månaders aerobisk träning, sertralinterapi, eller kombinationen av träning och sertralin. Mätningar gjordes efter fyra månaders behandling och sex månader efter behandling. Resultat: efter fyra månader var patienterna i alla tre grupperna betydligt förbättrade. Efter tio månader hade patienterna från träningsgruppen betydligt lägre återfallsfrekvens än patienter från gruppen som erhållit medicinsk terapi.

Deprimerade har sämre fysisk kondition än normalbefolkningen (105). Fysiskt inaktiva blir lättare deprimerade än de som tränar regelbundet. Fysisk aktivitet tycks förebygga depression. Fysisk träning har en antidepressiv effekt och reducerar depressiva symtom lika mycket som andra former av behandling, detta gäller lättare och medelsvåra depressioner (100). Vissa studier av deprimerade patienter visar dock att relativt få börjar träna fysiskt, de har också svårt att fortsätta träna när de en gång börjat. Behandlingsföljsheten för fysiska träningsprogram är mycket lägre än för behandling med antidepressiva läkemedel (99).

Fysisk träning vid ångest

Ångest och spänningsnivåer minskar efter fysisk träning. Effekten kommer fem till femton minuter efter avslutad träning och varar i genomsnitt två till fyra timmar. För patienter med diagnostiserade ångesttillstånd finns få undersökningar. Fysisk träning är dock dokumenterat effektivt vid behandling av panikångest (100). Även andra författare konstaterar att symtomen ganska omedelbart lindras hos patienter med depression eller ångest som påbörjar fysisk träning (99).

Kliniska erfarenheter – utmattningssyndrom

Patienter med utmattningssyndrom med eller utan depression svarar enligt kliniska iakttagelser bra på regelbunden fysisk aktivitet. Hos patienter med lättare utmattningstillstånd där sjukskrivning kanske inte är aktuell, kan man åstadkomma förbättring enbart genom att ordinera fysisk träning (27, 97). Det är viktigt att träningen inte bara syftar till att öka orken så att man kan fortsätta med ett skadligt beteende, den totala belastningen måste samtidigt minska. För kvarstående symptomförbättring är det av största vikt att patienterna motiveras till att fortsätta med regelbunden fysisk träning (101).

Slutsats

Det finns stöd i litteraturen för att alla former av fysisk aktivitet påverkar den psykiska hälsan i positiv riktning (100). Vilken typ av aktivitet som väljs spelar mindre roll, huvudsaken är att man rör sig regelbundet. Det är därför angeläget att denna enkla, billiga behandlingsmetod får sin rätta plats i terapiarsenalen vid psykisk ohälsa.

Samtalsbehandling

De vetenskapliga studier som publicerats med inriktning på effekten av olika insatser vid arbetsrelaterade stresstillstånd har så gott som uteslutande gällt preventiva behandlingsinsatser. En kvantitativ metaanalys som omfattade 48 studier av någorlunda god kvalitet och som var inriktade på metodik för stressreduktion i arbetslivet, redovisar inte en enda studie som genomförts i ett kliniskt sammanhang (106). Försökspersonerna var således inte patienter i gängse bemärkelse. I endast fyra av dessa studier ingick personer som hade valts ut på grund av att de uppvisat höga stressnivåer på stressskalor. I de övriga studierna hade man använt sig av frivilliga försökspersoner verksamma i arbetslivet.

Ett strikt vetenskapligt underlag för att bedöma effekterna av samtalsbe-

handling som ett led i behandling och rehabilitering av personer som sjukskrivits för arbetsrelaterade stresstillstånd saknas således. De slutsatser man kan dra av publicerade studier av effekterna av olika insatser mot stress hos en icke-klinisk population får därför utgöra ett bidrag till ett underlag för att utforma kommande studier inriktade på kliniska patientgrupper.

Psykopedagogiskt inriktade insatser för att förebygga stress

I den metaanalys som genomförts av van der Klink och medarbetare (106) klassificerades typen av insatser under någon av följande fyra rubriker: 1) kognitiv beteendeterapi, 2) avspänningsträning, 3) multimodal metodik (inkluderande en kombination av olika insatser såsom stresshantering, avspänning, kommunikationsträning, social färdighetsträning m.m.) samt 4) organisationsinriktade. Av totalt 48 studier rubricerades 18 som kognitiv-beteendeinriktade, 17 som avspänningsträning samt 8 som multimodalt inriktade. Dessa tre olika former rubricerades gemensamt som individinriktade. Resterande fem studier var inriktade på organisationen som sådan. Av dessa olika metoder kan bara kognitiv beteendeterapi anses utgöra samtalsbehandling i sedvanlig bemärkelse. I studier där multimodal metodik tillämpats kan somliga delmoment beskrivas som kognitiv-beteendeinriktade.

Med psykopedagogiskt inriktad interventionsmetodik avses sådan samtalsbehandling där man i stor utsträckning tillämpar pedagogiska metoder. Kognitiv beteendeterapi har stark koppling till inlärningsteori, och arbetssättet inkluderar, i synnerhet när tidsramarna är starkt begränsade, en mångfald av pedagogiska grepp och interventioner. Behandlingen är tydligt målinriktad, och arbetsmaterial och interventioner är noga genomtänkta i syfte att uppnå de uppsatta målen. I den publicerade forskningslitteraturen om samtalsbehandling vid stress i arbetslivet är olika avgränsade interventionsmodeller med koppling till kognitiv beteendeterapi den i särklass vanligaste behandlingen.

Vid den metaanalys som genomfördes av van der Klink och medarbetare drog man slutsatsen att kognitiv beteendeterapi totalt sett var mest effektivt, följt av, i tur och ordning, multimodal behandling och avspänningsträning. Organisationsinriktade insatser visade ingen signifikant effekt. För att kunna få en bild av mer specifika behandlingseffekter delades resultatvariablerna in i fem olika kategorier: 1) kvalitet i arbetssituationen, inkluderat faktorer som krav, kontroll och stöd, 2) psykologiska färdigheter och reaktioner, inklusive faktorer som känsla av egenvärde, copingresurser, uppfattningar och antaganden, 3) fysiologi, inklusive muskulär spänning, nivå av stresshormoner och kolesterolnivåer, 4) upplevda symtom, inkluderat stressymtom, somatiska symtom, depressivitet och ångest samt 5) frånvaro från arbetet. Kognitiv beteendeterapi visade god effekt med avseende på kategorierna 1), 2) och 4). Multimodal behandling var jämförbar med avseende på kategorierna 1) och 4), medan avspänningsträning var effektivt med avseende på kategori 3). Någon signifikant minskning av frekvensen frånvaro från arbetet kunde emellertid inte beläggas med någon av dessa metoder.

Noterbart är att kognitiv-beteendebaserade insatser i dessa studier regelmässigt genomförts i grupp och att behandlingstiden var relativt kort. Den genomsnittliga behandlingstiden i de nio kognitiv-beteendebaserade studier som redovisat särskilt god behandlingseffekt var 6,8 sessioner. När man räknar med de övriga nio studierna avseende kognitiv beteendeterapi var genomsnittet 7,6 sessioner. Detta indikerar ett omvänt förhållande mellan behandlingstid

och effekt, vilket är i överensstämmelse med andra studier av korttidsinriktad samtalsbehandling vid arbetsrelaterade stresstillstånd (107).

I en ännu opublicerad Cochranestudie av Mariné och Serra (11) har man begränsat genomgången till att omfatta studier som inriktats på insatser i syfte att förebygga eller mildra stress för personal i olika sjukvårdsorganisationer. Totalt identifierades 676 relevanta publikationer. Av dessa var det bara 20 som fyllde Cochranestudiens kriterier för inklusion. Dessa studier var så heterogena med avseende på studiedesign, typ av insatser, effektmått och uppföljningstid att man avstod från att genomföra en metaanalys.

Insatserna grupperades i tre kategorier: 1) individinriktade, 2) inriktade på samspelet individ–organisation samt 3) organisationsinriktade. De individinriktade modellerna indelades i sin tur, på liknande sätt som i van der Klink och medarbetares metaanalytiska översikt, i tre kategorier: 1) kognitivt baserad stresshantering, 2) avspänningsträning samt 3) multimodal metodik.

Några olika former av kognitivt baserade stresshanteringsprogram och copinginriktade träningsprogram identifierades: 1) Stress Inoculation Training (SIT) (108) som innehåller konceptualisering av stress, tolkningar av stressprovocerande situationer, genomgång av olika copingfärdigheter samt tekniktillämpning via rollspel, 2) träningsprogram baserat på Rational Emotive Therapy (RET) (109) samt 3) träning av självhävdande beteende ("assertiveness training").

Författarna slutsatser är att individinriktade insatser har måttlig stressreducerande inverkan i ett korttidsperspektiv, men att det saknas övertygande belegg för långtidseffekter. Man påtalar behovet av randomiserade, kontrollerade studier med adekvata uppföljningsperioder.

Personligt samtalsstöd ("counselling") som behandling vid stress

"Counselling" är den samlande engelska beteckningen på olika former av kortare samtalsbehandlingar som utvecklats ur ett antal etablerade psykoterapeutiska skolbildningar. I t.ex. Storbritannien är "counsellor" en etablerad profession som är vanlig inom socialtjänst och vårdverksamheter. Någon uppenbar svensk motsvarighet finns inte, utan arbetssättet liknar närmast det som tillämpas vid kriskontakter och andra stödjande samtalsformer som erbjuds i kliniska verksamheter. Gränsdragningen gentemot regelrätt psykoterapi är oklar. Vid psykoterapi är allmänt sett de terapeutiska ramarna mer genomarbetade och vanligen formaliserade i någon form av "kontrakt". För att självständigt få bedriva psykoterapi ställs det också högre krav på terapeutens kvalifikationer, i Sverige i form av legitimation som psykoterapeut.

Det finns en omfattande litteratur kring "counselling", men påfallande liten andel av denna är inriktad på "burnout" och arbetsrelaterade stresstillstånd (27). Något som ännu inte förekommer i någon större utsträckning i Sverige, men är mycket vanligt i främst USA och Storbritannien, är s.k. Employee Assistance Programs där "counselling" utgör en hörnsten i verksamheten (110). Det är specialutformade, psykosocialt inriktade stödprogram i företag och organisationer som syftar till såväl prevention som enklare samtalsbehandling. Man kan se verksamheten som ett komplement till den sedvanliga företagshälsovården. De problem som de anställda kan få hjälp med är av varierande slag och inbegriper "burnout" och arbetsrelaterad stress.

Systematiska studier av effekterna av den samtalsbehandling som erbjuds i EAP-program finns publicerade, men har avsevärda metodologiska brister.

Psykoterapi som behandling vid stress

Samtalsbehandling som rubriceras som psykoterapi bygger, liksom psykopedagogiskt inriktad samtalsbehandling, på någon etablerad teori om psykopatologi och orsaksfaktorer bakom symtomproblem samt på någon interventionsmetodik som utformats i enlighet med de teoretiska utgångspunkterna. All psykoterapi utgör i grunden också en inlärningssituation, och avgränsningen gentemot psykopedagogiskt inriktad samtalsbehandling är oklar. En tänkbar grund för distinktion är att se till vilken roll man tillmäter öppen undervisning och träningsinslag i behandlingen. Sådana moment är vanligen överordnade och tillmäts generellt värde i psykopedagogiskt inriktade modeller, medan de är underordnade individens subjektiva perspektiv i mer processinriktade behandlingsformer.

Psykoterapi av i dag utgörs av en rik flora av teoretiskt mer eller mindre åtskilda respektive besläktade skolbildningar. Någon entydig grund för indelning går inte att etablera. Den indelning i två huvudgrupperingar som ofta görs, nämligen terapiformer grundade i kognitiv teori och inlärningsteori å ena sidan och terapiformer grundade i någon form av psykoanalytisk teori å den andra, är ofullständig och inte särskilt klargörande. Att klassificera kognitiv-beteendebaserade terapiformer som främst psykopedagogiskt inriktade och psykoanalytiskt orienterade terapiformer som främst processinriktade är stundtals direkt vilseledande. Det finns kognitiv-beteendeinriktade terapiformer som har en tydlig fokusering på den terapeutiska processen och har en dynamisk syn på uppkomsten av psykopatologi. Det finns också ett allt tydligare intresse inom psykoanalytiskt teoretiskt baserade terapiformer för att utforska möjligheterna med ett mer psykopedagogiskt arbetssätt.

Enligt aktuella översikter saknas hållbara vetenskapliga studier av psykoterapeutiska insatser vid arbetsrelaterade stresstillstånd. En anledning till det är bristen på tydliga metodanvisningar för hur terapin ska bedrivas. Manualbaserad metodik är därför angeläget.

Värdet i det långa loppet av korta behandlingsinsatser med psykopedagogisk inriktning ifrågasätts ofta. Ett vanligt argument är att man med den metodiken inte kan nå sådana djupgående personliga förändringar som anses nödvändiga för att ett bestående behandlingsresultat ska kunna säkerställas. Forskningsbelägg för detta påstående saknas dock i nuläget. En rimlig tanke är att det finns skillnader mellan icke-kliniska respektive kliniska populationer som är av betydelse i sammanhanget. Man kan ställa frågan om inte insatser riktade mot stressproblem hos personer som befinner sig i fullt arbete kan och/eller bör utformas annorlunda än insatser riktade mot stressrelaterade utmattningstillstånd som medför att individen inte längre klarar av att arbeta.

En slutsats är att det finns ett behov av att genomföra randomiserade, kontrollerade vetenskapliga studier av effekten av psykoterapi vid arbetsrelaterade stresstillstånd.

DU-projektet (depression och utmattning)

Karolinska institutet har i samarbete med försäkringsbolagen Alecta och AFA initierat ett forskningsprojekt som bland annat syftar till att utveckla och utvärdera gruppsykoterapeutisk metodik för att behandla och rehabilitera arbetsrelaterade utmattningstillstånd (Nygren, Åsberg m.fl.). Studien är randomiserad och kontrollerad och arbetssättet är manualbaserat. En kognitivt inriktad gruppterapimodell jämförs med en gruppanalytisk behandlingsmodell och med en kontrollgrupp som får "treatment as usual".

Patienterna har vid studiens början varit sjukskrivna minst på halvtid under minst 90 dagar. De bedöms ha någon form av arbetsrelaterad affektiv psykiatrisk diagnos. En noggrann diagnostisk utredning genomförs. I den ingår en strukturerad psykiatrisk diagnostisk intervju, personlighetsbedömning, symptomskattningar och en laboratorieutredning. Patienterna randomiseras därefter till 5 + 5 behandlingsgrupper och 5 kontrollgrupper om vardera 8 deltagare. Behandlingen omfattar 14–18 sessioner om 90 minuter under en tidsperiod av 3–4 månader och genomförs av legitimerade psykoterapeuter. Uppföljning sker vid 6 månader och 12 månader efter påbörjad behandling. Preliminära data från studien beräknas vara klara i början av år 2004.

I anslutning till forskningsprojektet har utförliga manualer för korttidsinriktad gruppsykoterapeutisk behandling enligt kognitiv psykoterapeutisk metodik respektive gruppanalytisk metodik tagits fram. Arbetssätten har anpassats till målgruppen.

Den kognitivt inriktade gruppbehandlingen ligger vidare till grund för ett pilotprojekt i Västernorrland. Där har 20 personer verksamma inom företagshälsovården i regionen och vid hälsohemmet Österåsen utbildats i arbetssättet under sammanlagt tre veckor. Tanken är att personer med gedigen klinisk erfarenhet, men utan formell psykoterapeutisk utbildning, efter en kortare utbildning ska kunna leda rehabiliteringsgrupper med stöd av en utförlig manualversion. Detta kombineras med handledning i samband med den första gruppbehandling som de genomför.

Läkemedel

Utmattningsdepression

Om ett utmattningssyndrom har lett till en egentlig depression, bör depressionen behandlas enligt gängse riktlinjer. Detta kan innebära antingen antidepressiva läkemedel eller psykoterapi, eller om möjlighet finns, en kombination av båda behandlingstyperna. Därutöver behöver patienter med depression alltid ett gott psykologiskt stöd av den behandlande läkaren.

Bland de antidepressiva läkemedel som finns tillgängliga ter det sig rimligt att i första hand välja en serotoninupptagshämmare med tanke på deras något mer gynnsamma biverkningsspektrum. Det finns veterligen inga randomiserade kontrollerade studier av effekten av serotoninupptagshämmare specifikt vid stressinducerade depressioner, men medlens gynnsamma effekter vid måttligt uttalade egentliga depressioner oavsett genes är mycket väl belagda. Läkemedel med kombinerade noradrenalin- och serotonineffekter (t.ex. venlafaxin) kan också användas. Alfa2-antagonister (t.ex. mirtazapin) har sannolikt en mer uttalad sederande effekt vilken ibland kan utnyttjas, i andra fall vara obehaglig för patienten.

Som vid all depressionsbehandling gäller att behandlingen måste pågå under lång tid, normalt minst sex månader efter att en tydlig förbättring har inträtt. Effekten kan oftast inte bedömas förrän efter ett par veckors behandling, medan biverkningarna i allmänhet uppträder snabbt efter behandlingsstart. Bl.a. av detta skäl är det angeläget att ge patienter som ställs på antidepressiv läkemedelsbehandling en snar återbesökstid.

Vid behandling av personer med utmattningssyndrom är sömnkvalitet och normalisering av sömnrubbnings av stor vikt. Lyckas man inte normalisera sömnfunktionen är det svårt att få en påtagligt behandlingseffekt.

Medan behandlingsmetoder för störd sömn är välutvecklade (se Åkerstedt (111)), är användningen av dem vid utmattningssyndrom, med eller utan depression, inte självklar. Insomningsmedel kan behöva ges under kortare tid i början av behandlingen. Studier om val av farmakologiska preparat och dosering för dessa patientgrupper saknas dock ännu.

Utmattningssyndrom

Det finns i dag ingen evidens för (eller emot) gynnsamma läkemedelseffekter vid utmattningssyndrom utan depression. Randomiserade kontrollerade prövningar planeras för närvarande i Sverige. Intill dess resultat från sådana prövningar kommer fram kan vid behov serotoninupptagshämmande eller andra moderna antidepressiva läkemedel prövas i sådana fall där nedstämdhet eller ångest är uttalade.

Arbetslivsinriktad rehabilitering

Patienter som upplever att arbetet varit orsak till sjukdomen reagerar inte sällan med ett kraftigt stresspådrag vid kontakt med arbetsgivaren eller arbetskamraterna. Detta kan försvåra tidiga rehabiliteringsinsatser från arbetsplatsen och det kan ta ett halvår till ett år innan ett planeringsmöte kan genomföras. Så snart det är möjligt har det enligt kliniska iakttagelser visat sig vara bra om patienterna i ökande omfattning kommer igång med regelbundna aktiviteter såsom fysisk träning, stödsamtal enskilt eller i grupp, avslappningsövningar eller annan behandling.

Patienter som har kvarstående kognitiva symtom när depressionen är utläkt kan lämpligen utredas av neuropsykolog för att påvisa eventuella funktionsproblem som kan påverka arbetsförmågan. Resultatet gör det möjligt att ställa rätt förväntningar på tillfrisknandet och anpassa arbetet efter patientens förmåga. I vissa fall kan de kognitiva störningarna kvarstå under mycket lång tid, och bli ett hinder för rehabilitering.

Kliniska erfarenheter visar att patienterna även efter en lång sjukskrivning är mycket arbetsmotiverade men självkänslan är ofta dålig. För att ge rätt stöd kan ett eller flera planeringsmöten med patienten, behandlande läkare, arbetsgivaren och försäkringskassan vara till hjälp. Det kan krävas förändringar på arbetsplatsen och av arbetets innehåll för att möjliggöra arbetsåtergång. Det har visat sig vara lämpligt att börja med arbetsträning och sedan successivt återgå till arbetet med deltidssjukskrivning. Patienter med kvarstående kognitiva störningar kan lämpligen arbetsträna med mindre komplicerade arbetsuppgifter. I takt med tillfrisknandet kan det följas av friskskrivning i ökande omfattning och arbetsuppgifter med ökande komplexitet.

Det har visat sig vara av värde att utse en kontaktperson på arbetsplatsen som kan stödja patienten i arbetsträningen.

Av klinisk erfarenhet framgår att det är en fördel om patienten till en början kan återgå till sin gamla arbetsplats med anpassade arbetsuppgifter. Det har visat sig vara svårt att få en ny arbetsgivare att anställa arbetstagare som inte är fullt funktionsdugliga. I vissa fall är det uppenbart olämpligt att patienten går tillbaka till sina gamla arbetsuppgifter och får då omplaceras på arbetsplatsen, annars blir byte av arbete aktuellt. Yrkesinriktad rehabilitering med stöd av utomstående aktörer kan bli nödvändig. Här behövs hjälp från försäkrings-

kassan, inte minst ekonomisk. Det är viktigt att ansvaret för finansieringen av eventuella åtgärder klargörs på ett tidigt stadium så att rehabiliteringen inte försvåras. Arbetsförmedlingen kan bistå med hjälp i de fall detta är aktuellt.

För att minska risken för återfall kan det vara lämpligt med ett uppföljande planeringsmöte när patienten är tillbaka i arbete igen.

Kamratstöd, psykosocialt stöd

En studie av Niedhammer och medarbetare (112) visar att psykosociala faktorer (höga krav, lågt inflytande och låg grad av socialt stöd) kan predicera depressiva symtom hos anställda. Bourbonnais och medarbetare (113) fann liknande samband mellan arbetsbelastning och psykologisk belastning, men de fann även att graden av socialt stöd från arbetskamrater och arbetsledare inte påverkade den psykologiska belastningen. Undéns forskning visar att personer som varit sjukskrivna mer än fyra veckor under det senaste året upplever signifikant lägre tillhörighet och mindre stödjande atmosfär på arbetsplatsen än övriga (114). Zellars och Perrewé (115) visade att hur man samtalar med sina arbetskamrater kan påverka alla tre dimensionerna av ”burnout”. Samtal med positivt innehåll minskade nivån av ”burnout”-symtom, medan samtal med negativt innehåll hade motsatt effekt.

Ulla-Carin Hedin studerade socialt stöd på arbetsplatsen vid sjukdom (116). Sammanfattningsvis fann hon att det var fyra faktorer som föreföll påverka stödförloppet:

- Stödmottagarens funktionsförmåga i olika avseenden, både förhållande till arbetet och relationerna till andra samt förmåga att ta emot och använda sig av stöd för att hantera sin situation.
- Stödmottagarens relationsmönster som ger tillgång till olika typer av relationer och vissa former av stöd (informellt – formellt).
- Stödgruppens placering i nätverket och deras relationer till övriga på arbetsplatsen (central placering i nätverket i motsats till perifer).
- Organisatoriska förhållanden som inverkar indirekt på nätverkets samspel och direkt i vissa lägen av stödförloppet, när stödet från omgivningen har försvagats eller kommit in i svackor (arbetsmiljöfaktorer, traditioner och normer samt omorganisationer).

Stödbehovet ser olika ut under olika faser av sjukskrivningen. Under insjuknandefasen finns ett legitimitetsproblem i förhållande till arbetsplatsen. Stöd mobiliseras inte i nätverket om man är osäker på om personen talar sanning och vari problemen egentligen består. En gemensam uppfattning om problemens art och vilket stöd som behöver ges är viktigt i stödmobiliseringen. Om inte någon sådan gemensam definition finns kan stödmobiliseringen bli verkningslös. Personen upplever att det tas fram resurser som han/hon inte begärt och inte behöver. Personen kan få en känsla av att det är organisationens intresse och behov som driver fram stödmobiliseringen och inte omsorg om honom/henne. Om personen själv har försökt att kämpa, kommer stödet ofta in sent när krafterna tryter och symtom på utmattning börjar komma och det kan då vara svårt att göra sig gällande i ett negativt förlopp. ”Timing” av stöd är väsentligt att fundera över i en arbetsgrupp.

Det finns en skillnad mellan stödmobilisering av spontant stöd och stöd på begäran. Innan en person avslöjar sina problem och ber om hjälp överväger han/hon många faktorer. Hjälpökande sker i flera steg. Personen själv upplever situationen som påfrestande och måste bestämma sig för om situationen kan påverkas utifrån. Därefter kan det bli aktuellt att be om hjälp, vilket kan skjutas upp om kostnaden socialt upplevs stor, välja strategi och vem han/hon ska vända sig till osv. Hälften av de intervjuade beskriver misstro från arbetskamrater och ledare. Sjukdomen blir legitimerad av läkarintyget och först därefter kan personen erhålla de rättigheter som finns vid sjukledighet. Vissa intervjuade har fått stort stöd av arbetskamrater som de haft goda relationer till. Andra personer med diffusa sjukdomssymtom och avsaknad av en tydlig sjukdomsbild har stött på misstro och bristande förståelse i omgivningen. Detta torde i viss mån bero på normer kring frånvaro och sjukskrivning i arbetskulturen och det konfliktfält som finns kring sjukskrivningar i dag. Det måste finnas ett tydligt stödbehov som omgivningen ser och förstår samt normer i arbetsplatskulturen som legitimerar stöd. En annan viktig förutsättning är att det finns en arbetsorganisation som befrämjar arbetsgemenskap och goda relationer mellan de anställda.

Under *bortovaron* är kontakt med arbetsplatsen viktig. Stödet och kontakten med arbetsplatsen ebbar dock ofta ganska snabbt ut. Arbetsuppgifterna konstituerar gemenskapen. Att hålla kontakt med en sjukskriven kamrat kräver extra insatser från bägge håll. Under stark arbetspress och stress har man svårt att hålla kontakten vid liv, det innebär också att man lämnar arbetsplatsarenan och tar ett slags privatkontakt som man inte alls är van vid. Ändå är dessa kontakter viktiga. Den sjukskrivne får bekräftelse på att vara uppskattad och omtyckt av arbetsgruppen.

När det är dags att återgå till arbetet igen är det en *anpassningsprocess* som tar vid på ömse håll. Personen har förändrats och har kanske inte samma arbetsförmåga som tidigare. Förändringar kan behöva ske exempelvis av arbetstider, arbetsuppgifter, arbetsplats, och arbetslag. Det ställer krav på flexibilitet och anpassning hos arbetsledare och kamrater. Även personen själv måste vara beredd att ändra sitt handlingsmönster. Personens egen flexibilitet, förmåga att beskriva sina stödbehov, att informera och att kämpa för sina rättigheter är viktiga. Hedin kunde tydligt se ett behov hos de sjukskrivna av att få träffa arbetskamrater och arbetsledare innan de börjar arbeta igen, få information och ett slags inskolning. När den långtidssjuka börjar arbeta igen, återfått sin arbetsförmåga och situationen normaliserats är det bara på ytan som det ser ut så. Många av de intervjuade beskriver avsevärda problem vid återkomsten till arbetet och ofta en ganska lång tid efteråt. Det kan röra sig om effekten av sämre kroppskrafter, förlust av sin yrkeskunskap, eller om att man måste återerövra sin roll i arbetsgruppen och anpassa sig till de förändringar som skett på arbetsplatsen under den tid man varit borta.

Det är viktigt att den närmaste arbetsledaren deltar i stödgruppens arbete. Arbetsledaren har en formell makt och funktion i organisationen, som medför att han eller hon kan ge den sjuke mycket verksamt stöd. Stödgrupper där en till två arbetsledare och någon facklig förtroendemann ingår verkar ha varit mer inflytelserika än stödgrupper enbart bestående av arbetskamrater. Stödgruppens informella placering i ett arbetsplatsnätverk är inte oviktig.

Återkomsten till arbetsplatsen förefaller vara en känslig situation som kräver både formellt stöd av arbetsledare och informellt kamratstöd. Personer som haft enbart kamratstöd har ofta fått problem i arbetssituationen. Det profes-

sionella stödet förefaller vara ett komplement till det informella och formella stödet på arbetsplatsen. Det underlättar och medverkar till att problem kan lösas men också till att ta fram resurser som den återkommande har rätt till samt driva förhandlingar med arbetsledningen. Fackliga stödpersoner har dels arbetsrättslig kunskap, dels god kännedom om organisationens funktionssätt och en vana vid att förhandla och försvara medlemmens intressen vid problem eller konfliktsituationer.

Alternativ och komplementär medicin

När ett nytt hälsoproblem kommer i fokus är sjukvården ofta inte rustad att ta hand om det, vilket skapar en grogrund för alternativa lösningar. Det finns ett överflöd av populärlitteratur som innehåller rekommendationer och beskrivningar av olika behandlingar för utbrändhet. En engelsk enkätundersökning av 66 komplementära och alternativa behandlingsgivare visar att ångest och stress var den indikation som oftast angavs för ett rikt spektrum av olika behandlingar (117).

En genomgång av den vetenskapliga litteraturen, inklusive sökningar i Medline, Psycinfo, alternativmedicinska databaser och de senaste årgångarna av några tidskrifter för alternativ eller komplementär medicin, visar däremot att prövningar av alternativa eller komplementära behandlingar för utmattningstillstånd eller "burnout" i stort sett saknas. Samma resultat ger också en sökning av den information som ges av National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) i USA. Den enda av de många prövningar som redovisas på deras hemsida som har en aldrig så avlägsen beröring med "burnout" och utmattningssyndrom är en pågående studie av yoga för behandling av sömnlöshet (<http://nccam.nih.gov/>).

NCCAM definierar komplementärmedicin som sådana metoder som används i kombination med skolmedicinska behandlingar. Alternativmedicin avser metoder som används i stället för konventionell medicin (<http://nccam.nih.gov/>). Stockholms läns landsting, som 2001 gjorde en utredning av stockholmarnas erfarenheter av och inställning till den komplementära medicinen, likställer komplementär och alternativ medicin, men använder en annan uppdelning och kallar vissa metoder "blandformer" (t.ex. akupunktur, kiropraktik, massage, hälsohemsvistelse), medan andra definieras som alternativmedicinska terapier (t.ex. healing, aromaterapi, magnetterapi) (118).

Många av de behandlingar som används mot utmattningssyndrom i Sverige i dag kan i enlighet med dessa definitioner kallas komplementära, eller blandformer. Den inventering som vi genomfört av behandlingar vid olika rehabiliteringscentra visar att sådana komplementära metoder som qi gong, akupunktur och massage ofta ingår i behandlingsprogrammet.

Att såväl behandlare som patienter ofta tycker sig se lyckade resultat av alternativa behandlingsformer är naturligtvis inte ägnat att förvåna. Förväntningseffekterna (placeboeffekterna) av sådan behandling är sannolikt stora. De ångestlindrande effekterna av en god patient-behandlarrelation och en för patienten acceptabel förklaringsmodell är också betydelsefulla. Det naturliga förloppet vid utmattningssyndrom är föga känt, men sannolikt förbättras merparten av patienterna med tiden, oavsett behandling. Det är därför inte möjligt att uttala sig om eventuella specifika effekter av några behandlingar utan att det görs randomiserade kontrollerade prövningar.

Isaksson och Larhammar har nyligen beskrivit läget för alternativmedicinen i Sverige i en debattartikel i Läkartidningen (119). De konstaterar att intresset för alternativ/komplementär medicin ökar parallellt med ökningen av stressrelaterade åkommor och de stigande sjukskrivningstalen, men att vetenskaplig utvärdering av behandlingarnas effekter saknas. De gör en genomgång av några av de vanligaste alternativa terapiformerna som de i stort sett avfärdar. De föreslår också en avvaktande hållning till utvärdering, med tanke på att den stora amerikanska satsningen på forskning inom området har givit mycket liten utdelning. Stockholms läns landsting har däremot i sin utredning en mycket mer positiv hållning. Majoriteten av de stockholmare som tillfrågats i utredningen anser att alternativmedicinska behandlingar bör bli föremål för forskning, och ett förslag om ökad forskningssatsning blir också en av slutsatserna i rapporten (118).

I ett läge där forskningsresurserna är begränsade ter det sig dock föga rationellt att föreslå att medel satsas på forskning kring just dessa metoder. Det ter sig mer angeläget att först rekommendera studier av behandlingar som det finns teoretiska skäl att tro ska kunna visa sig effektiva, eller där det finns preliminär empirisk evidens för effekt.

Däremot finns i dag inga starka skäl för att avvisa komplementära eller alternativa behandlingsmetoder a priori. En förutsättning är dock att behandlingen föregås av en diagnostisk utredning och att resultatet följs upp på ett acceptabelt sätt. Givetvis bör i första hand de behandlingar användas som har någon grad av empiriskt stöd (vilket framför allt innebär psykoterapi, fysisk träning, stresshantering, arbetsinriktad rehabilitering och vid depression, sedvanlig depressionsbehandling).

Sjukskrivning

Sjukskrivning är en åtgärd som är lätt att genomföra, men som kan få genomgripande effekter både för den sjuke och för samhället. Med tanke på de stora ekonomiska och personliga följderna är det anmärkningsvärt hur litet systematisk forskning som publicerats kring sjukskrivningens positiva effekter och dess biverkningar. För närvarande pågår en granskning av den vetenskapliga litteraturen som finns om sjukskrivning inom SBU, vars resultat bör bli av stort intresse.

Effekter och bieffekter av att sjukskriva vid psykisk ohälsa

En sökning av relevanta litteraturlösningsdatabaser (Medline, Psychinfo, Arblin) identifierar över huvud taget inga kommande studier av effekten av sjukskrivning vid psykisk ohälsa. Detta gör det omöjligt att grunda rekommendationer för sjukskrivning på vetenskapliga bevis. Det finns visserligen tvärsnittundersökningar av sjukskrivna, t.ex. av Bränholm och medarbetare (120), som talar för att tillfredsställelsen med olika aspekter av tillvaron, inklusive ADL-förmåga, fritidsaktiviteter, familjeliv och kontakt med vänner var sämre ju längre sjukskrivningen hade varat. Detta skulle kunna tolkas som att sjukskrivningen har negativa effekter, men det kan lika gärna bero på urvalseffekter, där de som har mest psykosociala problem också är de som förblir sjukskrivna under lång tid.

Sjukskrivning vid utmattningssyndrom: det naturliga förloppet

I brist på vetenskapliga bevis för om sjukskrivningens effekter är gynnsamma eller ogynnsamma måste beslut om att sjukskriva någon grunda sig på en bedömning av patientens arbetsförmåga, på kunskap om det naturliga förloppet, och på en bedömning av om en återgång i arbetet medför risk för återfall.

Tillgängliga empiriska data (från försäkringsbolaget AFA:s databas och från en ännu inte publicerad enkät till ca 2000 AFA-försäkrade som var långtidssjukskrivna för psykisk ohälsa år 1999) talar för att förloppet kan vara påfallande långdraget. Detta stämmer väl med den kliniska erfarenheten av att patienter med utmattningssyndrom och utmattningsdepression ofta har ett långdraget sjukdomsförlopp, där sjukskrivningstider på över ett år inte är helt ovanliga. Det finns dock en viss risk för att urvalet kan bli snedvridet i dessa kliniska bedömningar: patienter med långdragna sjukdomsförlopp kommer naturligtvis att göra flera återbesök än de vilkas symtom går tillbaka fortare, vilket kan bidra till att klinikern uppfattar tillståndets naturliga förlopp som mer långvarigt än det egentligen är.

Sjukskrivning vid utmattningssyndrom: det akuta skedet

I det akuta skedet är de patienter som söker för utmattning ofta i dåligt skick, särskilt om de också är deprimerade. I detta skede är ställningstagande till sjukskrivning sällan svårt. Det rör sig om en individ i kris, och de flesta är inte kapabla att genomföra sina arbetsuppgifter. Koncentrationssvårigheter, minnesstörningar, nedstämdhet och ångest, som är karakteristiska symtom, medför vanligen en tydlig nedsättning av arbetsförmågan. Ofta har det fungerat

dåligt på arbetet under en längre tid, och inte sällan har det uppstått konflikter på arbetsplatsen. Många patienter har kämpat länge för att klara av sina arbetsuppgifter och kan vara rädda för att släppa taget och vara sjukskrivna. De kan behöva hjälp att acceptera att heltidssjukskrivning kan vara nödvändig för att vända tillståndet.

Det förekommer naturligtvis lättare tillstånd där sjukskrivning inte är nödvändig. Det kan i sådana fall räcka med ett samtal om tänkbara orsaker till utmattningen och åtgärdsförslag.

Arbetsmiljö och sjukskrivning

Betydelsen av att läkaren sätter sig in i patientens arbetssituation betonas i Socialstyrelsens allmänna råd om sjukskrivning (SOSFS 1992:16). Sjukskrivning ”får inte ses som en neutral åtgärd, utan måste ses med patientens totala situation som utgångspunkt”. Sociala, psykologiska och arbetsrelaterade faktorer är av vikt och måste bedömas.

När det rör sig om arbetsrelaterad ohälsa, kommer situationen på arbetsplatsen att vara extra betydelsefull. Om arbetsmiljön är i någon bemärkelse patogen, ter det sig mindre lämpligt att tillråda patienten att snabbt återgå till arbetet innan miljön har sanerats. Den kliniska erfarenheten har ofta visat att patienter med utmattningssyndrom som snabbt går tillbaka till arbetet löper ökad risk för återinsjuknande. Patienter som upplever sig som missförstådda, kränkta eller mobbade på arbetsplatsen löper stor risk för att bli sjuka igen, men det gör också många patienter som är entusiastiska för sitt arbete men saknar förmåga att begränsa sin arbetsinsats.

För de patienter som har ett gott förhållande till sin arbetsplats är återgången till arbetet naturligtvis mindre problematisk. Deltidsarbete kan vara ett bra alternativ i många fall. Många patienter med utmattningssyndrom är vana att ha extremt långa arbetstider och kan ha svårt att begränsa sina egna arbetsinsatser, och de kan behöva tydliga föreskrifter om att ett deltidarbete inte ska pågå mer än det bestämda antalet timmar.

Hur lång ska sjukskrivningen vara?

Ännu finns inga prediktorer som kan förutsäga hur långvarig arbetsförmågan kommer att bli i ett enskilt fall av utmattningssyndrom. Variationen är stor, och enstaka patienter kan ha kvarstående kognitiva symtom och en kraftigt ökad stresskänslighet under flera år efter insjuknandet. Den mest rationella strategin förefaller vara upprepade bedömningar av ett eventuellt fortsatt behov av sjukskrivning med inte alltför långa intervall (4–6 veckor). En neuropsykologisk utredning är på sin plats för de patienter som efter att depressionen läkt ut fortfarande har kognitiva störningar.

Förslag till flödesschema för patienter med utmattningssyndrom

Om det redan vid tidsbeställning är uppenbart att patienten söker för ett utmattningstillstånd kan det vara klokt att sätta upp en dubbeltid (40–60 min.) för det första besöket, i annat fall får snart återbesök ordnas så att patienten får tillräcklig tid för undersökning och en genomgång av arbetssituationen (en arbetsanamnes).

Första läkarbesöket

Huvudsyftet med det första läkarbesöket är att ställa diagnos, utesluta somatisk sjukdom som förklaring till patientens symtom, samt att lägga upp en behandlingsplan.

Diagnostik: Anamnes, inklusive sömn- och arbetsanamnes; arbetsanamnesen kan vid behov struktureras med hjälp av frågeformulär.

Kort psykiatrisk anamnes med bl.a. kartläggning av tidigare psykopatologi.

Eventuellt ett psykiatriskt diagnosschema för kriteriebaserad diagnostik (Prime-MD eller annat formulär); kriterier för utmattningssyndrom respektive depression provas.

En eventuell egenbedömning av depressionsgrad.

Laboratorieutredning i syfte att utesluta somatisk sjukdom som förklaring till symtomen.

Föreskrifter om livsföring. Med patienter som fyller kriterier på depression övervägs depressionsbehandling (läkemedel eller psykoterapi). Om besöket utmynnar i ett förslag om sjukskrivning bör återbesök arrangeras inom 2–4 veckor.

Andra läkarbesöket

Värdering av symtom och diagnos.

Återföring av laboratoriesvar.

Eventuell läkemedelsbehandling av depression, ångest och eventuella sömnstörningar om detta inte gjorts vid första besöket, ställningstagande till psykoterapi.

Vid behov, förlängd sjukskrivning och åtgärdsplan som bör inkludera regelbunden fysisk aktivitet och avslappning i den utsträckning patienten klarar detta.

Efter fyra veckors sjukskrivning ska arbetsgivaren enligt lagen ha gjort en rehabiliteringsplan.

Återbesök inom fyra till sex veckor.

Tredje läkarbesöket

Värdering av symtom och diagnos.

Preliminär utvärdering av den eventuella läkemedelsbehandlingens effekt, eventuell dosjustering.

Uppföljning av åtgärdsplanen.

Ställningstagande till fortsatt sjukskrivning. Förutsättningarna för planeringsmöte med arbetsgivaren och försäkringskassan diskuteras med patienten.

Återbesök inom fyra till sex veckor.

Fjärde läkarbesöket

Värdering av symtom och diagnos.

Uppföljning av åtgärdsprogrammet.

Ställningstagande till rehabiliteringsåtgärder.

Om kontinuitet i behandlingen

Många patienter upplever det som oroande att behovet av sjukskrivning ska omprövas med täta intervall. Ur medicinsk synpunkt är en sådan frekvent upp-

följning angelägen, bl.a. för att kunna bedöma förutsättningarna för patienten att återgå till arbetet på deltid. Det är förstås angeläget att en förtroendefull patient–läkarrelation etableras, och att patienten känner sig trygg och inte upplever sig tvungen att försöka arbeta innan förutsättningar finns.

Planeringsmöten med arbetsgivare

Bakgrund

Det är värdefullt att bedriva rehabiliteringsarbetet på ett strukturerat sätt. En bra hjälp är planeringsmötet som underlättar kommunikationen mellan patienten och övriga intressenter.

Klinisk erfarenhet säger att de allvarligast sjuka patienterna reagerar med ett kraftigt stresspådrag vid kontakt med arbetsgivaren eller arbetskamraterna första tiden efter sjukskrivningen, särskilt om patienterna upplever att arbetet varit orsak till symtomen. I sådana fall kan man få lov att avvakta med ett möte till dess patienten är i sådan balans att det bedöms som meningsfullt.

Syfte

Att hjälpa patienten att komma tillbaka till arbetet och ge arbetsgivaren möjlighet att förbereda arbetsåtergången.

Vem initierar mötet?

Det har visat sig vara mest praktiskt om patienten tillsammans med behandlande läkare avgör när det är lämpligt med ett planeringsmöte, därefter sker samråd med arbetsgivaren och försäkringskassan.

Hur?

Patienten, arbetsgivaren, försäkringskassan, behandlande läkare och vid behov facklig representant eller stödperson (anhörig eller vän) inbjuds till mötet som beräknas ta cirka två timmar. Det är viktigt att patienten känner sig trygg och upplever stöd från deltagarna. Den sjukes resurser och tillgångar lyfts fram liksom eventuella hinder för patienten att börja arbeta. Är patienten optimalt utredd och behandlad? Finns det brister på arbetet och/eller i arbetsmiljön som behöver åtgärdas? Om så, finns intresse och möjlighet från arbetsgivaren att åtgärda bristerna? Vem står för kostnaderna? Tidsplan för arbetsåtergången görs upp – arbetsträning som första åtgärd? Planeringsmötet avslutas med att man upprättar en plan över allt som ska göras – vem gör vad, när ska det vara klart och tidpunkt för nästa eventuella möte.

Egenvård

Egenvård bör inte definieras som skild från den reguljära vården. Egenvården är i stor utsträckning patientens del i en terapeutisk allians med en professionell vårdgivare. Bristande följsamhet till medicinska ordinationer är ett vanligt exempel på dåligt fungerande egenvård. Egenvården bör således, liksom vården i övrigt, i görligaste mån vara rationell och förankrad i vetenskapliga studier.

Vid ett allvarligt tillstånd som utmattningssyndrom blir egenvården en viktig och nödvändig del i en professionell handläggning, där primärvård och företagshälsovård har en nyckelroll. Således är utbildning av första linjens vårdgivare kritiskt för att stödet till egenvården ska bli professionellt. Utan adekvata kunskaper finns inget att lära ut till patienterna som därmed utlämnas till mer eller mindre oseriös alternativ behandling. Det finns ännu inte några vetenskapliga studier av egenvårdens värde vid utmattningssyndrom. Behovet av sådana studier är stort. Dock har på senare år utvecklats praktisk kunskap och erfarenhet som kan ligga till grund för att utbilda vårdgivare när det gäller stöd för kunskapsbaserad egenvård vid utmattningssyndrom. Det är således viktigt att betona att en väl fungerande egenvård är en nödvändig förutsättning för effektiv behandling av utmattningssyndrom och annan arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Det bör, förutom egenvård baserad på ett personligt omhändertagande individuellt och i grupp, också finnas kvalitetscertifierad information att hämta på arbetsplatser, vårdinrättningar och på Internet. Socialstyrelsen har en viktig uppgift att nationellt övervaka att utbildning av vårdgivare och information till patienter utvecklas på en kunskapsbaserad grund. Sådan information bör betona att patienten själv har en del att göra för att bli bättre. Detta gäller framför allt vikten av adekvat tid för sömn och återhämtning, regelbundna livsvanor, vettig kost, fysisk aktivitet när man orkar med den, samt ett visst skydd från utmanande och överstimulerande livssituationer.

Nätverk för stöd till egenvård bör också byggas upp i form av nätverk på arbetsplatser, där således personalorganisationerna borde kunna vara en viktig resurs för hjälp till självhjälp. Även patientorganisationer har en stor roll att spela i patienternas situation.

Anhöriga

Närståendestöd

Hedins litteraturgenomgång (116) av aktuella studier av stöd i samband med svåra sjukdomar visade två saker: allt stöd är inte bra och funktionellt, samt att stöd inte är en oändlig resurs att ösa ur. Anhöriga kan råka in i eget kristillstånd och dra sig undan den sjuke, eller drabbas av skuld känslor och särbehandla på olika sätt, t.ex. med överdriven optimism eller förvrängd kommunikation. Den som behöver mycket stöd kan periodvis stå utan stöd, då relationerna förändras.

Stödet till personer i livskris eller med psykiska besvär skiljer sig på några punkter i jämförelse med somatiska åkommor. Det handlar om olika typer av stöd. Det behövs mindre av instrumentellt och konkret praktiskt stöd. Där emot behövs emotionellt stöd i olika former och många samtal för att ventilera sina känslor. Samtalen har både karaktären av avlastning och krisbearbetning. Intervjupersonerna i Hedins studie har också använt samtalen för att förstå karaktären av sina problem och hitta vägar ut ur problemsituationen. Därutöver förekommer en typ av stöd som inte beskrivs av övriga grupper, nämligen gränssättning och krav på ett visst handlande från närståendes sida. Flera intervjuade påstår att de har behövt att andra personer har gått in och satt en gräns mot deras psykiska symptom och känslöversvämning, och krävt ett visst handlande av dem. Det har hjälpt dem att bemästra problemsituationen och på sikt komma ur krisen.

Vid psykisk ohälsa kommer också stödet delvis från andra stödgivare. Några intervjuade beskriver hur deras psykiska besvär går ut över de närmaste i familjen, vilket de har skuld känslor för. De vill därför inte belasta dem ytterligare. Vännernas roll som stödgivare är påtagligare för denna grupp. Det är tydligt att det här rör sig om de mest intima vännerna, som kunnat ge både känslomässig avlastning, krissamtal, råd och emotionellt stöd samt vissa incitament till förändring. Den grundläggande relationen mellan givare och mottagare är här av stor vikt.

Närståendeträffar

Syftet med information till närstående i samband med rehabilitering är att göra dem delaktiga i den förändringsprocess som påbörjats, som annars kan vara svår att förmedla. Partners/övriga närstående kan ställa sig frågande till vad som händer med deltagaren i rehabiliteringsprocessen. Personen själv kan ha svårt att förklara vad själva förändringsprocessen innebär, hur programmet ser ut osv.

Avsikten är således att deltagaren ska få möjlighet att delge de närstående sin rehabiliteringsplan/framtidsplan, sina delmål, samt att be om det stöd som krävs för att nå uppställda mål. Den närstående ges möjlighet att tydligt tala om vad den kan tänkas ställa upp med i form av stöd. Båda parter får möjlighet att klargöra vilka förväntningar de har på varandra. Ibland tror t.ex. de närstående att deras anförvant är helt återställd efter rehabiliteringen, vilket inte

alltid är fallet. Det är en lång process att bli fri sina utmattningssymtom och att vidmakthålla de förändringar som gjorts när man sedan är tillbaka i sitt arbete och sin vardag.

Närståendeträffar skapar ett forum och en möjlighet för de närstående att ventilera sin situation. Hur upplever man att stå vid sidan om och se sin partner må dåligt och sakta förändras, samtidigt som man i allra högsta grad är involverad? Vissa anhöriga kan känna att de alltid bör vara den som stöttar, inte kan ställa några egna krav, och att de inte har rätt att vara ur form eller ta tid för sig själva.

Det kan vara värdefullt att genom föreläsningar eller på annat sätt få en teoretisk förklaringsmodell av utmattningssyndromet och dess symtom, och att få information om hur rehabiliteringsprogrammet är upplagt.

Litteraturanvisningar för patienter och anhöriga

Det finns ett flertal böcker om stress och utbrändhet som kan vara av intresse för patienter och anhöriga. Några förslag, utan ambitioner till fullständighet följer här:

- My Persson: När utbrändhet är ett faktum: en förståelseskraft för den som är anhörig, arbetskamrat eller arbetsgivare. Stockholm: SPP 2000.
- Aleksander Perski: Ur balans: om stress, utbrändhet och vägar tillbaka till ett balanserat liv. Stockholm: Bonnier Fakta 2002.
- Ulla-Britt Eriksson, Bengt Starrin, Staffan Janson: Utbränd och emotionellt utmärkt: en närstudie om arbetsliv och sjukskrivning. Lund: Studentlitteratur 2003.
- Peter Währborg: Stress och den nya ohälsan. Natur och Kultur 2002.

Arbetsplatsinsatser

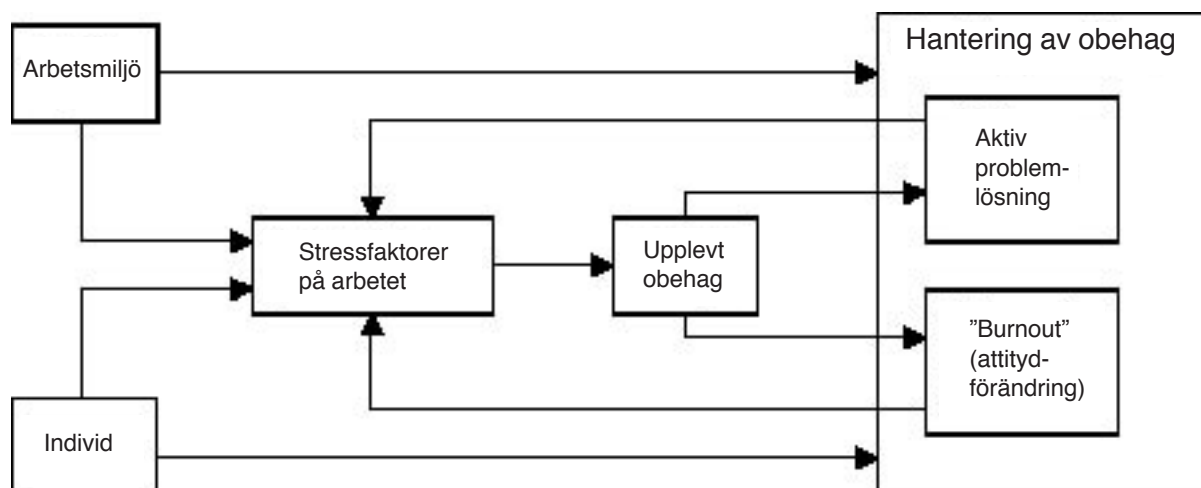
Det saknas i stor utsträckning studier om effekterna av arbetsplatsinriktade insatser. En viktig orsak till det är praktiska och metodologiska svårigheter att genomföra kontrollerade studier (pers. medd. Theorell 2002). Man kan dock anta att olika omständigheter förknippade med arbetsplatsen spelar en viktig roll för uppkomsten av utmattningssyndrom.

Organisationsinriktade modeller för att förstå ”burnout”

Schaufeli (59) anger fyra olika teoretiska perspektiv av betydelse för förståelsen av uppkomsten av ”burnout”. Ett av dessa omfattar de organisationsinriktade modellerna. Han beskriver där tre olika angreppssätt som skiljer sig åt i ett antal avseenden.

”Burnout” som verklighetschock

Den första modellen av Cherniss (48) bygger på ingående intervjuer av 26 individer med hög utbildning inom social servicesektor. Cherniss noterade att påfallande många upplevde stark besvikelse efter att ha avslutat högskolestudier och påbörjat sitt arbetsliv. Han föreställde sig därför ”burnout” som ett slags ”verklighetschock” där problematiska faktorer förknippade med arbetsplatsen samverkar negativt med sårbarhetsfaktorer förknippade med individen.

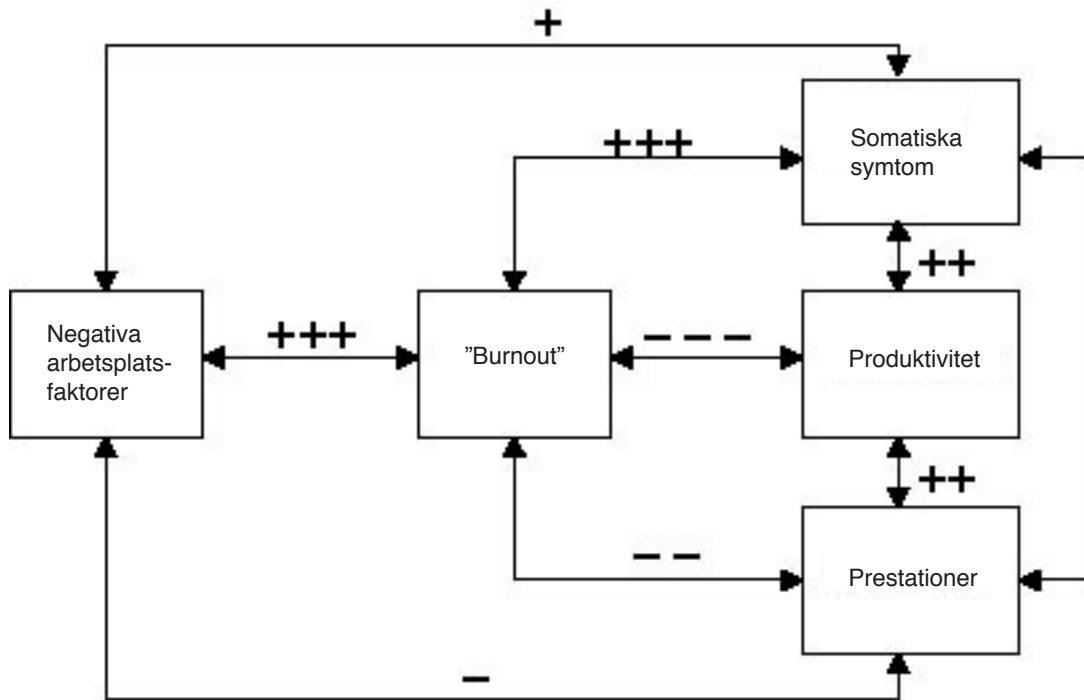


Figur 6. Cherniss modell för utveckling av ”burnout”.

”Burnout” som en smittsam process

Den andra modellen bygger på ett mycket omfattande databasmaterial från över 80 studier genomförda i mer än 30 olika länder. Merparten av studierna har genomförts i kommersiella verksamheter, och Golembiewski och medarbetare (121, 122) förknippar således inte ”burnout” främst med människoinriktade verksamheter som vård, omsorg och skola. De uppfattar problemet som något som går att jämföra med en smitta som sprider sig gradvis. ”Burnout” orsakas av stressfaktorer i arbetet som i sin tur leder till somatiska symtom och nedsatt

prestationsförmåga. Följaktligen har det också negativa konsekvenser inte bara för den enskilde individen utan även för organisationen.



Figur 7. Efter Golembiewski och Munzenrider (123). Antal plus – respektive minustecken anger graden av samband.

"Burnout" som "mismatch" mellan individ och arbete

Den tredje modellen av Maslach och Leiter (43, 45) försöker koppla ett antal negativa trender i nutida organisationer till uppkomsten av "burnout".

Maslach och Leiter utgår i sin modell från ett interaktivt perspektiv. De betraktar "burnout" som en följd av att den specifika kombinationen av den enskilda individen och den aktuella arbetsplatsen är dysfunktionell. Med det synsättet blir det möjligt att diskutera insatser som riktar sig såväl till individen som till organisationen. Klinisk erfarenhet talar för att en sådan interaktiv modell accepteras väl av både patienter och yrkesutövare inom vård och rehabilitering i Sverige.

Maslach och Leiter menar att "burnout" uppstår som en följd av en varaktig obalans där arbetet kräver mer än vad individen kan ge och samtidigt erbjuder mindre än vad denne behöver. "Burnout" kan utifrån det synsättet tänkas uppstå i vitt skilda arbetsområden. Det behöver inte nödvändigtvis förknippas med människoinriktade serviceyrken som vård, omsorg, socialtjänst och skola.

Den interaktiva problematiken mellan individ och arbete beskriver Maslach och Leiter i följande sex punkter:

1. För stor arbetsbelastning.
2. Bristande kontroll över det egna arbetet.
3. Brist på erkänsla.
4. Bristande arbetsgemenskap.
5. Orättvisor.
6. Värderingskonflikter.

Sammanfattning

Trots skillnader mellan dessa tre modeller för uppkomsten av ”burnout” är de samstämmiga i uppfattningen att organisationsrelaterade faktorer som höga krav, brist på kontroll över arbetet, brist på erkännande, värderingskonflikter och bristande socialt stöd eller gemenskap är av betydelse i sammanhanget (59).

De är likaså eniga om att ”burnout” inte bara innebär negativa följder för individen utan även för organisationen genom att produktiviteten, effektiviteten och kvaliteten på de levererade tjänsterna försämras.

Insatser inriktade på organisationen och på samspelet individ–organisation

Med utgångspunkt i Maslach och Leiters sex punkter kan man överväga specifika insatser riktade primärt mot organisationen som sådan eller mot samspelet mellan den enskilde individen och organisationen.

För stor arbetsbelastning

Med ett interaktivt synsätt blir arbetsbelastning en komplex fråga, där själva uppgiften, individen och de givna ramarna för att genomföra uppgiften behöver anpassas och matchas i syfte att främja ett så gott resultat som möjligt. Såväl ett kvalitativt som ett kvantitativt perspektiv är nödvändigt.

Schaufeli (59) menar att arbetsbelastning generellt sett kan angripas från tre håll: genom att förändra arbetets innehåll (ändrade uppgifter, arbetsrotation), förtydliga den anställdes roll (t.ex. genom arbetsbeskrivningar) och förbättra den fysiska arbetsmiljön (t.ex. genom fokusgrupper där de anställda får möjlighet att påtala problem som bör åtgärdas).

- A) Han anger vidare ett antal tänkbara mål och medel för åtgärder riktade till organisationen, vilka kan utformas så att möjligheterna att minska för hög arbetsbelastning ökar.
- B) Arbetsklimatundersökningar som genomförs återkommande och regelbundet ger fortlöpande information om hur de anställda upplever sitt arbete. Om de genomförs anonymt kan ledningen få tillgång till sådan information som annars upplevs besvärande att ge direkt till chefen.
- C) Ledarutveckling kan inriktas på att öka medvetenheten och förmågan i två viktiga avseenden: ledarens roll som personlig förebild och ledarens förmåga att tillämpa ett psykosocialt förhållningssätt. Chefsutbildningar i psykosocialt förhållningssätt har t.ex. genomförts och studerats av Töres Theorell i Sverige (124).
- D) Arbetsscheman kan utformas så att t.ex. extremt övertidsarbete bestraffas i stället för belönas. Möjligheterna till deltidsarbete kan utökas, liksom till kompensationsledighet i stället för ekonomisk ersättning.
- E) Man kan bedriva ett organisationsarbete som inriktas på utveckling av procedurer och metoder för att främja ett gott arbetsklimat, t.ex. genom att förbättra dialogen mellan ledare och medarbetare, utveckla lagarbete, arbeta med feedback från arbetsklimatundersökningar.
- F) Inskolningsprogram, karriärplanering, utvecklingssamtal, mentorssystem och fortbildning har betydelse för den anställdes förutsättningar att klara av sina arbetsuppgifter på ett effektivt sätt.

Bristande kontroll över det egna arbetet

Möjligheterna till kontroll över det egna arbetet är ett tema som varit i fokus för arbetslivsforskningen sedan många år (14). Tanken är att bristande inflytande och kontroll över arbetets utformning är en negativ faktor som utgör ett stressmoment. Studier som fokuserar på betydelsen av de anställdas delaktighet i verksamhetens beslutsprocesser talar för värdet av medinflytande som ett sätt att minska stress i arbetslivet (125).

Platta organisationer med stort handlingsutrymme för den anställde kan ge plats åt kreativitet, personligt ansvarstagande och ett personligt sätt att utforma arbetet. Men det kan även innebära gränslöshet, otydlighet kring ansvar och behörighet och en känsla hos den anställde att vara övergiven av ledningen. Att man klargör roller och förväntningar har då stor betydelse för att reducera risken för stress (126).

Brist på erkänsla

Att förhållandet mellan arbetsinsats och belöning har betydelse för att man ska känna sig tillfreds med sitt arbete har belagts i ett antal vetenskapliga studier (40, 127). Med belöning avses dels ekonomisk ersättning och andra förmåner, dels uppskattning från arbetsledning och kunder/klienter. Klinisk erfarenhet från arbetet med patienter med utmattningssyndrom talar för att många upplever att feedback från chefer och arbetsledare i alltför stor utsträckning är negativt kritisk och i alltför liten grad stödjande och uppskattande. Här kan olika chefsutbildningar med inriktning på kommunikation och psykosocialt förhållningssätt vara av värde.

Bristande arbetsgemenskap

Bristande arbetsgemenskap kan vara en följdverkan av täta omorganisationer. Arbetsgrupper splittras, nya arbetsroller skapas och de anställda förväntas utveckla goda relationer i nya konstellationer. För många innebär detta betydande svårigheter och negativ stress. Schaufeli (59) anger konflikthantering, kommunikation och beslutsfattande som ett viktigt område för olika insatser på organisationsnivå. Cherniss (48) förespråkar en omfattande strategi som inriktas på att utveckla de anställdas förmåga att undvika respektive lösa konflikter, skapa stöd för egna initiativ samt inta en problemlösande och analytisk position gentemot svårigheter i organisationen. Syftet är att reducera benägenheten att göra sådana svårigheter till personliga angelägenheter.

Kollegiala samtalsgrupper i olika former har betydelse inte minst genom att de kan erbjuda ett socialt kollegialt stöd. Schaufeli anger fem gemensamma funktioner för sådana grupper. De erbjuder: 1) bekräftelse av de egna erfarenheterna, 2) tröst och medkänsla, 3) hjälp i form av konstruktiva lösningsförslag på problem, 4) insikt i alternativa sätt att hantera svårigheter samt 5) kamratskap. I Sverige finns ett flertal former av sådana kollegiala samtalsgrupper, t.ex. Balintgrupper inom vården, och kollegiala samtalsgrupper baserade på metoden för problembaserad inlärning (Ulla Peterson, opublicerade data).

Orättvisor

Orättvisor kan vara demoraliserande i arbetslivet. Om de anställda upplever resursbrist och pressade arbetsvillkor kan många känna sig provocerade av generösa bonussystem och höga löner till företagets ledande befattningshavare. Löneskillnader mellan män och kvinnor finns fortfarande kvar i stora delar

av arbetslivet. Den här typen av övergripande frågor påverkas främst via den allmänna debatten och via politiska beslut.

Upplevda orättvisor i arbetets vardag kan handla om snart sagt allt som de anställda ska samverka om och där resurser ska fördelas. Det är rimligt att anta att misstämning kring sådana frågor till viss del återspeglar brister i kommunikation, konflikthantering och de anställdas delaktighet i utvecklingen av verksamheterna. De vetenskapliga bevisen för nyttan av organisationsinriktade insatser med inriktning på dessa teman är ännu svag. Däremot finns välgrundad kunskap från psykologisk forskning som stöder betydelsen för individens psykiska välbefinnande av att förbättra sina färdigheter i dessa avseenden. Detta talar för att det finns ett potentiellt värde i att öka den psykosociala kompetensen hos chefer och medarbetare.

Värderingskonflikter

Motsättningar mellan den enskilde individens personliga värderingar och de värderingar som direkt eller indirekt kommer till uttryck genom det sätt som arbetet organiseras och genomförs på utgör ytterligare en stressfaktor i arbetslivet. I Sverige talar Lennart Koskinen om ”moralisk stress”. Inom vården upplever många att det pågår en dehumanisering. I skolan finns en djup klyfta mellan lärarnas ambitioner, upplevda krav och förväntningar och den faktiska verkligheten. Inom kommersiella verksamheter förekommer motsättningar mellan de anställdas personliga värderingar och de värderingar som företagsledningen förväntar att de ska förmedla till kunden.

Klinisk erfarenhet talar för att upplevelsen av meningsfullhet i arbetet har koppling till den enskilda individens personliga drivkrafter och värdesystem. Kombinationen av individens egen drivkraft, vad man vill ha ut av arbetet, vad arbetet står för och mötet med arbetslivet i dess olika delar, antingen möjliggör och förstärker individens möjligheter att leva ett gott liv med god hälsa, eller hotar detta på olika sätt (pers. medd. Härenstam 2002).

Relationen mellan arbete och familjeliv kan skapa värderingskonflikter som innebär betydande negativ stress. Mycket talar för att en harmonisk balans mellan arbete och familjeliv har avgörande betydelse för välbefinnandet. Både Freudenberg och Maslach har påtalat att de individer som satsar allt sitt engagemang i sitt arbete är särskilt utsatta för sådana organisations- och arbetsförändringar som har negativa följder för den enskilde.

Insatser med fokus på organisationens miljöresurser och personalvårdande resurser

I Europa har lagstiftningen om arbetsmiljö och hälsoaspekter på arbetslivet under de gångna decennierna genomgått en utveckling som i praktiken innebär bättre förutsättningar för att organisera och permanenta ”Occupational Health and Safety Services” (dvs. uppdrag som ingår eller kan ingå i verksamheten för en väl utbyggd företagshälsovård) (128). Utöver traditionell fokusering på hälsa och säkerhet i arbetet har lagstiftaren även inkluderat individens välbefinnande i lagens föreskrifter. Man förespråkar ett integrerat perspektiv med avseende på välbefinnande, hälsa och säkerhet. Slutligen lyfter man fram betydelsen av preventiva insatser. Betydelsen av att eftersträva reducerad stress i arbetslivet som ett sätt att värna om de anställdas välbefinnande får således stöd i modern lagstiftning.

Sammantaget skapar utvecklingen av lagstiftningen förutsättningar för att

en väl fungerande företagshälsovård ska kunna vara en betydelsefull länk i arbetet med att förebygga och behandla arbetsrelaterad stress och utmattning. Schaufeli och Enzmann (59) anger fem olika tänkbara arbetsområden:

- A) *Datainsamling*. Via enkätundersökningar av varierande slag kan man sammanställa information som utgör underlag för förebyggande insatser i syfte att förebygga stress.
- B) *Koordination och integration*. Det arbete som bedrivs av expertis inom olika områden, såsom yrkesmedicin, arbetspsykologi, arbetsmiljö och personalvård, koordineras. Olika interventionsnivåer (individ, individ-organisation, organisation) liksom olika interventionsformer (kliniska och organisationsinriktade) kan även integreras i övergripande program.
- C) *Personligt samtalsstöd ("counselling")*. Samtalsbehandling med särskild inriktning på stress och "burnout" i arbetslivet kan erbjudas. Så kallade Employee Assistance Programs är vanligt förekommande internationellt, främst i USA och Storbritannien. De är specialutformade, psykosocialt inriktade stödprogram i företag och organisationer som syftar till såväl prevention som behandling vid de problem i arbetslivet som inverkar menligt på individens välbefinnande och funktion.
- D) *Remittering och expertkonsultationer*. Efter en adekvat bedömning kan den anställda vid behov remitteras till andra vårdinstanser när företagshälsovårdens resurser inte anses tillräckliga. Vidare kan man erbjuda konsultationer i frågor som rör stress i arbetslivet, t.ex. hur man som arbetsledare ska hantera stressproblem hos en medarbetare.
- E) *Rehabilitering*. Företagshälsovården kan ha stor betydelse som länk mellan individen och företaget eller organisationen när en återgång till arbetslivet aktualiseras efter en tids sjukskrivning.

Tillämpning och förebyggande åtgärder

Efter nästan ett halvsekels forskning kring stress och arbetspsykologi finns en gedigen vetenskaplig kunskap som rimligen borde kunna läggas till grund för stresspreventiva program. Det finns också i den internationella litteraturen kontrollerade studier som visar att sådana interventioner kan ha gynnsamma effekter (8).

Införandet och tillämpningen av denna kunskap har dock gått långsamt. Tänkbara skäl till denna långsamhet diskuteras i detalj av Kompier och medarbetare (129). De har gått igenom ett tiotal stresspreventionsprojekt i Nederländerna. Sammanfattningsvis nämner de fyra viktiga hinder för att tillämpa den kunskap som finns, nämligen

- A) Arbetsgivare och beslutsfattare har ofta en tendens att lägga ansvaret på den enskilde, och tolka arbetsfrånvaron som orsakad av andra åtaganden, t.ex. familjeåtaganden. Detta kan dock knappast förklara varför vissa branscher har mycket högre grad av sjukfrånvaro pga. psykisk ohälsa än andra (något som ju också gäller svenska förhållanden). Den individinriktade ansatsen leder till ensidiga rekommendationer för att förebygga stress.
- B) Det andra hindret kan utgöras av den psykologiska och medicinska vetenskapens tendens att framför allt inrikta sig på individen (130).
- C) Den tredje anledningen är metodologisk. Vetenskapliga bevis för behandlingars effektivitet bygger vanligen på randomiserade kontrollerade studier, som förutsätter en viss stabilitet i omgivningen under den tid studien pågår, vanligtvis två till tre år. I modernt arbetsliv är detta ett praktiskt taget ouppnåeligt ideal med tanke på de snabba förändringar som normalt sker på ett företag.
- D) Arbetsgivare och beslutsfattare har ett självklart behov av att ta in ekonomiska överväganden i sitt arbete. Stressforskare, å andra sidan, har en tendens att koncentrera sig på andra variabler än ekonomi och sjukdagar, vilket gör att den information som skulle kunna vara relevant för en arbetsgivare ofta helt enkelt saknas.

En mycket liknande analys av situationen på stresspreventionsområdet gör Cartwright och Cooper (2), som också betonar faran av en ensidig fokusering på individen och behovet av ekonomisk utvärdering.

Att framgångsrikt genomföra ett program för att förebygga stress förutsätter stora ekonomiska resurser, långsiktig planering och aktivt stöd och samarbete från företagsledning, fackliga organisationer och försäkringskassa. Multidisciplinära arbetsgrupper måste skapas, både inom och utom företaget. Företagshälsovården är central i ett sådant arbete, och måste ges ekonomiska resurser och tillräcklig tid för vidareutbildning.

I Sverige pågår för närvarande storskaliga försök att åstadkomma denna typ av av forskningsbaserad kunskap, både inom den privata och den primär- och landstingskommunala sektorn, på initiativ av försäkringsbolaget AFA

(www.afa.se). Preliminära resultat från privata företag visar att en sådan implementering är i hög grad kostnadseffektiv (www.personskadeprevention.nu, lägesrapport 2002 AHA, s. 16).

Etik

Den klassiska medicinska etiken med sina grundprinciper autonomi, omsorg och rättvisa är centrerad på relationen mellan en enskild läkare och en enskild patient (och ibland dennes anhöriga, och andra patienter) (Figur 8, övre delen). Autonomi, som avser patientens rätt att själv ha ett avgörande inflytande över sin behandling är lagfäst i Sverige, och de få undantagen från principen om självbestämmande (tvångsvård av psykiskt sjuka och isolering vid vissa smittsamma sjukdomar) är också reglerade i lag. Omsorg, som avser läkarens skyldighet att göra gott för patienten och att inte skada, är kärnan i den medicinska etiken sedan Hippokrates tid. Rättvisa, som avser en rättvis fördelning av medicinska resurser, och ett försteg för svaga grupper när resurserna är begränsade, är den enda av de klassiska medicin-etiska principerna som också tar mer generella sociala hänsyn (131).

I arbetsmedicinska sammanhang är den klassiska medicin-etiken visserligen fortfarande tillämplig, men inte tillräcklig med tanke på alla de intressekonflikter som kan uppstå mellan de många aktörer som är engagerade – inte bara patienter och deras anhöriga, utan också arbetsgivare, arbetsgivarorganisationer, fack, försäkringskassa, försäkringsbolag, kommuner, landsting och på riksplånet Riksförsäkringsverket och Arbetsgivarverket, och slutligen riksdag och regering. Den enskilde vårdgivaren kan också ha egenintressen, både professionellt och som presumtiv patient.

Internationellt har olika arbetsmedicinska sammanslutningar arbetat med att ta fram etiska koder. The American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM) Code of Ethics från 1976 reviderades senast 1993. International Commission on Occupational Health (ICOH) har likaledes givit ut en Code of Ethics. Revisionen av 1997 finns liksom ACOEM:s kod tillgänglig i Ladou m.fl. (132). ICOH:s kodex har bearbetats och översatts till svenska (133). Någon stadfäst svensk etikkod för arbetsmedicin finns dock ännu inte, även om etiska frågor ingår som en viktig del i utbildningen av företagshälsovårdspersonal och den etiska diskussionen är livaktig bland svenska yrkesmedicinare.

I den etiska analysen av komplicerade sammanhang används ofta enkla matriser för att klargöra relationerna mellan de olika aktörerna och de aktuella etiska principerna. Ett försök till en sådan matris för arbetsmedicinska problem återfinns i Figur 8.

Klassisk medicinsk etik	Aktör	Etisk princip		
		Autonomi	Omsorg	Rättvisa
			Göra gott	Inte skada
	Patient			
	Patientens anhöriga			
	Andra patienter			
Exempel på potentiella intressekonflikter	Läkare			
	Arbetsgivare			
	Arbetsgivarorganisation			
	Arbetstagarorganisation			
	Försäkringskassa			
	Kommun			
	Landsting			
	Centrala myndigheter			
Riksdag och regering				

Figur 8. Ett försök till matris för strukturering av etiska problem och intressekonflikter i arbetsmedicin.

Matrisen är tänkt som en hjälp för att strukturera diskussionen av etiska problem och intressekonflikter och är givetvis inte att betrakta som något regelsystem.

Ett exempel på hur aspekter av matrisen kan användas är analysen av de olika intressekonflikter som kan uppstå kring sjukskrivningen. En läkare som möter en patient med ett utmattningssyndrom ställs inför en relativt ny problematik där evidensbaserade behandlings- och rehabiliteringsmodeller ännu inte finns, och där nyttan av sjukskrivning inte är självklar. Läkaren måste då falla tillbaka på sin egen bedömning av vad som är i patientens bästa intresse (omsorgsprincipen), men måste också ta hänsyn till patientens egen önskan (autonomiprincipen). Samtidigt måste han eller hon bedöma om sjukskrivning eventuellt kan vara till skada för patienten (icke-skada-principen). Så långt skiljer sig inte ställningstagandena från vad som är de vanliga problemen vid behandling av patienter med diffusa och dåligt avgränsade sjukdomsbilder.

När det gäller sjukskrivning, kan emellertid rättvisepincipen bli problematisk. Hur ska den enskilde läkaren i sin bedömning ta med det faktum att de samlade kostnaderna för sjukskrivning och förtidspensionering i Sverige är av samma storleksordning som hela sjukvårdsbudgeten? Detta berör ju i hög grad rättvisepincipen, om den tolkas som att läkaren bör verka för en rättvis fördelning av de begränsade ekonomiska resurser som står till buds för sjukvården. I hur hög grad rättvisepincipen ska tillåtas inverka på läkarens ställningstagande till sjukskrivning av en enskild patient är långt ifrån klart. För de flesta läkare torde dock rättvisepincipen i detta sammanhang få stryka på foten. Den enskilda patientens intressen är överordnade det allmännas intressen.

Det som har hänt i fallet med de dramatiskt ökande sjukskrivningstalen är att vad som från början rörde enskilda läkares sätt att sjukskriva enskilda patienter, har utvecklats till en samhällsproblem, där en rad olika aktörer har intressen, och även ansvar, på grund av de stora ekonomiska konsekvenserna

(Figur 8, nedre delen). I en situation som vi förefaller ha tappat kontrollen över, är det förståeligt att man söker syndabockar, antingen hos läkarna, som man anklagar för att sjukskriva alltför släpphänt, eller hos patienterna, som anklagas för att ha alltför låg tolerans för obehag, eller alltför slappa attityder gentemot arbetet och kravet på att försörja sig själv. Ur läkarens synpunkt kan sådana moraliserande attityder bli ett hot mot de grundläggande etiska principerna om omsorg och respekt för patienten.

Det etiska problemet ser också olika ut för läkare med olika uppdrag. Företagshälsovårdens läkare har större möjligheter än vanliga patientansvariga läkare att se till arbetsmiljön. Den etiska koden (133) för arbetsmedicinare påpekar också att företagshälsovården inte bara ska värna om de anställdas hälsa utan också befrämja en säker och hälsosam arbetsmiljö.

Även myndigheter och beslutsfattare har naturligtvis etiska regler och principer. Regellydnad är en viktig etisk princip för myndigheter, som dock kan utmanas i en situation där de ekonomiska resurserna faktiskt inte räcker till för att följa reglerna. Konflikter mellan regelverkets krav och de faktiska resurserna, kan leda till att rehabilitering av sjuka inte kommer till stånd i den utsträckning som vore önskvärt.

Ett annat problem som har etiska implikationer är svårigheten att samordna insatser från olika aktörer som var och en har sitt eget budgetansvar. Erfarenheten har visat att många rehabiliteringsplaner stupar på definitionsfrågor och gränskonflikter: vad ska t.ex. kallas arbetsinriktad rehabilitering (som betalas av försäkringskassan/arbetsgivaren), och vad är medicinsk rehabilitering (som betalas av landstinget). Praxis skiljer sig åt mellan olika regioner. Man talar i sammanhanget ofta om att pengarna "ligger i olika fickor" och glömmer alltför lätt att fickorna sitter på samma kostym.

Forskningsbehov

För en sjukdomsbild som visserligen inte är ny, men där vetenskapligt grundad kunskap saknas på i stort sett alla nivåer är forskningsbehovet uppenbart. Vi har gjort ett försök att avgränsa tillståndet och skapa en kriteriebaserad diagnostik. Denna måste nu valideras.

Existensen av diagnostiska kriterier möjliggör en epidemiologisk analys av problemets storlek och utgör också en förutsättning för en mer vetenskaplig orsaksanalys. Detta är också en förutsättning för att med större precision än vad som hittills varit möjligt kunna föreslå strategier för behandling och rehabilitering, liksom för förebyggande åtgärder. Randomiserade kontrollerade studier av olika behandlings- och rehabiliteringsmodeller är på gång och bör fortsätta. Både enskilda behandlingskomponenter (t.ex. manualiserade psykoterapier eller effekten av olika läkemedel) och hela behandlingsprogram bör utvärderas.

För utvärdering, men också för kliniska ändamål, bör instrument tas fram som underlättar diagnostik och behandlingsvärdering (skattningsskalor). För att förstå sjukdomsmekanismerna vid uppkomsten av utmattningssyndrom behövs grundforskning om patofysiologin, t.ex. beträffande de hormonella förändringarna under olika faser av sjukdomen, och även av eventuella neuropsykologiska och hjärnfysiologiska förändringar, speciellt med hänsyn till reversibilitet och kronicitering. Prospektiva studier som syftar till att kartlägga predisponerande faktorer (konstitutionella, personlighetsmässiga) är också angelägna.

Med hänsyn tagen till att ca 80 procent av alla långtidssjukskrivningar i någon mån är relaterade till stressproblem, ter sig sådan forskning som kan belysa alla aspekter av stress som utomordentligt angelägen och värd att prioritera i anslagstilldelningen.

Referenser

1. Nathell L, Nygren Å, Åsberg M. Opublicerade data från AFA:s AGS-databas. 2003.
2. Cartwright S, Cooper CL. Public policy and occupational health psychology in Europe. *Journal of Occupational Health Psychology* 1996;1(4):349-361.
3. Tennant C. Work-related stress and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 2001;51(5):697-704.
4. Rylander G, Rydmark I, Åsberg M, Nygren Å. Manuskript. 2003.
5. Levi L, Bartley M, Marmot M, Karasek R, Theorell T, Siegrist J, m.fl. Stressors at the workplace: Theoretical models. *Occupational Medicine-State of the Art Reviews* 2000;15(1):69-105.
6. Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. *Occupational and Environmental Medicine* 1999;56(5):302-307.
7. Holmes S. Work-related stress: a brief review. *Journal of the Royal Society of Health* 2001;121(4):230-235.
8. Michie S, Williams S. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occup Environ Med* 2003;60(1):3-9.
9. Wang J, Patten SB. Perceived work stress and major depression in the Canadian employed population, 20-49 years old. *Journal of Occupational Health Psychology* 2001;6(4):283-289.
10. Paterniti S, Niedhammer I, Lang T, Consoli SM. Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms: Longitudinal results from the GAZEL study. *British Journal of Psychiatry* 2002;181(2):111-117.
11. Marine A, Serra C. Occupational health programmes for treating and preventing psychological stress in health care professionals (Protocol for a Cochrane Review). The Cochrane Library, Oxford: Update Software. 2002(4).
12. van der Hek H, Plomp HN. Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies. *Occupational Medicine* 1997;47(3):133-141.
13. Perski A. Ur balans. Om stress, utbrändhet och vägar tillbaka till ett balanserat liv. Stockholm: Bonnier Fakta; 2002.
14. Karasek R, Theorell T. *Healthy Work*. New York: Basic Books; 1990.
15. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1996;1(1):27-41.
16. Jackson SW. *Melancholia and depression from Hippocratic times to modern times*. New Haven and London: Yale University Press; 1986.
17. Overstreet DH. The Flinders sensitive line rats: a genetic animal model of depression. *Neurosci Biobehav Rev* 1993;17(1):51-68.

18. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry* 1999;156(6):837-841.
19. Nazroo JY, Edwards AC, Brown GW. Gender differences in the onset of depression following a shared life event: a study of couples. *Psychological Medicine* 1997;27(1):9-19.
20. Åsberg M, Nygren Å, Rylander G, Rydmark I. Stress och utmattningsdepression. In: Ekman R, Arnetz B, editors. *Stress: Samhället – individen – molekylerna*. Stockholm: Liber förlag; 2002. p. 224-232.
21. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
22. Carroll BJ. The dexamethasone suppression test for melancholia. *British Journal of Psychiatry* 1982;140:292-304.
23. Bunney WE, Jr, Fawcett JA. Possibility of a biochemical test for suicidal potential. *Archives of General Psychiatry* 1965;13:232-239.
24. Goodyer IM, Tamplin A, Herbert J, Altham PM. Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and the onset of major depression in high-risk adolescents. *Br J Psychiatry* 2000;177(6):499-504.
25. Harris TO, Borsanyi S, Messari S, Stanford K, Brown GW, Cleary SE, m.fl. Morning cortisol as a risk factor for subsequent major depressive disorder in adult women. *Br J Psychiatry* 2000;177(6):505-510.
26. Lauer CJ, Schreiber W, Modell S, Holsboer F, Krieg JC. The Munich vulnerability study on affective disorders: overview of the cross-sectional observations at index investigation. *J Psychiatr Res* 1998;32(6):393-401.
27. Schaufeli W, Enzmann D. *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis; 1999.
28. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues* 1974;30:159-165.
29. Maslach C. The client role in staff burn-out. *Journal of Social Issues* 1978;34(4):111-124.
30. Maslach C, Jackson SE. *Maslach burnout inventory*. Research edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1981.
31. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory*. Manual. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
32. Pines A, Aronson E. *Career burnout: Causes and cures*: (1988). xiv, 257pp.; 1988.
33. Pines AM. Marriage burnout: A new conceptual framework for working with couples. *Psychotherapy in Private Practice* 1987;5(2):31-44.
34. Pines AM. The Palestinian intifada and Israelis' burnout. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1994;25(4):438-451.
35. Kahn RL, Byosiere P. Stress in organizations. In: Dunnette, Marvin D. (Ed); Hough, Leaetta M. (Ed). (1992). *Handbook of industrial and organizational psychology*, Vol. 3 (2nd ed.). (pp. 571-650). xxiii, 1095pp.; 1992.

36. Shirom A. Burnout in work organisations. In: Cooper C, Robertson I, editors. *International review of industrial and organizational psychology*. New York: John Wiley and sons; 1989. p. 25-48.
37. Levi L. *Guidance on work-related stress. Spice of life or kiss of death?* Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2000.
38. Cooper CL. *Handbook of stress, medicine and health*. Boca Raton, Florida: CRC Press; 1996.
39. Kivimäki M, Vahtera J, Griffiths A, Cox T, Thomson L. Sickness absence and organizational downsizing. In: RJ B, Cooper CL, editors. *The organization in crisis. Downsizing, restructuring, and privatization*. Oxford: Blackwell publishers; 2000. p. 78-94.
40. Siegrist J. Adverse health effects of effort-reward imbalance at work. Theory, empirical support and implications for prevention. In: Cooper CL, editor. *Theories of organizational stress*. Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 190-204.
41. Theorell T. Job characteristics in a theoretical and practical health context. In: Cooper CL, editor. *Theories of organizational stress*. Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 205-219.
42. Kivimaki M, Leino-Arjas P, Luukkonen R, Riihimaki H, Vahtera J, Kirjonen J. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *Bmj* 2002;325(7369):857.
43. Leiter MP, Maslach C. Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout. *J Health Hum Serv Adm* 1999;21(4):472-89.
44. Maslach C. *Utbränd: en bok om omsorgens pris*. Stockholm: Natur och Kultur; 1987.
45. Maslach C, Leiter MP. *Sanningen om utbrändhet: hur jobbet förorsakar personlig stress och vad man kan göra åt det*. Stockholm: Natur och Kultur; 1999.
46. Pines AM, Aronson E. Combatting burnout. *Children & Youth Services Review* 1983;5(3):263-275.
47. Brill P. The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health* 1984;6(4):12-24.
48. Cherniss C. *Beyond burnout: Helping teachers, nurses, therapists and lawyers recover from stress and disillusionment*. New York: Routledge; 1995.
49. Edelwich J, Brodsky A. *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press; 1980.
50. Etzion D. *Burnout: The hidden agenda of human distress*. Tel Aviv: The Israel Institute of Business Research, Tel Aviv University; 1987. Report No.: Working paper 930/87.
51. Hallsten L. Burning out: A framework. In: Schaufeli, Wilmar B. (Ed); Maslach, Christina (Ed); m.fl. (1993). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Series in applied psychology: Social issues and questions. (pp. 95-113). xii, 299pp.; 1993.

52. Hallsten L, Bellaagh K, Gustavsson K. Utbränning i Sverige – en populationsstudie. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2002.
53. Schaufeli WB, van Dierendonck D. The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior* 1993;14:631-647.
54. Pines AM. Burnout: An existential perspective. In: Schaufeli, Wilmar B. (Ed); Maslach, Christina (Ed); m.fl. (1993). *Professional burnout: Recent developments in theory and research. Series in applied psychology: Social issues and questions.* (pp. 33-51). xii, 299pp.; 1993.
55. Glass DC, McKnight JD. Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. *Psychology & Health* 1996;11(1):23-48.
56. Brenninkmeyer V, Yperen NWV, Buunk BP. Burnout and depression are not identical twins: Is decline of superiority a distinguishing feature? *Personality & Individual Differences* 2001;30(5):873-880.
57. Glass DC, McKnight JD, Valdimarsdottir H. Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1993;61(1):147-155.
58. International statistical classification of diseases and related health problems: ICD-10. Geneve: WHO; 1992.
59. Schaufeli W, Enzmann D. *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis.* London: Taylor & Francis; 1998.
60. Evengård B, Komaroff A. Kroniskt trötthetssyndrom finns. *Läkartidningen* 1999;96:3166-3169.
61. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med* 1994;121(12):953-959.
62. Royal Colleges of Physicians, Psychiatrists and General Practitioners. *Chronic fatigue syndrome.* London: Royal Colleges of Physicians, Psychiatrists and General Practitioners; 1996.
63. Herlofson J, Åsberg M. Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom. Opublicerat manuskript. Stockholm; 2003.
64. Perski A, Grossi G. Karolinska Utbrändhetsskala. Opublicerat manuskript. Stockholm; 2003.
65. Eriksson U-B, Starrin B, Janson S. Utbränd och emotionellt utmärslad: en närstudie om arbetsliv och sjukskrivning. Lund: Studentlitteratur; 2003.
66. Moldofsky H. Sleep and the immune system. *Int J Immunopharmacol* 1995;17(8):649-654.
67. Spiegel K, Leproult R, Van Cauter E. Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function. *Lancet* 1999;354(9188):1435-1439.
68. Born J, Lange T, Hansen K, Molle M, Fehm HL. Effects of sleep and circadian rhythm on human circulating immune cells. *J Immunol* 1997;158(9):4454-4464.
69. *Analys av hälsa och arbete.* Stockholm: SOU 2002:62.

70. Feeney ANF, Head J, Canner R, Marmot M., Socioeconomic and sex differentials in reason for sickness absence from the Whitehall II study. *Occup Environ Med* 1998;55:91-98.
71. Nyman K, Palmer E, Bergendorff S. Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder. Stockholm: ESO; 2002. Report No.: 49/2002.
72. Riksförsäkringsverket. Sjukskrivnas syn på hälsa och arbete. Stockholm: Riksförsäkringsverket; 2002. Report No.: Riksförsäkringsverket analyserar 2002:16.
73. Mini-D. Stockholm: Pilgrim Press; 1984.
74. Zimmerman M, Mattia JI. A self-report scale to help make psychiatric diagnoses: the Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(8):787-794.
75. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, 3rd, Hahn SR, m.fl. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *Jama* 1994;272(22):1749-1756.
76. First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Benjamin L. Structured Clinical Interview for DSM-IV™ Axis II Personality Disorders (SCID-II). Arlington, VA: American Psychiatric Press Inc.; 1997.
77. Ottosson H, Bodlund O, Ekselius L, von Knorring L, Kullgren G, Lindström E, Söderberg S. The DSM-IV and ICD-10 personality questionnaire (DIP-Q): construction and preliminary validation. *Nordic Journal of Psychiatry* 1995; 49:285-291.
78. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, m.fl. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20: 22-33;quiz 34-57.
79. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. Structured Clinical Interview for DSM-IV™ Axis I Disorders (SCID-I), Clinician Version. Arlington, VA: American Psychiatric Press, Inc.; 1997.
80. Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive for change. *Brit J Psychiatr* 1979;134:382-389.
81. Åsberg M, Montgomery SA, Perris C, Schalling D, Sedvall G. A comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatr Scand* 1978(Suppl 271):5-27.
82. Svanborg P, Åsberg M. A new self rating scale for depression and anxiety states, based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:21-28.
83. Snaith RP, Zigmond AS. The hospital anxiety and depression scale. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986;292(6516):344.
84. Andersson E, Forslund K, M Å. A new self rating scale for borderline personality disorder. Insänd för publikation 2003.
85. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology* 2001;86(3):499-512.

86. Dallner M, Elo A-L, Gamberale F, Hottinen V, Knardahl S, Lindström K, m.fl. Validation of the General Nordic Questionnaire (QPS Nordic) for psychological and social factors at work. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2000.
87. Rick J, Briner R, Daniels K, Perryman S, Guppy S. A critical review of psychosocial hazard measures. Contract Research Report. Brighton: Health & Safety Executive, UK; 2001. Report No.: 356/2001.
88. Fiedler N, Vivona-Vaughan E, Gochfeld M. Evaluation of a work site relaxation training program using ambulatory blood pressure monitoring. *J Occup Med* 1989;31(7):595-602.
89. Johansson N. Effectiveness of a stress management program in reducing anxiety and depression in nursing students. *J Am Coll Health* 1991;40(3): 125-129.
90. Murphy LR. A comparison of relaxation methods for reducing stress in nursing personnel. *Human Factors* 1983;25(4):431-440.
91. Toivanen H, Lansimies E, Jokela V, Hanninen O. Impact of regular relaxation training on the cardiac autonomic nervous system of hospital cleaners and bank employees. *Scand J Work Environ Health* 1993;19(5): 319-325.
92. Pruitt RH. Effectiveness and cost efficiency of interventions in health promotion. *Journal of Advanced Nursing* 1992;17:926-932.
93. Arnetz BB. Techno-stress: a prospective psychophysiological study of the impact of a controlled stress-reduction program in advanced tele-communication systems design work. *J Occup Environ Med* 1996;38(1): 53-65.
94. Carrington P, Collings GH, Jr., Benson H, Robinson H, Wood LW, Lehrer PM, m.fl. The use of meditation – relaxation techniques for the management of stress in a working population. *J Occup Med* 1980;22(4): 221-231.
95. Bruning NS, Frew DR. Effects of exercise, relaxation, and management skills training on physiological stress indicators: A field experiment. *Journal of Applied Psychology* 1987;72(4):515-521.
96. Aderman M, Tecklenburg K. Effect of relaxation training on personal adjustment and perceptions of organizational climate. *Journal of Psychology* 1983;115(2):185-191.
97. Folkow B. Mental stress and its importance for cardiovascular disorders; physiological aspects, “from-mice-to-man”. *Scand Cardiovasc J* 2001;35(3):163-172.
98. Björntorp P. In: Ekman R, Arnetz B, editors. *Stress: molekylerna, individen, organisationen, samhället*; 2002.
99. Pollock KM. Exercise in treating depression: Broadening the psychotherapist’s role. *Journal of Clinical Psychology* 2001;57(11):1289-1300.
100. Martinsen EW. Fysisk aktivitet–medisin mot utbrenthet? In: Roness A, Matthiesen SB, editors. *Utbrent, Krevende jobber – gode liv?* Oslo: Fagbokforlaget; 2002.

101. Hassmen P, Koivula N, Uutela A. Physical exercise and psychological well-being: A population study in Finland. *Preventive Medicine* 2000;30(1):17-25.
102. Sinyor D, Brown T, Rostant L, Seraganian P. The role of a physical fitness program in the treatment of alcoholism. *J Stud Alcohol* 1982;43(3):380-386.
103. Sexton H, Maere A, Dahl NH. Exercise intensity and reduction in neurotic symptoms. A controlled follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1989;80(3):231-235.
104. Martinsen EW. Physical activity and depression: clinical experience. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;89(377, Suppl):23-27.
105. Babyak M, Blumenthal JA, Herman S, Khatri P, Doraiswamy M, Moore K, m.fl. Exercise treatment for major depression: Maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic Medicine* 2000;62(5): 633-638.
106. van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health* 2001;91(2):270-276.
107. Barkham M, Shapiro DA. Brief psychotherapeutic interventions for job-related distress: A pilot study of Prescriptive and Exploratory therapy. *Counselling Psychology Quarterly* 1990;3(2):133-147.
108. Meichenbaum D. *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press; 1985.
109. Ellis A, Neenan M, Dryden W. Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) and its application to group therapy. Essential rational emotive behaviour therapy. In: Dryden, Windy (Ed); Neenan, Michael (Ed). (2002). *Rational emotive behaviour group therapy*. London, England: Whurr Publishers, Ltd.; 2002. p. 30-54.
110. Carroll M, Walton M, editors. *Handbook of counselling in organizations*: (1997). x, 363pp.; 1997.
111. Åkerstedt T. *Sömnens betydelse för hälsa och arbete*. Järvsö: Bauer Bok; 2001.
112. Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S. Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health* 1998;24(3):197-205.
113. Bourbonnais R, Brisson C, Moisan J, Vezina M. Job strain and psychological distress in white-collar workers. *Scand J Work Environ Health* 1996;22(2):139-145.
114. Undén A-L. *Social support and health : methodology, relationship to work environment and to ischaemic heart disease [PhD]*. Stockholm: Karolinska institutet; 1991.
115. Zellars KL, Perrewé PL. Affective personality and the content of emotional social support: coping in organizations. *J Appl Psychol* 2001;86(3):459-467.
116. Hedin U-C. *Socialt stöd på arbetsplatsen vid sjukdom [PhD]*. Gothenburg: University of Gothenburg; 1994.

117. Long L, Huntley A, Ernst E. Which complementary and alternative therapies benefit which conditions? A survey of the opinions of 223 professional organizations. *Complementary therapies in medicine* 2001;9(178-185).
118. Stockholms läns landsting. Stockholmare och den komplementära medicinen. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting; 2001. Report No.: HSN 12/01.
119. Isaksson H, Larhammar D. *Läkartidningen* 2003;100(3):144-147.
120. Bränholm IB, Andersson M, Larsson M. Långtidssjukskrivning förändrar livet. *Läkartidningen* 1995;92(23):2421-2424.
121. Golembiewski R, Boudreau R, Munzenrider R, Luo H. *Global burnout: a world wide pandemic explored by the phase model*. Greenwich, CT: JAI Press; 1996.
122. Golembiewski R, Munzenrider R, Stevenson J. *Stress in organizations: towards a phase model of burnout*. New York: Praeger; 1986.
123. Golembiewski R, Munzenrider R. *Phases of burnout: developments in concepts and applications*. New York: Praeger; 1988.
124. Theorell T, Emdad R, Arnetz B, Weingarten A-M. Employee effects of an educational program for managers at an insurance company. *Psychosomatic Medicine* 2001;63(5):724-733.
125. Jackson SE. Participation in decision making as a strategy for reducing job related strain. *Journal of Applied Psychology* 1983;68:3-19.
126. Ivancevich J, Matteson M. *Stress at work: a managerial perspective*. Glenview, IL: Scott, Foresman and Company; 1980.
127. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1996;1(1):27-41.
128. de Gier E. Occupational welfare in the European community: Past, present and future. In: Murphy LW, Hurrell JJ, Jr., Sauter SL, Keita G, editors. *Job stress interventions*. Washington, DC: American Psychological Association; 1995. p. 405-416.
129. Kompier MAJ, Geurts SAE, Gruendemann RWM, Vink P, Smulders PGW. Cases in stress prevention: The success of a participative and stepwise approach. *Stress Medicine* 1998;14(3):155-168.
130. Frese M, Zapf D. Methodological issues in the study of work stress: objective vs. subjective measurement of work stress and the question of longitudinal studies. In: Cooper CL, Payne R, editors. *Causes, coping and consequences of stress at work*. New York: Wiley; 1988.
131. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001.
132. Ladou J, Tennenhouse D, Feitshans I. Codes of ethics (conduct). *Occupational Medicine: State of the Art Reviews* 2002;17(4):559-585.
133. Nilstun T, Ohlson C-G, Westerholm P. Yrkesetisk kod för FHV personal. *Arbete-människa-miljö* 1995(4/1995):303-305.

