

Aleksander Perski, docent i medicinsk psykologi (aleksander.perski@ipm.ki.se)

Giorgio Grossi, fil dr i psykologi; båda vid Stiftelsen Stressmottagningen, Institutet för psykosocial medicin, Stockholm

Behandling av långtidssjukskrivna patienter med stressdiagnoser

Resultat från en interventionsstudie

II Under de senaste åren har långtidssjukskrivningarna ökat markant i Sverige, och ca 60 procent av de arbetsrelaterade sjukdomarna orsakas av stress och för stor arbetsbelastning [1-4]. Reaktion på svår stress, depression, utmattning och utbrändhet ingår bland de sju vanligaste diagnosgrupperna hos sjukskrivna privatanställda tjänstemän [5].

Utbrändhet har definierats som ett syndrom av emotionell utmattning, cynism och försämrad prestation och anses förekomma främst bland människor i människovårdande yrken. Emotionell utmattning anses vara syndromets kärna [6, 7]. Kliniska observationer ger vid handen att merparten av de stressrelaterade diagnoserna har en överlappande symptomatologi med emotionell, fysisk och kognitiv utmattning som centralt tema [8]. Studier har visat att interventioner mot stress har gynnsamma effekter vad gäller psykiskt välbefinnande, arbetstillfredsställelse och, i viss mån, förkortad sjukskrivning [9-11]. Det råder stor brist på randomiserade interventionsstudier bland långtidssjukskrivna patienter med stressrelaterade diagnoser. Syftet med föreliggande studie var därför att kartlägga sjukdomsbilden hos långtidssjukskrivna personer med stressrelaterade diagnoser samt utvärdera effekterna av en behandlingsmodell för denna grupp.

II Metod

Till studien rekryterades 93 deltagare med ITP-försäkring i försäkringsbolaget Alecta. Patienterna hade varit sjukskrivna med stressrelaterade diagnoser i mer än 90 dagar. Efter bedömningssamtal med läkare och psykolog föll 13 patienter bort, främst på grund av behov av annan vård. Bortfallet och studiesamplet var jämförbara.

Studien baseras således på 80 patienter (Tabell I). Deras medelålder var 46±9 år, och 74 procent var kvinnor. Majoriteten (71 procent) var gifta eller sammanboende, och knappt hälften (42 procent) hade utbildning på högskolenivå. Det stora flertalet (86 procent) hade varit sjukskrivna i över nittio dagar under de tolv månader som föregick studien. Patienternas diagnoser enligt intyg från sjukskrivande läkare var uteslutande psykiatriska: krisreaktion (F43), utbrändhet (Z73), depressiv episod (F32), depression (F33), ångest (F41). Vi genomförde bedömningssamtal enligt DSM-IV-diagnoskriterier [12]. Enligt dessa bedömningar hade majoriteten av

Sammanfattat



Studien syftade till att kartlägga symtombilden och utvärdera ett sex månaders behandlingsprogram bland 80 långtidssjukskrivna (medelålder 46±9 år; 74 procent kvinnor) med stressdiagnoser. Behandlingen innehöll medicinska, paramedicinska och psykologiska interventioner samt stöd för återgång till arbete. Utvärderingen skedde med skriftliga enkäter.

Trötthet, sömnsvårigheter, kognitiva och vegetativa besvär rapporterades av nära 100 procent av patienterna, medan depressiva symtom rapporterades av ca 60 procent.

Behandlingsprogrammet hade gynnsamma effekter i form av minskade symtom och ökad sysselsättningsfrekvens.

Stressdiagnosernas symtombild är allvarlig och tyder på utmattning till följd av utebliven återhämtning.

Patienter med stressrelaterade diagnoser bör systematiskt erbjudas behandlings- och rehabiliteringshjälp.

Stressrelaterad ohälsa

Gästredaktör: Sten Iwarson

Se även artiklar i nr 12 och 13 2004 och på sidan 1292 i detta nummer.

patienterna reagerat med maladaptiv stressreaktion (89 procent), utan (50 procent) eller med (39 procent) depression/

Tabell I. Sociodemografiska data för hela gruppen Alecta-patienter (n=80).

	Alla (n=80)	Behandling (n=40)	Väntelista (n=40)
Ålder, år (m ± SD)	46 ± 9	47 ± 9	45 ± 9
<i>Kön</i>			
Kvinnor	59 (74 %)	28 (70 %)	31 (78 %)
Män	21 (26 %)	12 (30 %)	9 (22 %)
<i>Civilstånd</i>			
Ogift	16 (20 %)	9 (23 %)	7 (18 %)
Gift/sambo	57 (71 %)	25 (63 %)	32 (80 %)
Skild	6 (8 %)	5 (12 %)	1 (2 %)
Änka	1 (1 %)	1 (2 %)	0
<i>Utbildning</i>			
Grundskola	8 (10 %)	5 (12 %)	3 (8 %)
Gymnasium	38 (48 %)	16 (40 %)	22 (55 %)
Högskola	34 (42 %)	19 (48 %)	15 (37 %)
<i>Medianinkomst (kr/månad)</i>	23 000	22 200	24 000
<i>Sjukskrivning < 90 dagar</i>	11 (14 %)	4 (10 %)	7 (18 %)
<i>> 90 dagar</i>	69 (86 %)	36 (90 %)	33 (82 %)

Tabell II. Patienternas diagnoser (n=80).

DSM-IV-diagnos	Antal (procent)
Maladaptiv stressreaktion	40 (50)
Maladaptiv stressreaktion – som övergått till depression	20 (25)
– som övergått till ångest/fobi	7 (9)
– som övergått till depression/ångest/fobi	4 (5)
Egentlig depression	8 (10)
Panikångestsyndrom	1 (1)

Tabell III. Patienternas självskattade symtom (n=80).

Typ av symtom	Antal (procent)
Trötthet	80 (100)
Sömnbesvär	80 (100)
Kognitiva besvär	79 (99)
Vegetativa besvär	78 (98)
Muskelvärk	75 (94)
Huvudvärk	66 (83)
Annan värk, ömhet	51 (64)
Hud-, slemhinnebesvär	47 (59)
CPRS-S-A-Depression	48 (60)
CPRS-S-A-Ångest	43 (54)
CPRS-S-A-Borderline	24 (30)
CPRS-S-A-Tvångsmässighet	27 (34)

Tabell IV. Patienternas sysselsättningsgrad före behandling och vid uppföljning (n=80).

Sysselsättning	Före terapi	Efter terapi	Vid uppföljning
Sjukskriven 100 %	65 (81 %)	54 (67 %)*	24 (30 %)**
Sjukskriven 75 %	3 (4 %)	3 (4 %)	8 (10 %)
Sjukskriven 50 %	7 (8 %)	4 (5 %)	12 (15 %)
Sjukskriven 25 %	3 (4 %)	3 (4 %)	8 (10 %)
Arbetar heltid	2 (3 %)	3 (4 %)	3 (4 %)
Arbetsstråning	0	12 (13 %)**	18 (22 %)**
Arbetslös	0	1 (1 %)	0
Sjukbidrag	0	0	3 (4 %)
Förtidspension	0	0	4 (5 %)*
Antal sysselsatta	15 (19 %)	26 (33 %)**	49 (61 %)**

* P<0,05; ** P<0,01; *** P<0,001

ångeststillstånd som följd. Bara nio patienter (11 procent) hade egentlig depression eller ångest som huvuddiagnos. Våra DSM-IV-diagnoser stämde väl med de sjukskrivande läkarnas huvuddiagnoser (Tabell II). Komorbid personlighetsstörning utan närmare specifikation och tidigare psykiatriska/psykologiska problem förekom hos nio (11 procent) respektive 27 patienter (34 procent).

Studiens design var experimentell. Efter genomgångna läkar- och psykologbedömningar randomiserades patienterna till behandlings- (n=40) respektive vänteliste-grupp (n=40). Behandlingen pågick i 6 månader. Efter 6 månaders väntan behandlades även vänteliste-gruppen i 6 månader. Båda grupperna följdes upp sex månader efter avslutad behandling. Behandlingens effektivitet utvärderades med frågeformulär. Mätningarna genomfördes före och efter behandling samt vid 6 månaders uppföljning.

Enkäten innehöll frågor om bakgrundsvariabler såsom ålder, kön, civilstånd, utbildning, yrke, inkomst och sjukskrivning under föregående 12 månader. Formuläret CPRS-S-A [13] användes för att mäta patienternas grad av depression, ångest och tvångsmässighet före behandling. I denna studie användes en utökad version av CPRS-S-A, som också mäter borderline-symtom, utmattning och skam. Borderline-subskalan mäter sådana variabler som känsla av övergivenhet, tomhetskänslor, självbild och närvarokänsla. Instrumentet består av 31 frågor som besvaras på en 7-gradig skala från 0 (frånvaro av symtom) till 3 (mycket intensiv närvaro av symtom).

Utbrändhet mättes med Shirom–Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) [14-16]. SMBQ bygger på konceptualiseringen av utbrändhet som ett utmattningstillstånd relaterat till långvarig stress (Shirom, 1989). Instrumentet består av 22 frågor graderade från 1 (nästan aldrig) till 7 (nästan alltid). Medelpoäng för subskalorna Burnout, Håglöshet, Spändhet och Mental trötthet beräknades, liksom det totala indexet SMBQ-global.

The Maastricht Questionnaire användes för att mäta livsutmattning (vital exhaustion [17]), ett tillstånd av energilöshet och ökad irritabilitet och nedstämdhet. Detta instrument består av 21 frågor rörande förekomst av symtom och besvaras enligt 3-gradiga svarsalternativ (Ja = 2; Vet ej = 1; Nej = 0). En summapoäng för livsutmattning beräknades för varje patient.

Sömnstörningar mättes med Karolinska Sleep Questionnaire (KSQ) [18, 19]. Detta frågeformulär innehåller 13 frågor om sömn och sömnhet, vilka besvaras enligt en 5-gradig skala från 1 (aldrig/mycket bra) till 5 (alltid/mycket dåligt). Medelpoäng för subskalorna sömnkvalitet, uppvaknande och trötthet beräknades. Höga poäng för dessa index indikerar en låg sömnkvalitet, känslan av att inte vara utvilad på morgonen samt förekomst av trötthet under dagen.

Under de första 6 veckorna behandlades patienterna med stresshantering baserad på kognitiv beteendeterapi samt i sjukgymnastisk grupp med avslappningsövningar (qigong och taijiquan). Gruppbehandlingen fortsatte under de påföljande 4,5 månaderna men utvidgades till att inkludera individuella åtgärder utifrån den enskilda patientens behov, problem och önskemål. Dessa åtgärder kunde syfta till att direkt balansera patientens fysiologiska system (optimal medicinsk behandling, kinesisk akupunktur) till att modifiera dysfunktionella tankemönster (korttids kognitiv psykoterapi), vara av jagsstödjande karaktär (korttids psykodynamisk psykoterapi) eller vara av socioterapeutisk art (stärka patienten i dennes arbets- eller sociala liv). En uppföljningsträff i grupp hölls 6 månader efter avslutad behandling. Vårt syfte var att uppnå maximal effektivitet i behandlingsresultat genom att skrädarsy behandlingar som var avpassade efter den enskildes

problem, behov och önskemål. Vi har också särskilt uppmärksammat återgång till arbete/sysselsättning med hjälp av rehabiliteringsspecialist.

Skillnader mellan grupper analyserades med χ^2 test och variansanalys (ANOVA). Förändringar mellan grupper över tid analyserades med ANOVA för upprepade mätningar. Parade ensvansade t-testningar och Wilcoxon signed-rank test användes för att analysera förändringar inom grupper över tid. En alfanivå på 0,05 uppsattes för samtliga analyser.

II Resultat

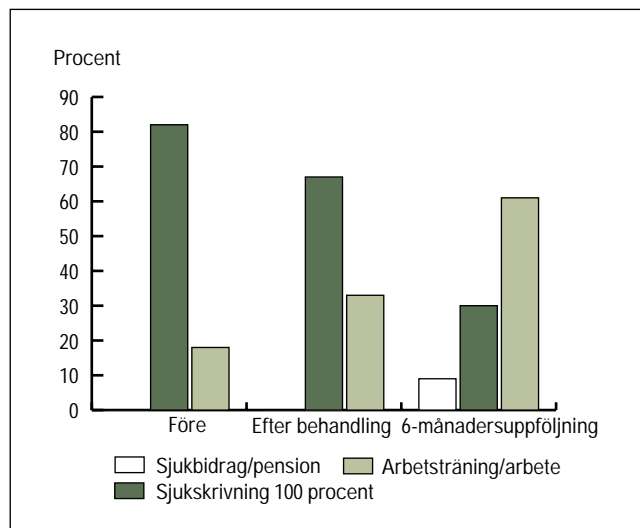
Symtom. I Tabell III visas de symtom som patienterna rapporterade i sina enkätsvar före behandlingens start. Samtliga rapporterade problem med trötthet och sömn. Så gott som samtliga (83–99 procent) hade också kognitiva besvär, muskel- och huvudvärk samt vegetativa besvär. Enligt patienternas egna utsagor var sjukdomen orsakad av arbetsrelaterad stress i 55 procent av fallen, av både arbets- och hemstress hos 31 procent och av hemstress i bara 4 procent av fallen. Tio procent menade att orsaken var oklar.

Före behandlingen var grupperna jämförbara vad gäller poäng för samtliga mätvariabler. En genomgång av intervjuer genomförda bland patienterna i väntelistegruppen visade att endast elva av dessa inte tagit del av någon form av behandling under de sex månaderna. Majoriteten, dvs 29 vänteliste-patienter, hade under denna period deltagit i behandlingar utanför Stressmottagningen. De externa behandlingarna omfattade, förutom antidepressiv medicinering, psykoterapi, stresshantering, akupunktur, akupressur, Rosenmetoden, Feldenkreismetoden, qigong, avslappning, healing och Tomatisterapi. I analyserna indelades patienterna i tre grupper: behandling vid Stressmottagningen (Behandling; n=40), väntelista + extern behandling (Väntelista + EB; n=29) och väntelista ej extern behandling (Väntelista ej EB; n=11).

Behandlingens totala resultat. Parade t-testningar (ensvansade) visade att hela patientgruppen förbättrades efter behandling med avseende på SMBQ-variablerna Burnout ($P<0,0001$), Spändhet ($P<0,01$), Mental trötthet ($P<0,01$), det globala SMBQ-indexet ($P<0,0001$), Livsutmattning ($P<0,0001$), KSQ-Sömnkvalitet ($P<0,05$) och KSQ-Uppvaknande ($P<0,0001$). Före behandlingen hade 94 procent av patienterna globala SMBQ-poäng lika med eller över gränsvärdet 3,75. Denna andel hade minskat signifikant till 75 procent efter avslutad behandling och till 71 procent vid uppföljningen. Vid uppföljningen hade samtliga förbättringar utom de i KSQ-subskalan Sömnkvalitet behållits.

Behandlingsgruppen. Parade t-testningar (ensvansade) visade att behandlingsgruppen förbättrades efter behandling med avseende på SMBQ-variablerna Burnout ($P<0,0001$), Spändhet ($P<0,01$), Mental trötthet ($P<0,01$), det globala SMBQ-indexet ($P<0,0001$), Livsutmattning ($P<0,001$), Sömnkvalitet ($P<0,05$), Uppvaknande ($P<0,0001$) och Trötthet ($P<0,01$). Ytterligare förbättringar i Livsutmattning och i SMBQ-skalorna kunde ses vid uppföljning, då även poäng för SMBQ-Häglöshet minskat signifikant jämfört med före behandlingen (alla $P<0,0001$). Poäng för Sömnkvalitet och Uppvaknande tenderade att öka mellan avslutad behandling och uppföljning (Sömnkvalitet ej signifikant; Uppvaknande $P<0,05$). Poängen för Sömnkvalitet var jämförbara med före behandlingen, medan de för Uppvaknande ($P<0,05$) och Trötthet ($P<0,0001$) minskat signifikant.

Väntelistegruppen med externa behandlingar. Parade t-testningar visade att gruppen Väntelista + EB förbättrades vad gäller SMBQ-Burnout ($P<0,05$), SMBQ-Global ($P<0,05$),



Figur 1. Patienternas arbetssituation före och efter behandling samt vid 6-månadersuppföljningen.

Livsutmattning ($P<0,01$), KSQ-Uppvaknande ($P<0,01$) och KSQ-Trötthet ($P<0,05$).

Väntelistegruppen utan externa behandlingar. De vänteliste-patienter som inte tagit del av extern behandling förbättrades enbart med avseende på SMBQ-skalen Häglöshet ($P<0,05$).

Behandling kontra väntelista. Baserat på indelningsgrunden ovan kunde överlägsenhet av behandling gentemot väntelista utan extern behandling demonstreras vad gäller SMBQ-subskalan Burnout (interaktionseffekt av ANOVA $P<0,05$). Vad gäller SMBQ-subskalan Spändhet visade ANOVA en signifikant gruppeffekt ($P<0,05$), vilket tyder på att väntelistegruppen som ej tagit del av externa behandlingar behöll sina höga poäng för denna skala över mättillfällena.

Förändringar i sysselsättningsgrad. En utvärdering gjordes av samtliga patienters sysselsättningsgrad sex månader efter avslutad behandling. Som framgår av Tabell IV och av Figur 1 minskade heltidssjukskrivningarna signifikant över mätperioden. Andelen deltagare som påbörjade arbetsträning eller förtidspensionerades ökade också signifikant. Sjukskrivning av mindre omfattning än 100 procent tenderade att öka, men inte signifikant. Andelen heltidsarbetande förblev opåverkad. Sammantaget ökade andelen sysselsatta patienter från 19 till 61 procent. Ökningen var signifikant. Under väntetiden skedde ingen spontan ökning av sysselsättningen inom väntelistegruppen.

Prediktorer för fortsatt sjukskrivning. Sociodemografiska och hälsorelaterade faktorer betydelse för graden av sysselsättning 6 månader efter avslutad behandling analyserades med logistisk regressionsanalys. Graden av utbrändhet före behandlingens start var den enda variabel som predicerade sysselsättning ett halvår efter avslutad behandling ($P<0,01$). Resultatet tyder på att höga initiala nivåer av utbrändhet minskar chansen att erhålla sysselsättning 6 månader efter avslutad program. De övriga variablerna var inte signifikant relaterade till sysselsättningsgrad.

II Diskussion

Syftet med föreliggande studie var att kartlägga sjukdomsbilden hos långtidssjukskrivna personer med stressrelaterade

diagnoser samt utvärdera effektiviteten av ett multifaktoriskt behandlingsprogram för denna grupp.

Patienterna presenterade en allvarlig sjukdomsbild. De symtom som återfanns hos samtliga var långvarig trötthet och sömnsvårigheter. Kognitiva besvär, sämre minne, minskad koncentrationsförmåga, överkänslighet för sinnesintryck, ökad stresskänslighet och en rad vegetativa symtom förekom hos så gott som samtliga, medan depressiva symtom förekom i mindre utsträckning, dvs hos 60 procent av deltagarna. Detta tyder på att stressjukdomarnas centrala komponent är utmattning. Symtombilden stämmer väl överens med den föreslagna diagnosen utmattningssyndrom [20].

Utvärderingen av behandlingsprogrammet försvårades, då 29 av de 40 patienterna i väntelistegruppen på egen hand skaffat sig en omfattande professionell hjälp som medfört förbättringar i hälsostatus – om än inte i arbetsåtergång. Med dessa 29 patienter som kontrollgrupp kunde vi inte demonstrera någon fördel av vår behandling. De 11 patienter i väntelistegruppen som inte skaffat sig hjälp – bortsett från sjukskrivning och eventuellt antidepressiva mediciner – förbättrades dock endast marginellt. Jämfört med deras betingelse var behandlingen vid Stressmottagningen överlägsen vad gäller poäng för utbrändhet. Det bör också påpekas att ingen i väntelistegruppen spontant har återgått till arbete. Dessa resultat tyder på att passiv sjukskrivning, eventuellt i kombination med antidepressiv medicinering, inte är tillräckligt verk samma behandlingsinsatser för denna typ av patienter.

Trots designens begränsningar kan behandlingsprogrammet betraktas som framgångsrikt. Majoriteten av patienterna förbättrades signifikant i alla uppmätta variabler. Ett halvt år efter avslutad behandling var 61 procent av patienterna åter i arbete, i arbetsträning eller planerade för arbetsträning. Vid behandlingens början var den andelen 19 procent. Nio procent fick så småningom sjukbidrag eller blev sjukpensionerade. Hög ålder var den viktigaste prediktorn för sjukpensionering. Tjugofyra patienter (30 procent) var fortfarande heltidssjukskrivna ett halvt år efter avslutad behandling. Graden av utbrändhet vid behandlingens början och slut var den starkaste prediktorn för fortsatt heltidssjukskrivning.

Vår tolkning är att de mest drabbade patienterna behöver längre tid för att komma tillbaka till ett aktivt arbetsliv än vår uppföljningstid på sex månader. Vi anser att en del av vår framgång vad gäller återgång till arbete beror på det systematiska stödet från vår rehabiliteringskonsult, som deltagit i planering och förhandlingar med arbetsgivarna och försäkringskassan.

Resultaten tyder också på att behandlingen för stressrelaterade diagnoser inte behöver vara kostsam. Vi har lyckats påverka hälsa, livskvalitet och arbetsstatus i positiv riktning med relativt blygsamma medel, dvs ca 45 000 kr/patient. Denna kostnad motsvarade 1,5 månader av heltidssjukskrivning i denna patientgrupp.

Resultaten från denna studie pekar på att systematisk behandlings- och rehabiliteringshjälp bör erbjudas till patienter med stressrelaterade diagnoser. Det är högst anmärkningsvärt att detta inte sker, trots att dessa diagnoser utgör en stor del av dagens sjukdomspanorama och att larvet kring ökande sjukskrivningar har genljudit mer än fem år tillbaka. Med tanke på problemets omfattning är det också anmärkningsvärt att denna studie är den första i sitt slag.

*

Studien har genomförts med stöd från försäkringsbolaget Alecta – Hälsa och Välfärd.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Arbetsmiljöverket. Stressrelaterade sjukdomar. Korta arbetsskade-fakta nr 12, 1999.
2. Arbetsmiljöverket. Organisatoriska och sociala faktorer. Korta sif-fertakta nr 4, 2002.
3. Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån. Negativ stress och ohälsa – Inverkan av höga krav, låg egenkontroll och bristande so-cialt stöd i arbetet. Rapport 2001:2.
4. Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån. Arbetsorsakade be-svär 2003. Rapport 2003.
5. Alecta. Hälsobarometern – Första kvartalet 2003.
6. Maslach C, Schaufeli W. Historical and conceptual development of burnout. In: Schaufeli W, Maslach C, Marek T, editors. Professional burnout: Recent developments in theory and research. London: Taylor and Francis; 1993. p. 1-18.
7. Shirom A. Burnout in work organisations. In: Cooper CL, Robertson I, editors. International review of industrial and organizational psychology. New York: John Wiley and sons; 1989. p. 25-48.
8. Perski A. Ur balans. Stockholm: Bonnier Fakta; 2002.
9. Van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. The benefits of interventions for work-related stress. Am J Public Health 2001;91:270-6.
10. Michie S, Williams S. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. Occup Environ Med 2003;60:3-9.
11. Edwards D, Burnard P, Owen M, Hannigan B, Fothergill A, Coyle D. A systematic review of the effectiveness of stress-management interventions for mental health professionals. J Psychiat Ment Health Nurs 2003;10:370-1.
12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. (DSM-IV). American Psychiatric Association; 2000.
13. Svanberg P, Åsberg M. A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. Acta Psychiatr Scand 1994;89:21-8.
14. Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for car-diovascular diseases. Behav Med 1992;18:53-60.
15. Melamed S, Ugarten U, Shirom A, Kahana L, Lerman Y, Froom P. Chronic burnout, somatic arousal and elevated cortisol levels. J Psychosom Res 1999;6:591-8.
16. Shirom A, Westman M, Shamai O, Carel RS. The effects of work overload and burnout on cholesterol and triglyceride levels: the moderating effects of emotional reactivity among male and female employees. J Occup Health Psychol 1997;2:275-88.
17. Appels A, Höppener P, Mulder P. A questionnaire to assess pre-montory symptoms of myocardial infarction. Int J Cardiol 1987;17:15-24.
18. Ingre M, Söderström M, Kecklund G, Åkerstedt T, Kecklund L. Lokförarens arbetssituation med fokus på arbetstider, sömn, stress och säkerhet. Stressforskningsrapporter, nr 292, 2000.
19. Kecklund G, Åkerstedt T. Psychometric properties of the Karolinska Sleep questionnaire. J Sleep Res 1992;1, suppl 1:113.
20. Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa. Rapport ISBN 91-7201-786-4. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.



= artikeln är referentgranskad