

Behandling av utmattningssyndrom

Sammanfattning av resultat

ALEKSANDER PERSKI, GIORGIO GROSSI OCH BEHANDLINGSTEAMET,
STIFTELSEN STRESSMOTTAGNINGEN OCH INSTITUTET FÖR PSYKOSOCIAL MEDICIN/KI I SAMARBETE MED ALECTA



Syftet med studien var att kartlägga sjukdomsbilden hos långtidssjukskrivna personer med stressrelaterade diagnoser samt utvärdera en systematisk behandlingsmodell för denna sjukdomsgrupp (Perski 2002).

DELTAGARE

Till studien rekryterades nittiotre deltagare med ITP försäkring i försäkringsbolaget Alecta, som varit sjukskrivna med stressrelaterade diagnoser i mer än 90 dagar. Efter bedömningssamtal med läkare och psykolog föll 13 patienter bort, främst p g a behov av annan vård. Bortfallspatienterna tenderade oftare att vara män jämfört med studiesamplet, dock ej signifikant. I övriga variabler var bortfallet och studiesamplet jämförbara. Studien baseras således på 80 patienter som var sjukskrivna med stressrelaterad diagnos

(Tabell 1). Patienternas medelålder var 46 ± 9 år och 74% var kvinnor. Majoriteten (71%) var gifta eller sammanboende och knappt hälften (42%) hade utbildning på högskolenivå. Det stora flertalet (86%) hade varit sjukskrivna i över nittio dagar under de tolv månader som föregick studiens början.

Enligt egna bedömningar tyckte 55 % att deras sjukdom orsakats av arbetsstress, 31 % av både arbets- och hemstress och bara 4 % av hemstress. 10 % tyckte att orsaken var oklar.

	Alla (n = 80)	Behandling (n = 40)	Väntelista (n = 40)
ÅLDER (m ± SD)	46 ± 9	47 ± 9	45 ± 9
KÖN			
Kvinna	59 (74%)	28 (70%)	31 (78%)
CIVILSTÅND			
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
UTBILDNING			
Grundskola	8 (10%)	5 (12%)	3 (8%)
Gymnasium	38 (48%)	16 (40%)	22 (55%)
Högskola	34 (42%)	19 (48%)	15 (37%)
INKOMST (kr/månad)			
Median och spridning	23000:- 10074-69000	22200:- 13900-69000	24000:- 10074-45000
SJUOKSKRIVNING			
8-30 dgr	1 (1%)	1 (2%)	0
31-90 dgr	10 (13%)	3 (8%)	7 (18%)
> 90 dgr	69 (86%)	36 (90%)	33 (82%)

Tabell 1. Sociodemografiska data för Alecta patienter (n = 80)

DIAGNOSER

Patienternas diagnoser enligt intyg från sjukskrivande läkare tillhörde uteslutande psykiatriska diagnoser: krisreaktion (F43), utbrändhet (Z73), depressiv episod (F32), depression (F33), ångest (F41).

Vi genomförde bedömningssamtal med DSM diagnoskriterier. Enligt dessa bedömningar hade majoriteten av patienter reagerat med maladaptiv stressreaktion (88.75%), utan (50%) eller med depression/ångest (38.75%) tillstånd som följd. Bara 9 patienter (11.25%) hade egentlig depression eller ångest som huvuddiagnos. Våra DSM diagnoser stämde väldigt väl med de sjukskrivande läkarnas huvuddiagnoser.

DSM DIAGNOS	ANTAL (%)
Maladaptiv stressreaktion	40 patienter (50%)
Maladaptiv stressreaktion -som övergått till depression	20 patienter (25%)
-som övergått till ångest/fobi	7 patienter (8.75%)
-som övergått till depression/ångest/fobi	4 patienter (5%)
Egentlig depression	8 patienter (10%)
Panikångest	1 patient (1.25%)
Ovan med personlighetsstörning	9 patienter (11.25%)
Ovan med tidigare psykiatriska/psykologiska problem	27 patienter (33.75%)

Tabell 2. Patienternas diagnoser (n = 80)

SYMPTOM

I Tabell 3 visas de symptom som patienterna rapporterade i sina enkätsvar. Som framgår av tabellen rapporterade samtliga problem med trötthet och sömn. Så gott som samtliga (83 % - 99%) hade också kognitiva besvär, muskel- och huvudvärk, samt vegetativa besvär.

TYP AV SYMPTOM	ANTAL %
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%)
Depressiva#	48 (60%)
Hud-, slemhinnebesvär	47 (59%)
Ångest#	43 (54%)
Tvångsmässighet# # enligt MADRAS	27 (34%)

Tabell 3. Patienternas självskattade symptom (n = 80)

DESIGN

Studiens design är experimentell. Efter genomgångna läkar- och psykologbedömningar randomiserades patienterna till behandlings- (n = 40) resp. vänteliste-grupp (n = 40). Behandlingens effektivitet utvärderades med enkäter, dagböcker och fysiologiska mätningar (4 blodtrycksmätningar och 7 salivcortisolmätningar under 24 timmar). Mätningarna genomfördes före och efter behandling, samt vid sexmånaders uppföljning. I föreliggande rapport redovisas resultat från enkät-mätningarna.

MÄTINSTRUMENT

Enkäten innehöll frågor om bakgrundsvariabler såsom ålder, kön, civilstånd, utbildning, yrke, inkomst och sjukskrivning under föregående 12 månader.

Montgomery - Åsberg Depression Rating Scale (MADSR; Montgomery & Åsberg, 1979) användes för att mäta patienternas grad av depression, ångest, tvångsmässighet och borderlineproblematik före behandling. Instrumentet består av 31 frågor som besvaras på en sjugradig skala från 0 (frånvaro av symptom) och 3 (mycket intensiv närvaro av symptom).

Utbrändhet mättes med Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ; Melamed, Kushnir & Shirom, 1992; Melamed et al., 1999; Shirom et al., 1997). SMBQ bygger på konceptualiseringen av utbrändhet såsom 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; Appels, Höppener & Mulder, 1987), ett tillstånd av energilöshet och ökad irritabilitet och nedstämdhet. Detta instrument består av 21 frågor rörande förekomst av symptom och besvaras enligt tregradiga svarsalternativ (Ja = 2; Vet ej = 1; Nej = 0). En summapoäng för Livsutmattning beräknades för varje patient. Sömnstörningar mättes med Karolinska Sleep Questionnaire (KSQ; Ingre et al., 2000; Kecklund & Åkerstedt, 1992). Detta frågeformulär innehåller 13 frågor om sömn och sömnighet vilka besvaras enligt en femgradig 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 förekomsten av trötthet under dagen.

BEHANDLING

Under de första sex veckorna behandlades patienterna med stresshantering baserad på kognitiv beteendeterapi samt sjukgymnas

VARIABEL OCH GRUPP	FÖRE	EFTER	UPPFÖLJNING
SMBQ-Burnout			
Behandling	5.41±1.12	4.71±1.33***	4.42±1.55***
Väntelista + EB	5.32±1.10	4.89±1.39*	
Väntelista ej EB	5.36±1.30	5.40±1.16	
SMBQ-Håglöshet			
Behandling	5.28±1.14	4.90±1.28	4.66±1.37***
Väntelista + EB	5.13±1.19	4.60±1.80	
Väntelista ej EB	5.55±.97	4.60±1.57*	
SMBQ-Spändhet			
Behandling	5.12±1.08	4.44±1.02**	4.21±1.31***
Väntelista + EB	5.02±1.11	4.80±1.24	
Väntelista ej EB	5.55±1.07	5.27±1.04	
SMBQ-Mental trötthet			
Behandling	5.28±1.19	4.72±1.45**	4.27±1.70***
Väntelista + EB	4.92±1.31	4.51±1.67	
Väntelista ej EB	5.08±.85	5.12±1.48	
SMBQ-Global			
Behandling	5.31±.92	4.71±1.11***	4.38±1.35***
Väntelista + EB	5.15±.89	4.76±1.29*	
Väntelista ej EB	5.37±.85	5.02±1.02	
Livsutmattning			
Behandling	34.08±7.81	28.16±9.01**	24.08±10.59***
Väntelista + EB	33.29±7.02	27.25±9.45**	
Väntelista ej EB	35.00±6.33	32.50±6.65	
KSQ - Sömnkvalitet			
Behandling	3.33±.82	3.10±.81*	3.16±.88
Väntelista + EB	3.41±1.07	3.29±1.07	
Väntelista ej EB	3.26±.93	3.33±.96	
KSQ - Uppvaknande			
Behandling	3.71±.68	3.24±.79***	3.31±.95*
Väntelista + EB	3.83±.76	3.54±.80**	
Väntelista ej EB	3.57±.89	3.30±.75	
KSQ - Trötthet			
Behandling	2.83±.71	2.54±.81**	2.41±.69***
Väntelista + EB	2.78±.91	2.50±.75*	
Väntelista ej EB	2.66±1.22	2.67±1.13	
SMBQ = Shirom-Melamed Burnout Questionnaire; KSQ = Karolinska Sleep Questionnaire * p<.05; ** p<.01; *** p<.001			

Tabell 4. Förändringar i självskattade mått för behandlingsgrupp (n = 40), vänteliste-grupp som tagit del av extern behandling (Väntelista + EB; n = 28) och vänteliste-grupp som ej tagit del av extern behandling (Väntelista ej EB; n = 11).

tisk grupp med avslappningsövningar (QiGong och Taijichuan). 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, japansk akupunktur), till att modifiera dysfunktionella tankemönster (korttids kognitiv psykoterapi), vara av jagstödande karaktär (korttids psykodynamisk psykoterapi) eller vara av socioterapeutisk art (stärka patienten i dennes arbets- eller sociala liv). En uppföljningsträff i grupp hölls sex månader efter avslutad behandling. Vårt syfte var således att uppnå en maximal effektivitet i behandlingsresultat genom att skraddarsy behandlingar som var avpassade efter den enskildes problem, behov och önskemål. Vi uppmärksammade också särskilt återgång till arbete/sysselsättning med hjälp av rehabiliterings-specialist.

STATISTISKA DATABEARBETNINGSMETODER

Skillnader mellan grupper analyserades med chi-två 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 .05 uppsattes för samtliga analyser.

RESULTAT

Innan behandlingen var grupperna jämförbara vad gäller poäng för samtliga mätvariabler. En genomgång av intervjuer genomförda bland patienterna i väntelistegruppen visade att endast 11 av dessa inte tagit del av någon form av behandling under de 6 månaderna av väntelistebehandling. Majoriteten, d v s 29 väntelistepatienter hade under denna period tagit del av behandlingar utanför Stressmottagningen. De externa behandlingarna omfattade, förutom antidepressiv medicinering, psykoterapi, stresshantering, akupunktur, akupressur, Rosenmetoden, Feldenkreis-metoden, QiGong, avslappning, healing och tomatis-terapi. I analyserna

(Tabell 4) 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).

BEHANDLINGSGRUPPEN

Parade t-testningar (ensvansade) visade att behandlingsgruppen förbättrades från före till efter behandling med avseende på SMBQ-variablerna Burnout (p<.0001), Spändhet (p<.01), Mental trötthet (p<.01), det globala SMBQ-indexet (p<.0001), Livsutmattning (p<.001), Sömnkvalitet (p<.05), Uppvaknande (p<.0001) och Trötthet (p<.01) (Tabell 4). Ytterligare förbättringar i Livsutmattning och i SMBQ-skalorna kunde ses vid uppföljning då även poäng för SMBQ-Håglöshet minskat signifikant jämfört med innan behandlingen (alla p<.0001). Poäng för Sömnkvalitet och Uppvaknande tenderade att öka mellan avslutad behandling och uppföljning (Sömnkvalitet ej sig; Uppvaknande p<.05) Poängen för Sömnkvalitet var jämförbara med innan behandlingen, medan de för Uppvaknande (p<.05) och Trötthet (p<.0001) minskat signifikant.

VÄNTELISTEGRUPPEN MED EXTERNA BEHANDLINGAR

Parade t-testningar visade att gruppen Väntelista + EB förbättrades vad gäller SMBQ-Burnout (p<.05), SMBQ-Global (p<.05), Livsutmattning (p<.01), KSQ-Uppvaknande (p<.01) och KSQ-Trötthet (p<.05) (Tabell 4).

VÄNTELISTEGRUPPEN UTAN EXTERNA BEHANDLINGAR

De väntelistepatienter som inte tagit del av extern behandling förbättrades enbart med avseende på SMBQ-skalan Håglöshet (p<.05) (Tabell 4).

BEHANDLING KONTRA VÄNTELISTA

Baserat på indelningsgrunden ovan kunde överlägsenhet av behandling gentemot väntelista utan extern behandling demonstreras

	FÖRE BEHANDLING	EFTER BEHANDLING	UPPFÖLJNING
SMBQ - Burnout	5.42±1.12	4.64±1.49***	4.42±1.55***
SMBQ - Håglöshet	5.29±1.16	4.83±1.44**	4.73±1.37***
SMBQ - Spändhet	5.20±1.06	4.50±1.12**	4.11±1.25***
SMBQ - Mental trötthet	5.25±1.22	4.50±1.58***	4.37±1.72***
SMBQ - Global	5.33±.90	4.62±1.25***	4.04±1.3***
Poäng ffl3.75 n (%)	75 (94%)	56 (75%)**	57 (71%)***
Livsutmattning	34.33±7.47	27.09±10.33***	24.58±10.60***
KSQ - Sömnkvalitet	3.27±.91	3.17±.82*	3.15±.83
KSQ - Uppvaknande	3.69±.72	3.30±.82***	3.13±.86***
KSQ - Trötthet	2.78±.88	2.58±.86**	2.58±.79
*p<.05; ** p<.01; *** p<.001			
Tabell 5. Förändringar i självskattade mått för den sammanslagna patientgruppen.			

SYSSELSÄTTNING	FÖRE BEHANDLING	EFTER BEHANDLING	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%)
Arbets träning	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	

Tabell 6. Patienternas sysselsättningsgrad före behandling och vid uppföljning (n = 80)

vad gäller SMBQ-subskalan Burnout (interaktionseffekt av ANOVA p<.05). Vad gäller SMBQ-subskalan Spändhet visade ANOVA en signifikant gruppeffekt (p<.05), vilket tyder på att väntelistgruppen som ej tagit del av externa behandlingar behöll sina höga poäng för denna skala över mättillfållen.

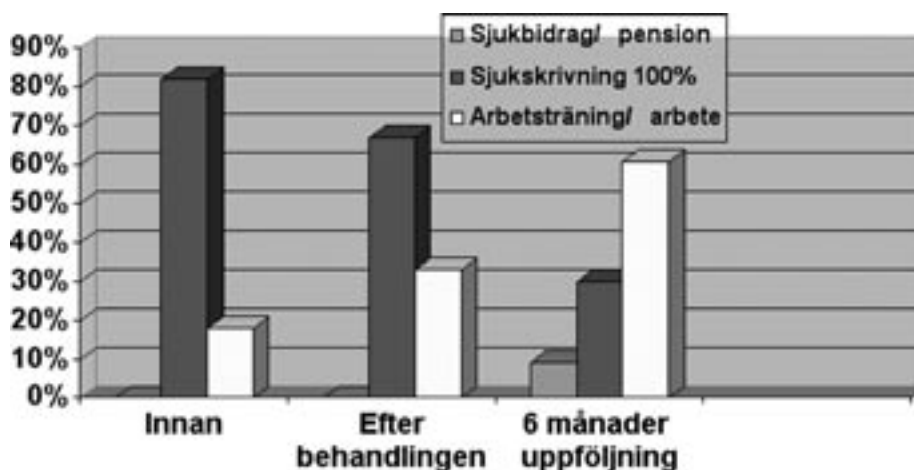
BEHANDLINGENS TOTALA RESULTAT

Tabell 5 beskriver förändringarna i hälsovariabler för den totala patientgruppen från före till efter behandling samt vid sex månaders uppföljning. Parade t-testningar (ensvansade) visade att hela patientgruppen förbättrades från före till efter behandling med avseende på SMBQ-variablerna Burnout (p<.0001), Spändhet (p<.01), Mental trötthet (p<.01), det globala SMBQ-indexet (p<.0001), Livsutmattning (p<.0001), KSQ-Sömnkvalitet (p<.05)

och KSQ- Uppvaknande (p<.0001). Innan behandlingen hade 94% av patienterna globala SMBQ-poäng lika med eller över gränsvärdet 3.75. Denna andel hade minskat signifikant till 75% efter avslutad behandling och till 71% vid uppföljningen. Vid uppföljningen hade samtliga förbättringar utom de i KSQ-subskalan Sömnkvalitet behållits.

FÖRÄNDRINGAR I SYSSELSÄTTNINGSGRAD

En utvärdering gjordes av samtliga patienters sysselsättningsgrad sex månader efter avslutad behandling. Som framgår av Tabell 6 minskade heltidssjukskrivningarna signifikant över mätperioden. Andelen deltagare som påbörjade arbets träning eller förtidspensionerade sig ökade också signifikant. Sjukskrivning av mindre omfattning än 100% tenderade att öka, dock ej signifikant. Andelen



Arbets situation vid behandlingens början, slut och vid 6 månaders uppföljning

heltidsarbetande förblev opåverkad. Sammantaget ökade andelen sysselsatta patienter från 19% till 61%. Ökningen var signifikant.

PREDIKTORER AV FORTSATT SJUKSKRIVNING

I det följande analyseras betydelsen av sociodemografiska och hälsorelaterade faktorer för graden av sysselsättning 6 månader efter avslutad behandling. Som visas i Tabell 6, var graden av

utbrändhet innan behandlingens start den enda variabel som predicerade sysselsättning ett halvår efter avslutad behandling. Resultatet betyder att höga initiala nivåer av utbrändhet minskar chansen att erhålla sysselsättning sex månader efter avslutad program. Utbrändhetspoängen 6 månader efter behandling tenderade att bidra till prediktionen av sysselsättning, dock ej signifikant ($p < .08$). De övriga variablerna var inte relaterade till sysselsättningsgrad.

	STD.BETA
Ålder	-.09
Kön	.12
Civilstånd	.09
Utbildning	-.12
Inkomst	.07
Sysselsättning före behandling (Ja/Nej)	-.05
Utbrändhetspoäng före behandling	-.44**
Utbrändhetspoäng 6 månader efter behandling	-.21
** $p < .01$	
Tabell 7. Prediktorer av sysselsättning vid uppföljning	

SLUTSATSER

1. De stressrelaterade diagnoserna presenterar ett allvarligt sjukdomspanorama. De gemensamma symptomen som de flesta patienterna uppvisade var trötthet och oförmåga att mobilisera energi, bestående sömnsvårigheter, allvarliga kognitiva problem (minne, koncentration, överkänslighet för sinnesintryck, stresskänslighet) och en rad vegetativa symtom. Symptombilden stämmer väl överens med den föreslagna diagnosen "utmattningssyndrom".

2. Diagnoserna som sjukskrivande läkare ställde överensstämmer väl med våra bedömningar - krisreaktioner är krisreaktioner, egentlig depression diagnosticeras oftast som sådan.

3. Behandlingsprogrammet var väldigt framgångsrikt - majoriteten av patienterna förbättrades signifikant i alla uppmätta ohälsoparametrar. Även väntelistegruppen förbättrade sin hälsostatus under de sex månader de väntade på att påbörja behandlingen. Ingen patient i denna grupp återgick emellertid till arbete under denna period. Vid en närmare granskning visade det sig att 29 av de 40 patienterna i väntelistegruppen på egen hand skaffade sig en omfattande professionell hjälp. De 11 patienter i väntelistegruppen som inte skaffade sig hjälp - bortsett från sjukskrivning och ev. antidepressiva mediciner - förbättrades inte. Dessa 11 patienter har sedan förbättrades sedan avsevärt när de fick aktiv behandling i vårt program.

4. Ett halvår efter avslutad behandling var 61% av patienterna åter i arbete, arbetsträning eller planerade arbetsträning. Vid behandlingens början var den andelen 19%. 9% fick sjukbidrag eller

blev sjukpensionerade. Hög ålder var den viktigaste faktorn för att predicera sjukpensionering. 30% var fortfarande heltidssjukskrivna ett halvt år efter avslutad behandling. Gradens av utbrändhet vid behandlingens början och slut predicerade bäst 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 rehabiliteringsspecialist som deltog i planering och förhandlingar med arbetsgivarna och försäkringskassan.

5. Vi har lyckats påverka hälsa, livskvalitet och arbetsstatus i positiv riktning med relativt blygsamma ekonomiska medel. Vi förfogade över 45 000 kr/patient, en kostnad motsvarande 1,5 månad av heltidssjukskrivning i denna patientgrupp (medianinkomst 23 000/månad).

6. Vår tolkning av resultaten från denna studie är att man inte bara får sjukskriva patienter med utmattningssyndrom och hoppas på det bästa, utan att man systematiskt måste erbjuda behandlings- och rehabiliteringshjälp.



REFERENSER

Appels A, Höppener P, Mulder P. A questionnaire to assess premonitory symptoms of myocardial infarction. *Int J Cardiol* 1987;17:15-24.

Ingre M, Söderström M, Kecklund G, Åkerstedt T, Kecklund L. Lokförarens arbetssituation med fokus på arbetstider, sömn, stress och säkerhet. Stressforskningsrapporter, nr: 292, 2000.

Kecklund G, Åkerstedt T. Psychometric properties of the Karolinska Sleep questionnaire. *J Sleep Res* 1992;1, suppl 1:113.

Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases, *Behav Med*, 1992;18:53-60.

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: 591-598.

Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134: 382-389.

Perski A. *Ur balans*. Bonnier Fakta, Stockholm, 2002.

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;2:275-288.

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 pp. 25-48.



INSTITUTET FÖR PSYKOSOCIAL MEDICIN
KAROLINSKA INSTITUTET

Stressmottagningen

