



Psykiatrisk ohälsa och rehabilitering

*Gunnar Rylander, Ingrid Rydmark,
Åke Nygren, Marie Åsberg*

Depression och utmattning

*Sammanfattning av preliminära resultat inom ett
forskningsprojekt*

För detaljer, kontakta dr Gunnar Rylander,
tel 08-692 22 54, 0708-66 05 77,
email gunnar.rylander@knv.ki.se



Psykiatrisk ohälsa och rehabilitering

Bakgrund

Enheten för personskadeprevention vid Karolinska institutet har sedan mitten av 1980-talet arbetat med rehabiliteringsfrågor med en vetenskaplig ansats. Genom tillgång till AFA (AMF) försäkrings och SPPs databaser har trender i sjukskrivningsmönstret kunnat följas över tid på ett sätt som inte varit möjligt med något annat material. Dessa databaser har också varit utgångspunkten för interventionsstudier som ur epidemiologisk synpunkt har varit rikstäckande och givit generaliseringsbara resultat. Hittills har 4 diagnoser varit föremål för bearbetning; hjärtsjukdomar, smärttillstånd i rörelseorganen, astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom.

Studierna har startat med en inventering i databaserna för att få ett utgångsläge. Målsättningen har varit att utifrån de långtidssjukskrivnas situation kartlägga problemen och ta fram rehabiliteringsmodeller som fungerar, och dessutom ta fram möjligheter till primär prevention så att utveckling mot långtidssjukskrivning undviks.

Behandlingsmodellerna har tagits fram genom konsultation med både nationell och internationell expertis. Utvärdering har gjorts utifrån evidensbaserad metodik. Preliminära resultat har visat att med rätt rehabilitering kan man minska förtidspensioneringen för smärtpatienter med 20%, astmaproblemen kan halveras och förträngningen av hjärtats kranskärl kan stoppas.

För närvarande pågår två projekt som avser att implementera fynden direkt på ett antal arbetsplatser. HAKUL projektet omfattar anställda vid ett antal kommuner och landsting och AHA projektet analyserar hälsan inom pappersindustrin, verkstadsindustrin och metallindustrin.

Under de senaste två åren har en ökning av psykiatriska diagnoser konstaterats i bägge databaserna. En analys av läget har genomförts. På en nationell konferens med landets experter har symtomatologi och behandling diskuterats. Ett pilotprojekt har genomförts och resultatet har diskuterats med psykologisk och psykiatrisk expertis.

Depression och utmattning; ett pilotprojekt

Delprojektet omfattar en studie av långtidssjukskrivna tjänstemän, försäkrade i SPP, och genomförs av professor Marie Åsberg, professor Åke Nygren, rehabiliteringschef Ingrid Hallgren och dr Gunnar Rylander samt dr Ingrid Rydmark.

Bakgrund

Under det tre senaste åren har antalet långtidssjukskrivna ökat dramatiskt i Sverige. Även stressrelaterade arbetsskador har ökat. Att döma av SPP och AFA:s (AMF) databaser kan en stor del av ökningen i långtidssjukskrivning förklaras av att fler människor än tidigare sjukskrivs för depression och besläktade tillstånd (ångesttillstånd, stresstillstånd, s k utbrändhet).

I SPP:s databas har de tre psykiatriska diagnoserna depression, stressreaktion samt utbrändhet blivit de vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna år 2000 före rygg och muskelvärk som tidigare var de vanligaste sjukskrivningsorsakerna.

Av de psykiatriska diagnoserna stod depression, stressreaktion och utbrändhet samt ångestsyndrom för 92,7% 1999, respektive 96% 2000 (till nov), av alla psykiatriska diagnoserna.

Även om internationella epidemiologiska studier visar att förekomsten av depression ökat i hela västvärlden under flera decennier, är en så snabb och stor ökning som den aktuella svenska anmärkningsvärd, och det finns skäl att fråga sig vad den beror på. Många depressioner utlöses av ogynnsamma miljöfaktorer, och en ändring i människors levnadsomständigheter kan vara en tänkbar orsak. Men ökningen kan också tänkas bero på att människor över huvud taget är mer benägna, eller mindre rädda, för att sjukskriva sig nu än för några år sedan. Det kan också vara så att de sjukskrivande läkarna, eller deras patienter, är mer villiga att tillstå att arbetsförmågan beror på en psykisk störning som depression eller ångest, och inte på en kroppslig sjukdom som ont i ryggen eller andra smärttillstånd.

Undersökningens syfte

Undersökningens pilotfas, som nyligen slutförts, syftar till att klarlägga bakgrund och symtombild hos tjänstemän som varit sjukskrivna i tre månader eller mer för depression eller besläktade tillstånd (stressreaktioner, ångesttillstånd, utbrändhet). Avsikten är att lägga erfarenheterna från denna pilotstudie till grund för behandlings- och rehabiliteringsprogram. Utformning av sådana program pågår nu. De avses sedermera prövas på sedvanligt sätt i randomiserade kontrollerade studier.

Urvalskriterier

Långtidssjukskrivna tjänstemän, försäkrade av SPP, som varit sjukskrivna i tre månader eller mer inbjöds att delta i studien, som påbörjades hösten 1998. Alla de långtidssjukskrivna fick ett brev där de tillfrågades om de ville delta i undersökningen, under förutsättning att de uppfyllde nedanstående kriterier.

- Sjukskrivningsdiagnos enligt läkarintyg till försäkringskassan skulle inrymmas i någon av kategorierna depression, ångestreaktion, reaktion på stress, eller utbrändhet;
- Boende i Stockholm eller Mälardalen;
- Ålder under 60 år.

274 brev skickades ut. I brevet informerades patienterna om att vi avsåg att ta kontakt med dem per telefon, men att de patienter som inte ville bli kontaktade kunde meddela detta till oss. 8 patienter meddelade direkt att de inte ville delta. 42 patienter kunde vi inte komma i kontakt med eftersom de hade hemligt nummer eller inte svarade på telefonsamtal. De 224 patienter som vi kunde nå per telefon fick ytterligare information om studiens syfte och uppläggning, och tillfrågades därefter om de

samtäckte till deltagande eller ej. 62 personer avböjde deltagande i detta skede. Flera hade återgått i arbete, andra önskade inte delta i någon studie som hade med psykiatri att göra. 162 personer sade preliminärt ja till deltagande, men 12 av dessa ringde sedermera återbud. Patientrekryteringen pågår och 150 patienter har undersökts och sammanställts.

Tillvägagångssätt

Patienterna kom till sektionen för personskadeprevention som är belägen i Kungliga Myntets lokaler på Hantverkargatan, Kungsholmen. Undersökningen, som pågick c:a 5-6 timmar omfattade ingående öppna och semistrukturerade intervjuer enligt nedan. Försökspersonerna lämnade blod- och urinprov samt fyllde i en serie personlighetsformulär.

Metoder

Psykiatrisk diagnostik

Som nämnts gjorde vi patienturvalet på grundval av de diagnoser som stod på läkarintygen till försäkringskassan. I ungefär två tredjedelar (64%) av fallen hade intygen utfärdats av läkare som inte var specialister i psykiatri. Vårt första steg var därför att försöka ta reda på vad som eventuellt dolde sig bakom dessa preliminära diagnoser.

Vi använde därför en strukturerad kliniska intervju, SCID-I (Structured Clinical Interview for the DSM-IV). SCID-intervjun ger en psykiatrisk diagnos enligt ett amerikanskt diagnossystem, the Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association (DSM, Version IV). DSM-systemet är internationellt välkänt och accepterat, framför allt i forskningssammanhang. Dess stora fördel är att det minimerar godtyckligheten i diagnoser som med nödvändighet måste bygga på symtom som inte kan observeras direkt eller mätas i laboratorieprover. Intervjun ger en psykiatrisk diagnos som bygger på fasta kriterier och som är både pålitlig och kommunicerbar.

Intervjun inleddes med ett öppet samtal kring patienternas problem och orsakerna till sjukskrivningen. Försökspersonerna tillfrågades också om eventuell behandling, och om de upplevt den som bra eller ej. Efter denna intervju, som kunde ta 1,5-3,5 timmar (ofta med en bensträckare under tiden), togs en kort paus, och därefter vidtog en ny intervjuomgång.

Ev personlighetsstörning diagnostiserades enligt DIP-intervjun (The Diagnostic Interview for Personality Disorder) som ger diagnos såväl enligt DSM-IV som enligt WHO-klassifikationen ICD-10. Med personlighetsstörning menar man långvariga och bestående avvikande sätt att uppleva omvärlden och bete sig, till exempel en genomgripande och överdriven misstänksamhet och känsla av att omvärlden vill en ont (paranoid personlighetsstörning), eller en genomgående oförmåga att modulera och reglera affekter parad med svårighet att skapa stabila och positiva relationer med andra (borderline personlighetsstörning), eller en ökad beredskap att reagera med stark oro och undvika en rad situationer (fobisk personlighetsstörning). Personlighetsstörningar skapar lidande och ökar sårbarheten för psykisk sjukdom, t ex depression.

Patienterna tillfrågades om upplevelser av våldshandlingar, såväl under barndomen som i vuxenlivet, och svaren skattades på KIV-skalan (The Karolinska Interpersonal Violence Rating Scale). Sådana erfarenheter har också visats öka sårbarheten för olika psykiska störningar.

Speciell uppmärksamhet ägnades eventuella problem med självmordstankar eller självmordsförsök, som kartlades med ett särskilt intervjuformulär, Karolinskas Suicidanamnes.

Graden av depression skattades på MADRS-skalan (The Montgomery Åsberg Depression Rating Scale). Slutligen gjordes Mini Mental Test, som ger uppgift om kognitiv funktionsnivå och eventuella symtom på demens. Denna andra intervjuomgång tog 1-2 timmar.

Frågeformulär

Följande frågeformulär användes (vissa tillkommit under studiens gång):

- Psykiatrisk egenbedömning, en självskattningsskala som avser stämningsläge och psykiatrisk symtom senaste veckan;
- HAD, Hospitality Anxiety Depression rating scale. Mäter ångest/oro, depression.
- AUDIT, WHO:s formulär rörande alkoholvanor;
- KSP, Karolinska Scales of Personality, personlighetsformulär som mäter bestående personlighetsdrag, som ångestbenägenhet, impulsivitet, monotoniundvikande, aggressionsbenägenhet, socialisation;
- IIP, Inventory of Interpersonal Problems, ett frågeformulär som mäter självupplevda problem i relationen till andra människor;
- TOSCA, the Test Of Self-Conscious Affect, som avspeglar benägenhet att reagera med känslor av skuld och skam;
- Swed-Qual, frågor om livskvalitet
- Frågor rörande arbetssituationen, Halmstads enkäten
- MBI Maslach Burnout Inventory
- Utbrändhet-symtomlista
- SLOT A&G – Om spelregler, ledarskap och arbetsklimat, Upplevelser och förväntningar i arbetsgruppen.

Blod- och urinprover

De blod- och urinprov som togs innefattade sedvanligt rutinblodstatus, infektionsprover, prover som avspeglar kroppens saltbalans, njurfunktionen, urinsyranivån, blodfetter, sköldkörtelhormon, leverprover och sådana prover som avspeglar blodsockervärde under längre tid och alkoholkonsumtion under längre tid. För de patienter som tog antidepressiv medicin mättes blodkoncentrationen av läkemedlet. Koncentration av lugnande medel (bensodiazepiner) mättes i urin. Hos en undergrupp av projektdeltagare mättes också könshormoner och stresshormoner.

Preliminära resultat

Bearbetning av de insamlade data pågår fortfarande, och resultatredovisningen måste ses som preliminär. Följande resultat kan dock vara av intresse.

De deltagande

SPP försäkrar hela företaget, inte bara enstaka yrkesgrupper. Detta innebär att en rad olika yrken var företrädare bland de undersökta. Den vanligaste kategorin var chefer, oftast på mellannivå (71, varav 46 kvinnor och 25 män). Sexton deltagare var tekniker, 9 hade vårdyrken (endast en man).

Som väntat var kvinnorna överrepresenterade (depression är en avsevärt mycket vanligare diagnos hos kvinnor än hos män). 71 procent av patienterna var kvinnor, 29 män. Medelåldern var 44,3 år för kvinnorna (median 44 år), 47,8 för männen (median 51 år). Den yngsta kvinnan var 21 år, den yngste mannen var 33 år. Åldersfördelningen hos de medverkande är representativt för hela gruppen sjukskrivna. I början av studien fanns en tendens till större bortfall bland äldre män, men allteftersom studien pågick och massmedia började intressera sig för fenomenet "utbrändhet", blev tillströmningen större även bland äldre män.

Behandling

Den största andelen av våra patienter skötes av privatläkare, inkluderande företagshälsovård (28,7 %). 36 % hade psykiaterkontakt, 35,3 % skötes av husläkare på vårdcentral.

Vid undersökningstillfället var 45 patienter fortfarande helt sjukskrivna. Fem patienter var sjukskrivna på 75 %, medan 31 halvtidsarbetade, 5 patienter arbetade 75 % och 12 patienter hade återgått i heltidsarbete vid undersökningen. Två patienter hade fått förtidspension.

52 % av patienterna hade pågående antidepressiv behandling (serotoninupptagshämmare eller kombinerade serotonin-noradrenalinupptagshämmare i flertalet fall).

Diagnoser

Diagnospanoramata framgår ur nedanstående tabell. Observera att en patient kan ha flera diagnoser (s k komorbiditet eller samsjuklighet är vanlig i psykiatriska sammanhang). Den strukturerade diagnostiska intervjun verifierar i stort sett sjukskrivningsdiagnoserna. Knappt 80 procent av patienterna fyller verkligen kriterier på en depressionssjukdom.

Tabell 1. Diagnoser enligt DSM-IV. N = 150.

Diagnos	Antal kvinnor	Antal män	Samtliga
Egentlig depression	82	37	119
Paniksyndrom	10	4	14
Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)	5	0	5
Alkoholberoende	6	5	11
Stressreaktion	4	1	5
Övriga diagnoser	44	12	66

Personlighetsstörning

Personlighetsstörningar var ovanliga i denna patientgrupp. Knappt 20 procent av patienterna hade någon typ av personlighetsstörning, vilket kan jämföras med patienter med motsvarande diagnoser i psykiatrisk vård som vanligen har en personlighetsstörning i hälften av fallen eller mer. Bland personlighetsstörningarna såg vi en borderline personlighetsstörning hos 3 kvinnor, fobisk personlighetsstörning hos 6 kvinnor och en man, osjälvständig personlighetsstörning hos 3 kvinnor och 1 man, paranoid personlighetsstörning hos 2 kvinnor och 1 man, histrionisk personlighetsstörning hos 1 kvinna och narcissistisk personlighetsstörning hos 1 man, samt ospecificerad personlighetsstörning hos 6 kvinnor och 2 män.

Kroppsliga besvär

Kroppsliga besvär var däremot regel, snarare än undantag. Typen av besvär framgår ur nedanstående tabell. Endast 11 patienter var fria från kroppsliga symtom eller sjukdomar.

Tabell 2. Typ av kroppsliga besvär. N = 150.

Typ av kroppsliga besvär	Antal kvinnor	Antal män	Samtliga
Smärtor och värk i kroppen	67	22	89
Huvudvärk	29	9	38
Magbesvär	23	6	29
Högt blodtryck	6	4	10
Infektion	8	0	8
Övriga kroppsliga sjukdomar	24	7	31

Utlösande faktorer

Avgränsningen av utlösande faktorer bygger på patientens egen utsago och en psykiatrisk bedömning av hela sjukdomsförloppet. Den utan jämförelse vanligaste orsaken till långtidssjukskrivningen är problem på arbetet. Se nedanstående tabell!

Tabell 3. Utlösande orsaker till långtidssjukskrivningen. N = 150.

Typ av utlösande orsak	Antal kvinnor	Antal män	Samtliga
Arbete	46	28	74
Arbete och familj	46	9	55
Familj	12	5	17
Övrigt	3	1	4

Bland de arbetsproblem som uppgavs var upprepade omorganisationer de absolut vanligaste. Näst vanligast, och ofta kombinerat med omorganisationer var en ökad arbetsbelastning och mycket övertid. I enstaka fall hade sexuella trakasserier eller våldshandlingar i samband med arbetet utlöst besvären.

Suicidalitet

Själv mordstankar var påfallande vanliga och hade förekommit under den aktuella sjukdomsperioden hos 38 procent av de deltagande. Hela 15 % har gjort ett eller flera suicidförsök. De flesta försöken hade gjorts för flera år sedan, eller under ungdomsåren, men några enstaka försök var kopplade till den pågående sjukdomsperioden. Detta antyder att många av försökspersonerna kan ha haft en sårbarhet som gjort dem mer ömtåliga för olika belastningar.

37 procent av de deltagande sade sig aldrig någonsin ha haft själv mordstankar. Tio av de deltagande kvinnorna hade skadat sig själva (vanligen skurit sig) utan avsikt att ta sitt liv.

Rehabilitering

Av deltagarna i studien hade närmare 80 % fått någon slags omhändertagande/rehabilitering (psykolog/kuratorskontakt, terapi, stödkontakt, sjukgymnastik). Oftast var dessa kontakter avslutade då deltagarna gjorde undersökningen.

Alla som deltog erbjöds möjlighet till rehabilitering. Vilken sorts rehabilitering bestämdes på grundval av utredningsresultat och projektdeltagarens egen önskan. Totalt remitterades 99 patienter till olika typer av behandling, merparten erbjöds samtalsterapi.

Möjlighet till remiss för sjukgymnastik samt massage eller yoga fanns också.

Av dem som avböjde rehabilitering (34%) hade 10% pågående terapi bekostade av öppenvården eller företaget.

Diskussion

En påfallande hög andel av de långtidssjukskrivna patienterna fyller stringenta kriterier på en depressionssdiagnos. De skiljer sig dock från de deprimerade patienter som brukar vårdas i psykiatrin genom att de vanligen saknar tecken till personlighetsstörning. Det rör sig ofta om resursstarka människor som har ett långt och framgångsrikt yrkesliv bakom sig. Samtidigt talar den höga frekvensen av tidigare själv mordshandlingar för att det rör sig om en känslig och sårbar grupp människor. Den fortsatta bearbetningen av de insamlade data kan förväntas ge intressanta upplysningar om vilka personlighetsdrag och probleml profiler som kan förekomma i gruppen.

Att så många som 86 procent angav arbetet som en viktig utlösande faktor, och i 50 procent den enda utlösande faktorn, var en överraskning, men kanske ändå inte så förvånande i en tid då "utbrändhet" blivit något av ett modeord. En närmare granskning av de faktorer som utlöst depressionen visar att de

påfrestningar våra försökspersoner drabbats av ofta är mycket svåra. Det är inte den första omorganisationen, och oftast inte heller den andra, som leder till att man "går i väggen". Ofta rör det sig om en serie omorganisationer som lämnar personen utmattad och förvirrad, och även utarbetad, eftersom omorganisationerna ofta också innebär en bantning av organisationen. När arbetsstyrkan reduceras, samtidigt som kraven på produktivitet ökar, innebär det givetvis ökade arbetsinsatser för de som är kvar i arbete.

Ett bestående intryck av många av de deltagande sjukskrivna är att det rör sig om ambitiösa människor med mycket stora prestationskrav på sig själva. När sjukskrivningen kommer, är det ofta oväntat för både en själv och omgivningen. Man har "gått i väggen", "orkar plötsligt inte ur sängen". Men vid närmare eftertanke framgår det ofta att varningstecken har funnits länge, kanske flera år, men ignoreras. I stället för att sakta ner, har våra patienter försökt klara av den ökade pressen genom att höja arbetstakten och dra ned på fritid och tid för vila och återhämtning.

Ordet "utbrändhet" har blivit mycket populärt för detta tillstånd. Vi menar att det är en olycklig metafor, eftersom den leder tanken till något som definitivt inte kan bli bättre. Ett lämpligare uttryck, som också accepteras och förstås av patienterna, är uttrycket "utmattningsdepression".

Hur går vi vidare?

Intresset för fenomenet arbetsrelaterad depression, utmattningsdepression eller "utbrändhet", vad man nu väljer att kalla det, är uppenbarligen stort och växande. En rad olika behandlingstyper har föreslagits, varav många är jämförelsevis exotiska ("flotariebehandling", "chakraflödesmassage" osv), medan andra bygger på kända och accepterade principer för stresshantering eller psykoterapi. Gemensamt för alla dessa behandlingar är att de är mycket dåligt utprovade. I Cochranesamarbetet¹ beskrivs en översikt av program för arbetsrelaterad stresshantering, där konklusionen på grundval av 24 studier är följande, "It is impossible to determine which specific interventions are most effective and should be recommended."

Med tanke på problemets storleksordning och den dramatiska ökningen av antalet sjukskrivna i utmattningsdepression, och de ty åtföljande kostnaderna, är behovet av utvärderade och effektiva rehabiliteringsprogram alldeles uppenbart.

Terapeuter knutna till projektet har tagit fram strukturerade gruppsykoterapier (kognitivt resp. psykodynamiskt orienterade), som kommer att prövas i en randomiserad kontrollerad prövning av traditionellt snitt. En prövning kommer att genomföras under 2001-2002.

Vi kommer också att utvidga studierna till de yrkesarbetande som att döma av tillgänglig statistik är mest i riskzonen, nämligen de offentliganställda i vård, skola och omsorg. I ett första steg kommer vi att kartlägga psykiatrisk sjuklighet i AFA (AMF) Försäkringsdatabas. Denna enkätstudie startas våren 2001. På grundval av denna kartläggning är vår avsikt att ta fram ytterligare behandlingsprogram, utbilda behandlare, och pröva olika preventiva strategier, arbetsplatsinterventioner och andra åtgärder som kan bidra till att stoppa något som i dagsläget bra mycket påminner om en epidemi.

The Cochrane Collaboration är en internationellt förankrad institution som samordnar och publicerar sammanställningar av evidens för effekter hos olika medicinska behandlingar. Sammanställningen i fråga har gjorts av H van der Hek och HN Plomp (Occupational stress management programmes – a practical overview of published effect studies).