

Mats Granvik, utredare vid landstingsstyrelsens kansli, Landstinget Dalarna, Falun (*mats.granvik@ltdalarna.se*)

Hans Hallberg, distriktsläkare, Centrum för klinisk forskning, Falun (*hans.hallberg@dfr.se*)

Marianne, 40 år, en fiktiv patient med symtom på utbrändhet

Allmänläkarna sjukskrev, men kom inte dialogen med patienten i skymundan?

II Fenomenet utbrändhet har på senare år fått ett mycket stort utrymme i den allmänna debatten. Utbrändhet och annan problematik av psykosocialt slag har lyfts fram som en viktig förklaring till den alarmerande ökningen av sjukskrivningarna, en tendens som bedömts hota hela vårt välfärdssystem. Patienter med denna typ av problematik söker ofta kontakt med allmänläkare.

Med utgångspunkt i en postenkätundersökning vill vi här förmedla hur allmänläkare i Dalarna bedömde och hanterade ett konstruerat patientfall med utbrändhetssymtom.

II Metod och material

För att belysa allmänläkares förhållningssätt gentemot patienter med psykosocial problematik genomförde vi i början av år 2002 en postenkätundersökning [1] riktad till de 139 allmänläkare som då var anställda hos Landstinget Dalarna och som hade patientverksamhet i Dalarna.

Totalt 102 (73 procent) av allmänläkarna besvarade vår enkät. Bland respondenterna var 57 procent män och 43 procent kvinnor. Medianåldern var 52 år; 62 procent hade arbetat som läkare i minst tjugo år. I bortfallet dominerade manliga läkare.

Ett särskilt avsnitt i vår enkät – vilket vi redovisar i denna artikel – handlade om ett patientfall som tidigare beskrivits i en artikel i *Arbetsliv* [2]. Det gällde en kvinna, av oss kallad Marianne, som efter kontakt med sin företagsläkare remitterats för »utbrändhet« till en klinik för stresshantering. Vi gav följande lätt reviderade fallbeskrivning:

»Marianne hade befordrats till produktionschef vid ett expanderande elektronikföretag. Arbetet var engagerande, och det blev alltmer övertid. Hon drabbades av yrsel, hjärtklappning, svimningsanfall, värk i kroppen och sömnlöshet. En morgon orkade hon inte kliva ur sängen.«

Vidare:

»Efter att ha varit hemma från arbetet en vecka och då inga tecken på tillfrisknande kunnat märkas vänder sig Marianne till Dig på vårdcentralen. Hon presenterar en problembild enligt ovan och tillägger: 'Jag kände mig deprimerad. Ibland fick jag panikångest. Jag tog mig till arbetsplatsen, men måste återvända hem.' Hon begär tre veckors sjukskrivning på grund av arbetsoförmåga. Marianne, 40 år, är en patient Du

SAMMANFATTAT

Hur bedömer och hanterar allmänläkare patienter med symtom på utbrändhet? Utifrån den frågeställningen skapades ett fiktivt patientfall som allmänläkare i Dalarna fick ta ställning till via en postenkät.

Nästan alla tillmötesgick patientens önskemål om sjukskrivning. Merparten, nästan två tredjedelar, ville också kroppsundersöka, ta laboratorieprov och ge återbesök men föreslog inte någon medicinering.

Även om många av de diagnoser som föreslogs kan tyckas snarlika uppvisar de ändå en fokusering på olika tillstånd i problembilden. Iögonfallande är att ingen valde utbrändhet som sjukskrivningsdiagnos.

Många av de sjukskrivande läkarna, runt en tredjedel, betonade de depressiva inslagen. Den vanligaste sjukskrivningsdiagnosen var utmattningsdepression.

tidigare träffat vid endast ett tillfälle, för fyra år sedan. Hon använder inga mediciner och vad Du vet från tidigare är hon kroppsligt frisk.«

Vi bad allmänläkarna ta ställning till följande frågor:

- Tillmötesgår Du hennes begäran om sjukskrivning?
- Om »Ja« på frågan ovan: Vilken blir Din sjukskrivningsdiagnos?
- Vilken blir diagnosen (diagnoserna) i datajournalen?
- Gör Du en kroppsundersökning?
- Tar Du några laboratorieprover?
- Föreslår Du medicinering?
- Sätter Du upp henne på återbesök?

Svarsalternativen på den första och de fyra sista frågorna var enbart »Ja« och »Nej«. Vi avslutade med en öppen fråga: »Är det något annat i konsultationen Du anser nödvändigt att be-

I det fiktiva mötet (via en postenkät) med Marianne, 40 år, som söker för utbrändhetssymtom valde de tillfrågade allmänläkarna att i första hand skriva sjukintyg samt att kroppsundersöka och ta laboratorieprov. Få reflekterade tillsammans med patienten över alternativa vägar till återhämtning, t ex fysisk aktivitet och miljöombyte, för att stärka hennes möjligheter att själv ta kontroll över sin situation.

röra?» (Mer än en hel sida stod till förfogande för att svara på denna fråga.)

Praktiskt taget ingen i den stora majoritet av allmänläkarkåren i Dalarna som medverkade i vår undersökning lät i kommentarerna meddela att man fann våra frågor om fallet svåra att besvara. (Dessutom var internbortfallet marginellt.) Detta kan tolkas som att vår beskrivning av problembilden inte varit verklighetsfrämmande. Vi är dock medvetna om att vår komprimerade fallbeskrivning endast kan ge en grov och förenklad bild av komplexiteten i ett verkligt patientmöte.

II Resultat

Av de 102 läkare som besvarade frågan »Tillmötesgår Du hennes begäran om sjukskrivning?» svarade 100 »Ja». Några jasvarare kommenterade sitt ställningstagande. Tre ville begränsa sjukskrivningen till två veckor i stället för begärda tre, två till en eller två veckor och en till två veckors hel sjukskrivning och den tredje veckan på halvtid. Två undrade om tre veckor verkligen var rätt längd på sjukskrivningen. Totalt 92 av allmänläkarna tillmötesgick således Mariannes begäran om tre veckors sjukskrivning fullt ut.

Ingen valde utbrändhet som sjukskrivningsdiagnos

De allra flesta av de 100 sjukskrivande läkarna nöjde sig med att ställa en sjukskrivningsdiagnos. Totalt 13 läkare ställde två eller, i några fall, tre sjukskrivningsdiagnoser. Två läkare lämnade ingen uppgift alls om diagnosen. Den ena av dessa gav kommentaren: »Kan knappast bedömas av ovanstående. Behöver träffa patienten.»

I Tabell I har alla förekommande sjukskrivningsdiagnoser

Tabell I. Sjukskrivningsdiagnoser vid utbrändhetssymtom.

Sjukskrivningsdiagnos	Antal
Utmattningsdepression	28
Stressreaktion	12
Trötthet	6
Depression	6
Ångest	6
Krisreaktion	5
Överansträngning	4
Utmattning/exhaustio	3
Livssituationsproblem	3
Panikångest	2
Utmattningssyndrom	2
Stressrelaterade besvär	2
Yrsel	2
Psykisk stressreaktion	1
Stressymtom	1
Stressyndrom	1
Stressrelaterade symtom	1
Stressutlösta symtom	1
Arbetsrelaterad stressutmattning	1
Arbetsrelaterad stressreaktion	1
Arbetsrelaterad psykisk överbelastning	1
Otillfredsställande arbetssituation	1
Tung arbetsbelastning	1
Utarbetad	1
Uttröttnings	1
Asteni	1
Utbränningsprocess	1
Överansträngningssymtom	1
Överbelastningssituation	1
Fysisk och psykisk utmattning	1
Utmattningsreaktion	1
Hotande utmattningsdepression	1
Utmattningsdepression med ångest	1
Nedstämdhet med oro	1
Ångestrelaterade besvär	1
Paniksyndrom	1
Psykisk insufficiens	1
Sömnbesvär	1
Sömnproblem	1
Sömnstörning	1
Sömnlöshet	1
Krissituation	1
Livssituationsproblem med utmattningsreaktion	1
Somatoformt syndrom	1
Myalgi	1
Värk	1
Symtom	1

listats. Det framgår också i vilken utsträckning de olika diagnoserna användes.

Många diagnoser kan betraktas som snarlika, men diagnostiseringen uppvisar ändå en fokusering på olika tillstånd i problembilden. Notabelt är att det var hennes sömnbesvär eller yrsel, trötthet, ångest eller depressiva besvär som lyftes fram.

I högst 6 procent av sjukintygen uttrycktes en direkt koppling mellan hälsoproblemen och arbetssituationen genom sjukskrivningsdiagnoser som arbetsrelaterad stressutmattning, arbetsrelaterad stressreaktion, arbetsrelaterad psykisk överbelastning, otillfredsställande arbetssituation, tung arbetsbelastning och utarbetad.

Fallet Marianne sågs tydligen ofta som ett exempel på ut-

Tabell II. De vanligaste svaren på frågan: »Är det något annat i konsultationen Du anser nödvändigt att beröra?» (Några av svaren har varit svåra att hänföra till en specifik kategori, därav intervallen i några fall.)

»Annat«	Antal
Familjesituation? Hemsituation? Hemförhållanden? Hur har patienten det privat?	45
Alkoholkonsumtion? Missbruk?	35
Social situation? Socialt nätverk?	21
Arbetsituationen? Klimat på arbetsplatsen? Möjlighet att förändra arbetsituationen?	15–18
Tidigare perioder med samma eller liknande symtom? Tidigare psykiatrisk anamnes? Tidigare sjukhistoria? Tidigare anamnes i livet?	15–18
Rökning/tobak?	8
Företagshälsovård/Möjlighet till hjälp via företags-hälsovården?	7
Fler frågor för att se om patienten är deprimerad. Kolla depressionspoäng enligt MADRS. Mer depressions-anamnes.	4
Patientens tankar, farhågor och förväntningar? Hur väl ser patienten samband?	4
Ärftlighet?	4
Droger?	4
»Berättar om våra psykologer.« Beteendevetare? Psykiatrin?	3–4
Uppmuntra till fysisk aktivitet. Motion?	3–4
Utröna behovet av en kort tids användande av insomningsmedel. Utröna behovet av SSRI-behandling för panikångest.	3
Fritid?	3
Suicidtankar?	2

mattningsdepression. Sammanlagt 32 procent av de manliga läkarna och 21 procent av de kvinnliga valde detta som sjukskrivningsdiagnos. Däremot valde ingen av dalaläkarna det i massmedier omskrivna fenomenet utbrändhet som sjukskrivningsdiagnos. Spridningen av diagnoser för datajournalen var likartad den vi fann gälla för sjukintygdiagnoserna. Utbrändhet förekom i ett fåtal fall som diagnos. Många av de sjukskrivande läkarna, runt en tredjedel, betonade de depressiva inslagen i problembilden.

Manliga läkare mer restriktiva till medicinering än kvinnliga

Av de 102 allmänläkarna svarade 96 att man avsåg att göra en kroppsundersökning. Lika många hade för avsikt att ta laboratorieprov (91 av dem gjorde även en kroppsundersökning).

Endast 16 föreslog medicinering. En av dem kommenterade sitt svar med tillägget: »Mycket kortvarig behandling för sömnbesvären i första hand.« Sex svarade på ett sådant sätt att man förstår att de kunde tänka sig medicinering, t ex genom att de skrivit »kanske« i anslutning till svarsalternativen. Merparten, 76 av 102 allmänläkare, föreslog inte medicinering – bland manliga läkare 86 procent, bland kvinnliga 68 procent. Av de manliga läkarna föreslog däremot 11 procent medicinering och av de kvinnliga 22 procent. Övriga var osäkra.

De kvinnliga allmänläkarna i Dalarna kunde således oftare än de manliga tänka sig föreslå en behandlingsinsats i form av medicinering vid hälsoproblem av Mariannes slag.

Om diagnosen depression eller utmattningsdepression

hade ställts blev könsskillnaden markant. Av de kvinnliga läkarna ville då 64 procent sätta in medicinering, mot endast 15 procent av de manliga.

Nio av tio förordade återbesök

Bland allmänläkarna förordade nio av tio återbesök. En av deltagarna besvarade frågan med det nyskapade svarsalternativet »ibland«. Någon lämnade den kompletterande informationen: »Alternativt telefonuppföljning.«

Vår undersökning visar att merparten av allmänläkarna i ett patientfall som Mariannes väljer att kroppsundersöka och ta laboratorieprov samt erbjuda återbesök men inte föreslå någon medicinering. Nästan två tredjedelar, 64 av 102, annonserade samstämmt detta förhållningssätt. De manliga läkarna var något överrepresenterade i gruppen, i huvudsak till följd av att de kvinnligare oftare kunde tänka sig föreslå medicinering.

Hemsituation och socialt nätverk också viktigt att beröra

De flesta (86 procent av de kvinnliga läkarna och 62 procent av de manliga) fann det nödvändigt att i konsultationen beröra annat än sjukskrivning, kroppsundersökning, provtagning, medicinering och återbesök. Tabell II visar vad som bedömdes som viktigt. Framför allt kvinnliga läkare ansåg att man måste ta upp situationen hemma och/eller ställa frågor om patientens övriga sociala nätverk. Av de kvinnliga läkarna gav 71 procent uttryck för detta, mot 43 procent av de manliga.

Högst en handfull läkare tycktes fästa vikt vid »fysisk aktivitet« som ett möjligt led i återhämtningsprocessen.

Ett fåtal såg det som angeläget att använda diagnostiska hjälpmedel (MADRS etc) för diagnostisering av depressionssjukdomen. Två av 102 såg det som nödvändigt att klarlägga eventuell suicidrisk.

Några enstaka allmänläkare lyfte under »annat« fram »förklara hennes reaktionssätt som normalt«, »börja prata om gränssättning« eller »försöka skapa ett förtroende hos patienten«. Ett par betonade också betydelsen av information och diskussion kring eventuell samtalsbehandling.

II Diskussion

Majoriteten av läkarna ville redan vid det första besöket både göra en somatisk undersökning och ta laboratorieprov. Detta förhållningssätt anser vi angeläget att diskutera.

Med tanke på problembilden kan man fundera över om det vid en första konsultation är nödvändigt att göra en somatisk undersökning och ta laboratorieprov. Agerandet är förstärkt om exempelvis järn- eller B₁₂-brist, sköldkörtelrubbing eller hjärntumör anses kunna ligga bakom symtomen.

Ett annat möjligt förhållningssätt kunde emellertid ha varit att använda en större del av konsultationstiden till samtal och fördjupat utforskande av den psykosociala situationen och olika livsstilsfaktorer. Somatisk undersökning kan i stället eventuellt ske i samband med återbesök ett par veckor senare (som ju en övervägande majoritet ville initiera).

Bengt Mattsson och medarbetare har i en artikel i Läkartidningen [3] framfört att allmänläkare ger sig i kast med en omöjlig uppgift om alla tänkbara orsaker till ett besvär skall undersökas. En marginal av osäkerhet, ibland ganska bred, finns alltid kvar, vilket man som allmänläkare måste leva med.

En läkares frågor till sin patient kan syfta till att försöka ge ett säkert underlag för diagnostisering, alternativt kan de i första hand försöka stimulera patienten till reflektion över hur hälsoproblemen uppkommit. Det senare är centralt i ett patientcentrerat arbetssätt [4, 5], liksom att patienten inbjuds till att fritt berätta om egna föreställningar och farhågor om tillståndet. Ett uppmärksamt lyssnande från läkaren, där förstå-

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

else visas för patientens problematisering, är i regel förtroendeskapande. Att gemensamt reflektera kring alternativa återhämtningsvägar gynnar patientens möjligheter att själv ta kontroll över sin situation. Utöver det att psykosociala omständigheter uppmärksammas är det också betydelsefullt att patienten och läkaren når samförstånd om diagnos och behandling [6]. Allt detta sätter läkarens dialogfärdighet i fokus.

Depressionsdiagnos kräver djupare frågor

För några år sedan pågick en debatt i Läkartidningen mellan företrädare för psykiatri och primärvården om diagnostik och behandling inom primärvården av patienter med depressioner. Från psykiatriens håll [7, 8] ansågs bl a att allmänläkare borde använda diagnostiska instrument (inklusive självskattningsformulär) i högre grad än vad som var fallet. Detta ifrågasattes av företrädarna för allmänläkarkåren [9, 10], vilka framhöll att rutiner och arbetssätt som passar för en specialistklinik ofta inte är tillämpbara i primärvården.

Vårt »pappersfall« tyder på att denna uppfattning är vida spridd i allmänläkarkåren. Det kan vara förstaeligt, eftersom många har en mycket lång yrkeserfarenhet. Den rutinerade allmänläkaren anser sig nog sällan behöva dessa hjälpmedel. En risk med detta är dock att vissa depressiva tillstånd, framför allt de med avvikande symtombild (maskerade depressioner), därvid kan undgå identifiering och adekvat behandling.

Det har hävdats [11] att den egentliga depressionen bland annat karakteriseras av förlusten av självaktning. Diagnosen utmattningsdepression bör därför användas endast då tillståndet antagit det djupa som är den egentliga depressionens, dvs då självaktningen gått förlorad. Utifrån detta synsätt är det osäkert om diagnosen depression kan ställas om inte anamnesen fokuserat på såväl suicidrisk som förlust av självaktning. Vad grundas en depressionsdiagnos på (med avseende på innehåll och djup) om den bygger på enbart ett uttalande från patienten: »Jag kände mig deprimerad«?

God depressionsdiagnostik och -behandling har i Läkartidningen belysts av bl a Johan Cullberg [12] och Johan Beck-Friis [11]. Johan Cullberg menar att den stora ökningen av förskrivning av antidepressiva läkemedel kan innebära schablonisering av depressiva tillstånd och att rätt behandlingssväg kan blockeras av antidepressiva. Vår studie tyder dock på en tydlig restriktivitet vad gäller medikamentell behandling vid stress-, utmattnings- och depressionstillstånd, i vart fall i ett inledande skede och särskilt bland manliga läkare. Sjukskrivning, dvs frånvaro från en belastande arbetssituation, tycktes ses som den huvudsakliga vägen till återhämtning.

Egenvårdsaktiviteter under sjukskrivning viktigt!

Deltidssjukskrivning och korta sjukskrivningsperioder har föreslagits som en åtgärd för att minska de på senare år kraftigt ökade långtidssjukskrivningarna [13]. Såväl korta sjukskrivningar som deltidssjukskrivning kan dock i sig tänkas utgöra en stressfaktor och störa en återhämtning, t ex vid utbrändhetssymtom och utmattningsdepression [14, 15].

Som vi ser det kan läkaren oftast fråga patienten om dennes inställning till deltidssjukskrivning i stället för att utgå från att heltidssjukskrivning är den optimala åtgärden. Vid det återbesök som de allra flesta föreslår kan det, vid fortsatta besvär, också vara viktigt att diskutera om patienten vill kontakta sin arbetsgivare för att tillfälligt försöka få arbetsuppgifterna anpassade till den nedsatta arbetskapaciteten.

Som framgått var allmänläkarna i Dalarna i stort sett överens om att sjukskrivning krävdes i fallet Marianne. Den stora spridningen i sjukskrivningsdiagnoserna förmedlar emellertid en svårtolkad bild av de bakomliggande hälsoproblemen, vilket äventyrar en korrekt hantering ur ett strikt försäkringsmässigt perspektiv. Även när en sjukskrivning uppenbart är

nödvändig tror vi att en entydig och en med försäkringsreglerna välrimmande diagnos ibland kan vara mycket svår att ställa. Vilken är för övrigt den *rätta* diagnosen i fallet Marianne?

Att diskutera med patienten om egenvårdsaktiviteter under sjukskrivningen (fysisk aktivitet, miljöombyte och annat som personen ifråga själv kan finna hälsofrämjande) för att underlätta återhämtningen förefaller mer undantag än regel. Detta harmonierar ej med ett patientcentrerat arbetssätt. Egenvårdsaktiviteter i form av t ex fysisk aktivitet har föreslagits även vid depressions- och utmattningstillstånd [8, 16].

Fortsatta diskussioner angelägna

Vi har här velat belysa hur allmänläkare bedömer och hantear en patient med utbrändhetssymtom. Det är angeläget att aktualisera debatten om depressionsdiagnostik i primärvården [7-10] – och att nu invitera till fortsatt diskussion.

De skillnader mellan manliga och kvinnliga allmänläkares förhållningssätt som vi iakttagit och redovisat ser vi som intressanta empiriska fakta, vilka motiverar fortsatt uppmärksamhet i såväl forskning som debatt.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Granvik M, Hallberg H. Hinner inte? Orkar inte? – Allmänläkares uppfattningar om »förebyggande« och psykosocial problematik. Utredningsrapport. Falun: Landstinget Dalarna och Centrum för klinisk forskning; augusti 2002.
2. Nensén B. Katrin har koll på stressnivån. Arbetsliv 2001;(1):6.
3. Mattsson B, Lundh C, Svenberg K. Vad allmänmedicin kan lära den blivande läkaren. Läkartidningen 2002;99:4170-5.
4. McWhinney IR. A textbook of family medicine. Oxford: Oxford university press; 1997. p. 104-78.
5. Mabeck CE. Läkaren och patienten. Patientcentrerad medicin i teori och praktik. Stockholm: Bonnier utbildning AB; 1995.
6. Ottosson JO, redaktör. Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund. SBU-rapport 144. Stockholm: Natur och Kultur, 1999. p. 72-5.
7. Ekselius L, von Knorring L. Depressioner missas ofta i primärvården. Läkartidningen 1997;94:4601-7.
8. Bodlund O. Flertalet deprimerade patienter kan behandlas i primärvården. Läkartidningen 2000;97:1244-9.
9. Hamberg K, Johansson E, Mattsson B. Psykiaternas bild bör nyanteras. Läkartidningen 1998;95:1291-5.
10. Mattsson B, Hovelius B. Det här får primärvården ta hand om. Läkartidningen 2000;97:1861-2.
11. Beck-Friis J. Självaktning – ett centralt begrepp. Diagnostik av egentlig depression och så kallad utmattningsdepression. Läkartidningen 2002;99:512-7.
12. Cullberg J. Är depressionen »sjuk« eller »frisk«? Läkartidningen 1996;93:4177-82.
13. Mikaelsson B, Arrelöv B, Sjöberg I, Wallman T, Svärdsudd K. Minskning av sjukfrånvaron utan formella regeländringar. Läkartidningen 2001;98:2216-8.
14. Håkansson R, Wahl I. Långa sjukskrivningar kan vara läkande i sig. Läkartidningen 2000;97:1589.
15. Björkman Å, Klingberg S, Joneborg N. Stress och utmattningstillstånd. <http://www.svl.se/sektioner/ps/nyheter.htm> (2001-09-06).
16. Rosenqvist P. Stressrelaterade utmattningstillstånd – några behandlingserfarenheter. Läkartidningen 2001;98:5549-53.