

Utmattning och orsakerna – vem råder över sambanden?

Diagnosen utmattningssyndrom måste valideras bättre än vad som hittills skett för att eventuellt bli användbar. Vid försäkringsmässiga bedömningar av arbetsskada räcker tills vidare de etablerade diagnoserna depression eller generaliserat ångestsyndrom.

Utmattningssyndrom är ett nytt diagnostiskt begrepp som flitigt diskuterats i Läkartidningen [se t ex 1, 2]. Vi vill i detta inlägg ta fram några fynd från en nyligen publicerad systematisk översikt [3] som gjorts på uppdrag av försäkringsbolaget AFA, ägt av Svenskt Näringsliv, LO och PTK.

Samtidigt som det finns stöd för att förhållanden i arbetslivet kan bidra till uppkomst av psykisk störning menar vi att fynden belyser några problem med själva begreppet utmattningssyndrom. Rapporten redovisar en systematisk litteraturgenomgång av vetenskapliga studier publicerade mellan 1985 och 2005 om samband mellan psykosociala belastningsfaktorer i arbetet och depressions- och ångesttillstånd.

Lagen om arbetsskadeförsäkring kräver vetenskapligt grundad bedömning av om en skadefaktor orsakat det tillstånd som den försäkrade kan ersättas för, och en aktuell kunskapsöversikt bedömdes nödvändig.

Vår granskning kom inte att innefatta diagnosen utmattningssyndrom. Anled-

INGVAR LUNDBERG

professor, överläkare, arbets- och miljömedicin, institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala universitet
ingvar.lundberg@medsci.uu.se

PETER ALLEBECK

professor i socialmedicin, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet

PETER WESTERHOLM

professor emeritus, arbets- och miljömedicin, institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala universitet

HANS ÅGREN

professor, institutionen för neurovetenskap och fysiologi, sektionen för psykiatri och neurokemi, Sahlgrenska akademien

ningen var att det inte fanns vetenskapliga artiklar kring utlösande orsaker som uppfyllde våra inklusionskriterier. Men sådana artiklar kommer sannolikt inte heller att publiceras, eftersom diagnosen utmattningssyndrom innehåller den antagna orsaken till ohälsotillståndet som en del av dess definition [4]. Detta behöver inte medföra några problem i det kliniska omhändertagandet. Ett exempel är silikos, en lungsjukdom orsakad av exponering för kristallin kvarts med en specifik klinisk bild.

I fallet utmattningssyndrom sägs dock inget annat om orsakerna än att »symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka föregat under minst sex månader«. Det bör påpekas att det psykiatriska diagnossystemet DSM-III, när det publicerades i USA första gången 1979, hade rensat ut alla kausala formuleringar i diagnosnamnen (»psy-kogen«, »endogen«) med några enstaka undantag (t ex posttraumatiskt stress-syndrom).

Begreppet utmattningssyndrom innehåller alltså både en icke-definerad orsak och en verkan i form av en symtomkonstellation. I samma ögonblick som en läkare ställer diagnosen kan den i prakti-

ken inte längre ifrågasättas, eftersom läkaren förutsätts ha korrekt identifierat sjukdomens orsak.

Om man vidare granskar den i Socialstyrelsens expertrapport givna definitionen kan man se att utmattningssyndrom ges två olika innebörder. Den ena är ett kliniskt tillstånd där diagnostiska kriterier anges som ett antal psykiska symtom på utmattning under minst två veckor. Den andra gäller fall där kriterier för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom är uppfyllda. I sådana fall utgör dessa tillstånd huvuddiagnos, medan utmattningssyndrom utgör en tilläggs-specifikation som talar om att orsaken till den kliniska bilden är att finna i den psykiska belastningen. Här har alltså även depression, dystymi och generellt ångestsyndrom fått orsaker som den undersökande läkaren fritt kan besluta om.

För att illustrera hur svårt det är att



Foto: Rick Gomez/Scanpix

Vilka samband finns mellan psykosociala belastningsfaktorer i arbetet och depressions- och ångesttillstånd?

avgöra vad som utgör en stressfaktor i arbetet vill vi peka på några resultat i vår systematiska översikt. Två typer av arbetsvillkor – bristande socialt stöd och höga psykiska krav – framstod som riskfaktorer med måttligt vetenskapligt stöd för samband med framför allt depressionstillstånd. Vi fann endast begränsat stöd för bristande stimulans och lågt inflytande i arbetet som orsaker till sådana tillstånd. Stöd saknades för hypotesen att kombinationen bristande beslutsutrymme och höga psykiska arbetskrav skulle kunna leda till starkare effekt än då faktorerna verkar var för sig.

Dessa resultat var på intet sätt självklara när vi började arbetet med vår översikt och inte heller när vi såg resultaten. Resultaten kan också komma att omprövas av ny information. De visar tydligt på de svårigheter som kan uppstå då avgöranden om orsaksamband lämnas till en behandlande läkare och patienten i samråd.

Det är inte möjligt att den kliniska bild som utmattningssyndromet sammanfattar faktiskt utgör en viktig ny diagnos som botten i individens arbetssituation och i livet i övrigt. Vi vill oavsett detta inte på minsta vis ifrågasätta lidandet

»Lagen om arbetsskadeför-säkring kräver vetenskapligt grundad bedömning av om en skadefaktor orsakat det tillstånd som den försäkrade kan ersättas för ...«

hos personer som fått diagnosen utmattningssyndrom.

Stress på arbetet kan dock inte a priori ses som en vare sig nödvändig eller tillräcklig orsak till ett affektivt tillstånd. Det beror på omständigheterna och måste bedömas från fall till fall. Utmattningssyndromets rent kliniska bild – symptom- och förloppsmönstret – kan helt klart också uppträda utan att någon tydlig kausalitet kan identifieras.

För att orsakerna ska kunna undersökas utan attribuering är det nödvändigt att den kliniska bilden beskrivs med hjälp av en diagnos som är validerad genom klinisk forskning om psykiska symptom och sjukdomsyttningar. De eventuella orsakerna bakom syndromet får etableras genom i huvudsak epidemiologiska undersökningar.

Vår avsikt har inte varit att plädера för eller mot någon normerande användning av diagnostiska etiketter i hälso- och sjukvården. Grundregeln är naturligtvis att de benämningar som används ska vara de som bäst tjänar vårdens ändamål för de människor som söker råd och hjälp. Att anamma en generell användning av den nya diagnostiska benämningen utmattningssyndrom som

ett alternativt namn för depression eller generaliserat ångestsyndrom framstår däremot för oss som mycket tveksamt.

Enligt vår uppfattning måste diagnosen utmattningssyndrom valideras bättre än vad som hittills skett innan den eventuellt blir användbar. Begreppsliga och idémässiga oklarheter i utmattningssyndromet måste redas ut.

Vi anser att det vid försäkringsmässiga bedömningar av arbetsskada tills vidare räcker att använda universellt etablerade diagnoser som depression eller generaliserat ångestsyndrom. En depression kan förvisso utlösas av yttre omständigheter, och en korrekt identifiering av orsaker är en förutsättning för framgångsrik prevention.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Lytsy P, Westin M. Utmattningssyndrom – en diagnos med vetenskapliga brister. *Läkartidningen*. 2008;105:1592-3.
2. Ahlborg G, Glise K, Jonsdottir I, Wiegner L. Dålig grund för påståenden om utmattningssyndrom. *Läkartidningen*. 2008;105:1118-9.
3. Lundberg I, Allebeck P, Westerholm P, Ågren H. Depressions- och ångeststillstånd som arbetsskada. I: *Arbete och Hälsa*. 2008;42:1.
4. Utmattningssyndrom – Stressrelaterad psykisk ohälsa. Underlag från experter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.

Fler debattinlägg på sidan 3452.

APROPÅ! Typ 2-diabetes och måluppfyllelsen

Resurscentra för bättre diabetesvård?

■ Data från Nationella diabetesregistret (NDR) 2007 visar på förbättringsmöjligheter runt om i landet, med några lysande undantag, avseende uppnådda behandlingsmål för HbA_{1c}, blodtryck, lipider, njurfunktion samt regelbundna ögon- och fotundersökningar för personer med diabetes. De största förbättringarna måste göras inom primärvården, där Västernorrlands landsting intar en mindre hedrande jumboplats.

Detta kan delvis förklaras med att utvecklingen inom diabetesområdet är snabb; nya forskningsrön kräver omprövning av behandling.

Många nya läkemedel blir också tillgängliga, vilket fordrar extra kompetens för att nyttja dessa på rätt sätt. Drygt 80 procent av alla personer med diabetes i Sverige behandlas inom primärvården, som i många fall klarar att sköta dessa patienter på tillfredsställande nivå.

På många håll i Sverige klarar medicinklinikerna att vara remissinstans om primärvården behöver extra stöd, men tyvärr inte i hela landet. Belastningen inom medicinklinikerna är på många ställen mycket tung. Dessutom har specialitälkarna på sjukhusen kunskap framför allt om personer med typ 1-diabetes,

men tar dagligen hand om endast en mindre del med typ 2-diabetes.

Jag har fått många signaler om behovet av ytterligare resurser från både vårdföreträdare och patienter i vårt län.

Jag tror att det skulle vara mycket värdefullt om man i landsting med otillfredsställande måluppfyllelse skulle öppna specifika resurscentra, där patienten får möta läkar-specialister inom typ 2-diabetes, diabetessköterskor, dietister och fotterapeuter. De kan ge adekvat utbildning till såväl patienter som ordinarie vårdpersonal inom primärvården samt sprida kunskap

från det stora forskningsfält som typ 2-diabetes nu utgör.

Vad tror ni ute i landet inom medicinklinikerna och primärvård om dessa tankar kring resurscentra? Vad tror ni inom Diabetesförbundet? Vad tror ni politiker?

Anders Kempe
specialist i invärtesmedicin/
vikarierande familjeläkare,
Härnösand/Söråker
anders.kempe@lvn.se

PS. Dessa resurscentra lämpar sig väl för att läggas ut på entreprenad; de är en välavgränsad verksamhet, där respektive landsting kan exakt bestämma vad dessa får kosta.