

# Utveckling av utredningsmetoder vid arbetsrelaterad psykisk ohälsa

Per Wiklund, Anna Nyberg, Ewa Harris

**Rapport från Arbets- och miljömedicin • 2007:06**

Centrum för folkhälsa

## **Utveckling av utredningsmetoder vid arbetsrelaterad psykisk ohälsa**

Per Wiklund, Anna Nyberg, Ewa Harris

Arbets- och miljömedicin • Norrbacka • 171 76 Stockholm  
tel 08–737 37 00 • fax 08–33 43 33 • amm@sll.se  
Rapporten finns även på vår webbplats [www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

ISSN: 1651-0321



## Förord

Ökande psykisk ohälsa är sedan länge identifierat som en av de största utmaningarna för hälso- och sjukvården och för samhället i stort. Olika psykiatriska diagnoser ligger bakom en stor del av de höga sjuktalen. Kostnaden i samhälls-ekonomiska termer men inte minst i mänskligt lidande är stort. Det är nödvändigt att finna verktyg för att bemöta och vända utvecklingen. Att upptäcka problem och kunna hjälpa tidigt måste vara den prioriterade medicinen.

Orsakerna till den psykiska ohälsan måste om möjligt identifieras. Många gånger handlar det om flera samverkande faktorer. Vid stressrelaterade besvär kopplade till arbetet behöver patienten rätt hjälp för att kunna hantera situationen. Andra arbetsuppgifter eller på annat sätt ändrade förhållanden på arbetsplatsen kan vara lösningen.

Denna rapport beskriver en intervjumetod som visat sig framgångsrik för patienter i en tillfällig kris. Själva utredningen blir en del av rehabiliteringen där den enskilde kan börja se nya möjligheter. Det kan bli ett av de viktiga verktyg vi behöver i arbetet mot stressrelaterad ohälsa och för hälsosammare arbetsmiljöer.

Birgitta Rydberg  
Landstingsråd (fp) för sjukvård och folkhälsa

Stockholm augusti 2007



# Innehåll

FÖRORD .....	3
INNEHÅLL .....	5
BAKGRUND .....	7
SYFTE .....	8
METOD .....	9
Urval av patienter .....	9
Intervju .....	9
Reflekterande samtal .....	12
Utvärdering .....	12
Sammanfattning av metod .....	12
RESULTAT .....	13
Relationen till vårdenheter .....	13
Utredning och diagnos .....	13
Förändring .....	15
SLUTSATSER OCH DISKUSSION .....	16
Utredning .....	16
Rehabilitering .....	17
Rekommendation .....	17
REFERENSER .....	19
BILAGOR .....	21
Bilaga 1 .....	21
Bilaga 2 .....	23



## Bakgrund

Denna rapport beskriver metoder och resultat av ett projekt, finansierat ur Stockholms läns landstings folkhälsoanslag. Projektets syfte har varit att utveckla metoder för utredning av arbetsrelaterad psykisk ohälsa, samt att undersöka om en kortare terapeutisk insats kan vara ett meningsfullt stöd i arbetet att återvinna hälsan.

Den allmänna bakgrunden till projektet är den stegrade sjukskrivningen till följd av stressrelaterade psykiska besvär som uppmärksammats under 2000-talets inledning (Hälsobarometern första kvartalet 2004, [www.alecta.se](http://www.alecta.se)). Utmattningsyndrom leder till allvarliga psykiska svårigheter och det är väl känt att rehabiliteringstiden kan vara långvarig och kostsam såväl psykiskt som ekonomiskt för den drabbade individen (Socialstyrelsen, 2003). Det är därför viktigt att problemen uppmärksammas på ett tidigt stadium i symtomutvecklingen så att inte den drabbade individen utvecklar ett djupt syndrom som är svårt att rehabilitera. Samtidigt har en tungt belastad primärvård svårt att hinna med att göra den utredning som krävs för att genomlysna den drabbades situation så att adekvata åtgärder i den psykosociala situationen kan genomföras.

Att diagnostisera utmattningsyndrom medför ett antal svårigheter. Det har konstaterats att många av dem som uppfyller diagnostiska kriterier för syndromet samtidigt har diagnostiserbar depression (Åsberg et al, 2002). Ett antal andra psykiska svårigheter har också en nära koppling till syndromet. Det gäller andra typer av reaktioner med koppling till stress men som inte har en lika definierbar stressor som utmattningsyndromets kriterier kräver såsom kroniskt trötthetsyndrom, ångestsyndrom och fibromyalgi.

Vidare är det känt att personlighetsfaktorer spelar en viktig roll för utvecklingen av problemen. Individer som har höga prestationskrav på sig själva kan ha svårt att sätta de nödvändiga gränserna i sitt arbete (Hallsten et al 2002, Perski, 2002). Att uppfatta att omgivningen ställer överkrav involverar också hur individen själv tolkar sin situation. Individens förmåga att möta ett arbetsliv med hög förändringstakt och återkommande nya utmaningar varierar.

Den personliga situationen i livet i övrigt spelar en väsentlig roll för hur omständigheterna kan uppfattas som stressande. Även en måttlig förändring av arbetsbördan kan innebära att förhållandena blir alltför belastande om personen av skilda anledningar befinner sig i en personlig krissituation.

Det är alltså många situationer i arbetet och livet i övrigt som tillsammans gör att det i det enskilda fallet inte är en enkel uppgift att skapa en relevant förståelse för sjuklighetens bakgrund. Detta är dock nödvändigt för att terapeutiska insatser ska vara framgångsrika. För tidiga och effektiva insatser i rehabiliterande syfte krävs utredningsmetoder som kan ge en relevant information om såväl patienters specifika arbetsvillkor som den totala livssituationen. För att kunna bemöta och hantera en begynnande utmattningsproblematik krävs en metod att utreda förhållandena på ett brett sätt där de olika aspekterna av situationen liksom individens förutsättningar och sätt att hantera sin vardag kan genomlysas.

Vid en stor studie av den psykiska hälsan i Stockholms län, PART – Psykisk Hälsa Arbete och Relationer (Hällström et al, 2003), utvecklades en intervjumodell för att undersöka relationen mellan psykisk ohälsa och händelser eller svårigheter i arbete och övrigt liv. Den bestod av en omfattande intervju där skilda intervjuinstrument användes för att klargöra diagnos och omständigheter i livet. Över 800 individer med eller utan uppmärksammas psykisk ohälsa genomförde intervjun. En majoritet av de intervjuade upplevde intervjun på ett mycket positivt sätt. De hade

fått ett nytt sätt att förstå sin situation och förmedlade en nyvunnen styrka att hantera en ibland komplicerad social situation.

Intervjun föreföll därför lämplig att ha som utgångspunkt för en diagnostisk utredning där de bakomliggande förhållanden som var relevanta för problematiken kunde klargöras. Erfarenheten av att ha deltagit i intervjun och de tecken på att en sådan omfattande men strukturerad genomgång av skilda omständigheter i individens livssituation inneburit en användbar hjälp att hantera en ibland besvärlig livssituation, tycktes också erbjuda en möjlighet till en meningsfull utveckling av samtalskontakten. Frågan var om en sådan utredning kompletterat med reflekterande samtal kunde vara användbar för att finna ett sätt att på ett tidigt stadium upptäcka och bearbeta stressrelaterade svårigheter av utmattningsskaraktär.

## Syfte

Syftet med projektet var tvåfaldigt.

1. Att vidareutveckla intervjumetoden för att den ska kunna tillämpas som ett kliniskt instrument vid utredning av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Lämpliga delar av metoden ska kunna implementeras inom primärvård och företagshälsovård och användas av läkare, psykologer, kuratorer med flera.
2. Att undersöka och utveckla metodens möjligheter och att komplettera den med efterföljande reflekterande samtal för att inleda utvecklingen mot återvunnen hälsa. Uppgiften här var att ge patienten tillfälle till att betrakta den egna situationen och förhoppningsvis kunna kasta ett nytt ljus över den. Målet var dessutom att få patienten att finna nya möjligheter att förstå vad som hänt och därmed ana nya vägar att bemöta och hantera de yttre förhållandena.

Det andra syftet ställer speciella krav på intervjusituationen. Den hjälpsökande vänder sig till sjukvården för att få hjälp. Det är vanligtvis en passiv hållning där sjukvårdens personal förväntas ha någon form av lösning på problemet. Personalen framstår gärna som experter och situationen när hjälp söks formas gärna på ett sådant sätt. En stressrelaterad sjuklighet är emellertid inte enbart en fråga om kvantifierbara yttre omständigheter utan även individens sätt att förhålla sig till och förstå de stressiga situationerna som leder till psykiska besvär. Det är patienten själv som är expert på sin egen situation i sitt eget liv. Målet med insatsen kan uttryckas som att ge patienten en möjlighet att omformulera sin position från att vara ett offer för omständigheter till att se sig som aktivt medskapande till sin egen livssituation. Insatsen skulle stödja patienten i en rörelse från att vara ett objekt för en stressande omvärld till att närma sig positionen som subjekt inför en påverkbar omvärld för att därmed också, om möjligt, kunna förändra de yttre omständigheter som är stressande. Förhållandet till patienten ska alltså präglas av att han eller hon är experten på sin egen situation.



# Metod

## Urval av patienter

Vi tog kontakt med en företagshälsovård och en primärvårdsenhet i Stockholm och erbjöd dessa att delta i projektet. Från de båda enheterna skulle patienter som uppfyllde uppsatta kriterier remitteras till projektet. Enheterna försågs med informationsmaterial om projektet, ett informationsblad till patienter samt Karolinskas utbrändhetsformulär (se bilagor). Kriterierna var:

1. Relativt nydebuterade besvär, det vill säga patienten har inte en längre tids sjukskrivning för besvären bakom sig, eftersom målet för samtalsserien är att ingripa i ett så tidigt skede som möjligt i sjuklighetens utveckling.
2. Symtomen ska huvudsakligen vara psykiska, som utmattning, nedstämdhet, oro, kognitiva störningar och så vidare. I symtombilden ingår ofta en somatisk del som värk, yrsel med mera. Det är läkaren på vårdcentralen som avgör om besvären kan vara stressrelaterade och om patienten därmed är av intresse för projektet.
3. Patienten ska under de senaste fem åren inte ha fått någon behandling mot psykiatrisk sjukdom. Däremot kan en medicinering ha påbörjats under nuvarande sjukdomsperiod.
4. Besvären ska av patienten eller läkaren kunna bedömas ha troligt samband med arbetsrelaterad stress.

En kontaktperson fanns på respektive enhet för att underlätta kommunikationen och också för att delta i arbetet med att organisera utvärderande samtal. På enheterna bedömde man att projektets målsättning med 25–30 patienter skulle kunna uppfyllas utan problem. I projektet skulle patienterna utredas och en bedömning sändas tillbaka till den remitterande läkaren. Vi valde att begränsa antalet enheter som vi skulle samarbeta med till två för att göra det möjligt att föra en dialog kring utredningsmetodiken.

Vi fick sedan utöver remisserna flera förfrågningar från enheterna om patienter som inte helt uppfyllde de uppsatta kriterierna. Vi bedömde då att det kunde tillföra projektet givande jämförelser om också sådana patienter deltog. På så sätt skulle vi kunna komma fram till vilka patientbehov som metoden bäst skulle kunna tillgodose.

## Intervju

### i) Motivering av intervjuens form

Vid en utredning av stressrelaterad psykisk ohälsa i arbetslivet är ett av problemen att urskilja vad som kan betraktas som exponering i objektiv mening. Patienten är oftast den som lämnar utsagan om de förhållanden som ligger bakom ohälsan. De är då formade av den tolkning som patienten själv gör för att förstå sitt tillstånd. Samtidigt är detta tolkningssätt en del av bakgrunden till de problem som uppstått och har därför betydelse för förståelsen av ohälsans bakgrund. Utredaren måste därför både förstå bakgrunden i en objektiv mening och ta hänsyn till patientens berättelse (Wiklund, 2001). För att klara av det krävs en metodik som omfattar båda perspektiven.

För en effektiv terapeutisk insats är det viktigt att individen får en möjlighet att kritiskt granska sin förståelse av bakgrunden till besvären. En utredning bör därför ge patienten möjlighet att distansera sig från den aktuella situationen för att kunna betrakta den ur ett annat perspektiv.

Den utredande intervjun hade på så vis två syften. Den skulle dels tjäna till att samla information, det vill säga ge en överblick över vilka yttre förhållanden och händelser som kan ha varit relaterade till besvären, samt att kartlägga besvärens omfattning och karaktär för en diagnostik. Men målet var också att få en föreställning om hur patienten själv uppfattade och konstruerade sin situation, ur vilket perspektiv han eller hon betraktade händelseförloppet och förstod det. Det kan uttryckas som att ta emot patientens egen berättelse om sina förhållanden.

Den dubbla målsättningen med intervjun ställer speciella krav på intervjuaren. Om intervjuaren lade huvudvikten vid att samla in information skulle han eller hon redan ha bestämt vad som är av betydelse och ensidigt definierat problemet. Om å andra sidan samtalet okontrollerat styrdes av patienten var faran att intervjuaren gick vilse i informationsflödet och förlorade information som var viktig för förståelsen och bedömningen. Intervjun krävde därför *både* öppenhet och struktur.

Eftersom intervjun, med dess syfte att utreda, samtidigt var en del av den eventuella rehabiliterande interventionen, skulle den också betraktas som ett led i denna. Det vill säga intervjuns terapeutiska möjligheter måste tas till vara. Utgångspunkten var patientens egen historia, dennes eget sätt att förstå sin situation. Intervjun måste alltså lämna plats för att berättelsen skulle kunna utvecklas och att patienten skulle kunna känna sig lyssnad till och förstådd. Samtidigt skulle målet vara att söka efter inkonsekvenser och oklarheter i berättelsen där klargöranden och möjligheter till frågeställningar för reflektioner kunde ge möjligheter till omstruktureringar. Förhållningssättet hämtar sin inspiration från ett narrativt perspektiv där målet är att hjälpa patienten att omkonstruera berättelsen om sig själv (Crossley, 2000, White & Epston, 1990). Ett empatiskt men samtidigt kritiskt lyssnande skulle vara det huvudsakliga arbetsverktyget.

I lyssnandet var rådgivande och stödjande interventioner underordnade. Sådana kunde, åtminstone under de första samtalen, direkt motverka syftet. Målet var att understödja patientens egna reflektioner och möjligheter att finna nya vägar. Att ge råd om lämpliga handlingar skulle förstärka den hjälpsökande positionen och motarbeta ambitionen att betrakta patienten som kompetent att bemöta sin situation utifrån sina egna förutsättningar. Stödet riktade sig mot praktiska och rimliga förslag från patienten på åtgärder som skulle kunna underlätta eller förbättra förhållanden i dennes faktiska situation.

För att ge en struktur åt intervjusituationen och styra arbetet att samla information användes ett antal manualer som gav möjligheter till en samtidig öppenhet för den ömsesidiga kommunikationen. En ytterligare mening med manualens strukturering var att den gav möjlighet att koncentrera sig på de yttre förutsättningarna, att distansera sig från det fastlåsta perspektivet som patientens egen berättelse ofta presenteras från. Med en manuals hjälp underlättas möjligheterna att betrakta situationen utifrån. Här var frågorna när det gällde händelser och arbetsvillkor mindre inriktade på upplevelsen av situationen för att i stället koncentrera sig på att få information på det yttre skeendet. Den tidsliga dateringen av händelser, svårigheter och symptomens uppträdanden var betydelsefulla. Patienten fick hjälp att betrakta sig i förhållande till de kontextuella villkoren och få förutsättningarna för sin historia generaliserad. Det betyder att han eller hon kunde se sig inte bara som ett utsatt offer utan också kunde få sina reaktioner begripliga utifrån den stressande situationen som han eller hon befunnit sig i. Detta kunde vara en inledning till att söka konstruktiva sätt att påverka förhållandena.

## ii) Intervjuns genomförande

Intervjun inleddes med att patienten kort fick berätta om sin allmänna sociala situation angående familjeförhållanden och socialt nätverk. Några frågor ställdes också om förhållanden under uppväxten. Här ingick sådana omständigheter som har välkända samband med senare sårbarhet för depression såsom tidig förlust av vårdnadshavare eller annan närstående. De inledande frågor hade förutom den konkreta informationen uppgiften att fokusera samtalet på patientens situation och förhållanden och ange det breda angreppssättet.

För att utreda den psykiatriska diagnostiken användes relevanta delar av intervjuinstrumentet SCAN, Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (Wing et al, 1990). Instrumentet är uppbyggt för att undersöka de skilda symtom som gör det möjligt att ge en diagnos i termer av DSM IV. Varje symtom bestäms efter djup och varaktighet samt tidpunkt för när det debuterade. Det har alltså en fast struktur men lämnar samtidigt öppet för fördjupade samtal runt erfarenheter av symtomens bakgrund och hur patienten själv uppfattar dem. Den ger därmed intervjuaren möjlighet att förstå hur patienten konstruerar sambanden mellan händelser i livet och insjuknande.

För att utreda händelser och svårigheter utanför arbetet, det vill säga stressorer i det privata livet, användes LEDS, Life Events and Difficulties, ett instrument som utvecklats inom engelsk depressionsforskning (Brown & Harris, 1978). I instrumentet efterfrågas systematiskt skilda livshändelser och långvariga svårigheter som i forskningen visat sig kunna ha samband med depression eller andra former av psykisk ohälsa. Speciellt om de kunnat kopplas till förödmjukande omständigheter eller upplevts som inläsande (Brown et al, 1995).

Även strukturella arbetsvillkor undersöktes. Det gjordes med hjälp av ett instrument som utvecklats inom Arbets- och miljömedicin, ARIA (Waldenström, 2006). I instrumentet söker man en i möjligaste mån "objektiv" beskrivning av arbetsförhållanden i vissa dimensioner, såsom vilka hinder för arbetets utförande som funnits, hur arbetstiden är fördelad mellan rutingöromål och krav på kreativitet, tidsdimensionen, det vill säga plats för pauser och vila, sociala kontakter i arbetet, inflytande över arbetets planläggning och utförande. Instrumentet är också i hög grad utformat som ett samtal där de yttre arbetsförhållandena gemensamt utreds och ger därmed möjligheter till reflektioner och nya sätt att uppfatta den egna situationen.

För att få en bild av den personliga motivationen användes slutligen en narrativ metod. Den innebar att patienten ombads att spontant berätta en händelse i arbetet som varit av personlig betydelse. Berättelsen kunde sedan tolkas och kategoriseras inom fem grundläggande motivationer (Deci & Ryan 1985; Härenstam et al, 1999).

Intervjun i sin helhet tog mellan två och två och en halv timme. I vissa fall delades den upp på två tillfällen.

## iii) Bearbetning

Som framgår var intervjun omfattande och gav möjligheter till rik information om möjliga stressorer samtidigt som den gav utrymme för patientens egen berättelse. Materialet analyserades och sammanställdes till en bedömning. Bedömningen innehöll intervjuarens tolkning och förståelse av patienten och dennes omständigheter, tillsammans med en psykiatrisk diagnos och eventuella förslag på vilka åtgärder som kunde vara möjliga att genomföra vad gällde patientens arbets- och livssituation.

Patienten fick sedan ta del av utredningen och kommentera och tillrättalägga om något missuppfattats innan den sändes till den remitterande vårdgivaren. Utredningen utgjorde sedan ett underlag för fortsatta reflektioner under de samtal som följde.

## Reflekterande samtal

Två reflekterande samtal genomfördes därefter med en veckas mellanrum, vart och ett en timme långt. De var förutsättningslösa och styrdes av vad patienten ansåg lämpligt att ta upp. Samtidigt hade intervjuaren tankar och frågor utifrån samtalen som, om det föreföll meningsfullt, kunde utgöra ämnen för reflektioner. Intervjuaren var här mer aktiv i sökandet efter frågeställningar som kunde ge möjligheter till förändrade sätt att konstruera sin historia.

Efter ett uppföljande samtal en månad senare avslutades kontakten.

## Utvärdering

För att göra en utvärdering av interventionens eventuella effekt användes två mätmetoder. Dels fick patienterna fylla i Karolinskas utbrändhetsformulär (Perski, 2002) före utredningssamtalet samt under det sista uppföljningssamtalet. Formuläret omfattar frågor om typiska symtom för stressrelaterad utmattning uppdelade i fyra symtomområden: Kognitiva, affektiva, fysiska och trötthet/sömnproblem. Varje fråga har fem svarsalternativ. Fem poäng på en fråga indikerar att symtomet är graderat som allvarligt.

Det finns ingen anledning att förvänta sig några avsevärda förbättringar i fråga om de symtom som kännetecknar utmattningssyndrom. Det är väl känt att dessa i de flesta fall kräver en väsentligt längre period för att avklinga än den som studien omfattar. Att använda denna typ av formulär på individnivå är också problematiskt vad beträffar reliabiliteten då många faktorer kan påverka resultatet. Trots det kan en sådan mätning ge en viss indikation på interventionens effekt på graden av symtom.

Den andra mätmetoden utgjordes av att patienterna subjektivt utvärderade interventionen. De tillfrågades vid det sista tillfället om i vilken utsträckning de tyckte att den varit meningsfull och användbar för deras rehabilitering. Svaren nedtecknades och kategoriserades.

## Sammanfattning av metod

- 1) Urval: Fyra kriterier för deltagande:
  - a) Nydebuterade besvär
  - b) Huvudsakligen psykiska symtom
  - c) Ingen tidigare psykiatrisk behandling inom fem år
  - d) Besvären bedömda som troligt arbetsrelaterade
- 2) Intervju: Omfattande intervju med dubbla syften: Information om objektiva förhållanden *och* patientens tolkningsramar. Struktur *och* öppenhet.

- a) Nära relationer och personlig bakgrund
  - b) Diagnostik, instrument: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN.
  - c) Livshändelser och -svårigheter: Life Events and Difficulties, LEDS.
  - d) Arbetsförhållanden: ARIA.
  - e) Motivation: Narrativ om betydelsefull händelse.
- 3) Skriftlig bedömning.
  - 4) Reflekterande samtal.
  - 5) Utvärdering
    - a) Karolinskas utbrändhetsformulär före och efter intervention.
    - b) Intervju.

## Resultat

### Relationen till vårdenheter

Det visade sig efter ett par månader att projektets målsättning vad gällde antalet patienter från de kontaktade enheterna inte skulle kunna uppfyllas. Vi tog därför kontakt med flera andra primärvårdsenheter och företagshälsovårder. När projektet uppnått det slutgiltiga antalet hade patienter från sju skilda vårdinrättningar deltagit i projektet. Vidare slutade kontaktpersonen vid primärvårdsenheten sin tjänst och flyttade. Det innebar att det inte var möjligt att utveckla ett närmare samarbete runt utredningsmetoden som projektets målsättning hade varit.

Någon undersökning av vad samarbetet inneburit för de olika vårdenheterna har inte gjorts. Men i de kontakter som togs har läkare och kuratorer vid upprepade tillfällen visat uppskattning över möjligheten att få sina patienter ordentligt undersökta.

### Utredning och diagnos

Totalt deltog 26 patienter i projektet. Av dessa genomförde 21 samtliga moment. I ett fall valde patienten en annan vårdgivare, i ett fall avbröts samtalsserien efter eget önskemål, och i tre fall besvarades inte Karolinskas utbrändhetsskala vid båda tillfällena.

Tabell 1 visar den åldermässiga och diagnostiska fördelningen. Med diagnosen stressreaktion UNS menas klara symtom men som inte uppfyller kriterier för utmattningsdiagnos. Det kan gälla såväl grad av symtom som frånvaro av identifierbara stressfaktorer under tid som krävs för diagnos.

Nr	Ålder	Kön	Bransch/yrke	Diagnos	Arbetsrelaterad
01	43	kv	Skola, kanslist	Utmattningsyndrom	2
02	39	M	Väktare	Stressreaktion UNS	2
03	37	kv	Skola, sarskoleassistent	Utmattningsyndrom	3
04	58	Kv	Offentlig adm., ekonomichef	Stressreaktion UNS	1
05	39	Kv	Mentalskötare	Stressreaktion (depressionsreaktion)	2 (?)
06	57	Kv	Förskola	Maladaptiv stressreaktion/ångest/nedstämdhet	2
07	39	Kv	Omsorg	Utmattningsyndrom	3
08	30	Kv	Media, säljchef	Panikattacker	2
09	43	Kv	Omsorg, arbetsterapeut	Kroniskt trötthetssyndrom(?)	3
10	37	kv	Förskola, chef	Utmattningsyndrom	1
12	40	kv	Barnomsorg, tim.vik	Sömnstörning	5
13	53	M	Transport, purser	Mild depression	3 (4?)
14	44	Kv	Offentlig adm. handläggare	Maladaptiv stressreaktion (utmattning?)	2
15	52	Kv	Data, administratör	Ej diagnos. Symtom: Oro, panikkänslor, affektlabilitet, något nedstämd.	3
16	49	M	Läkemedel, farmakolog	Kronisk maladaptiv stressreaktion (utmattning?)	2
17	55	M	Vård, terapeut	Stressreaktion UNS	3
18	37	Kv	Kunskapspridning, ekonom, konsult	Stressreaktion UNS	1
20	39	Kv	Arbetslös, personalrekrutering	Paniksyndrom utan agorafobi	?
21	25	Kv	Handel, butiksbiträde	Utmattningsyndrom	1
22	42	Kv	Transport, flygvärdinna	Stressreaktion UNS	1
23	43	Kv	Läkemedel, klinisk provningsledare	Stressreaktion UNS (ej genomfört projektet)	2
24	53	Kv	Skola, hemspråklärare	Måttlig depression	2
25	37	Kv	Offentlig förvaltning, flyktinghandläggare	Lätt depression	4
26	51	Kv	Skola, resurspedagog	Stressreaktion UNS	3

Tabell 1. Arbeten, diagnoser och grad av arbetsrelaterad stress för patienter i projektet. Data hämtade från sammanfattningarna av utredningarna.

Under rubriken Arbetsrelaterat definieras stressorer som händelser och svårigheter vilka föregått insjuknande inom en rimlig tid för att ha kunna påverka insjuknandet (jämför Brown). Här tas alltså ingen hänsyn till möjliga personliga sårbarhetsfaktorer. Numrering enligt följande:

1. Uteslutande
2. I hög grad.
3. I kombination med andra påtagliga stressorer
4. I någon mån
5. Föga eller inte alls.

Det framgår av tabell 1 att medelåldern var relativt hög och att endast en person under 30 år deltog. Endast sex individer fick diagnosen utmattningssyndrom. Kriterierna för diagnos tillämpades strikt i varje enskilt fall. Då remissfrågorna vanligtvis handlade om utmattning eller utbrändhet gällde den första diagnosfrågan utmattningssyndrom. Först efter att diagnosen uteslutits prövades andra diagnoser enligt DSM IV. I två fall framstod diagnosen maladaptiv stressreaktion som möjligen mer relevant än utmattningssyndrom då det funnits tveksamheter om tidpunkten för stressfaktorn eller om kriterierna för utmattning varit helt uppfyllda. Diagnoskriterierna för utmattningssyndrom kräver en identifierbar stressor som uppträtt inom sex månader före insjuknande. Avgränsningen är emellertid diskutabel och patienterna kan med en något generösare tillämpning av kriterierna anses lida av syndromet. Det tredje fallet med diagnosen kroniskt maladaptivt stressyndrom hade emellertid ingen yttre stressfaktor som sammanföll med det aktuella insjuknandet utan här gällde en tidigare konflikt på arbetet som en möjlig faktor för den ångest och oro som dominerade symtomen.

För att patienterna skulle remitteras till projektet var arbetets betydelse för patientens svårigheter ett kriterium. För den enskilda individen, som var den remitterades informationskälla, framstod alltså arbetet som en viktig faktor för insjuknandet. Utredningens intervjuetodik, med dess inriktning på klarläggande av förhållanden i såväl arbetet som i livet i övrigt, kunde ge en god bild av arbetsvillkor och händelser och svårigheter i det övriga livet. Det framgår också efter den omfattande intervjun att i flertalet fall var arbetet viktigt och i flera fall den avgjort viktigaste källan till stress.

## Förändring

Svaren från de 21 patienterna som besvarade Karolinskas utbrändhetsskala testades statistiskt och vi kunde konstatera en signifikant förbättring. 16 patienter hade enligt skalan förbättrats medan fem angav en försämring av symtomen. Det är självfallet svårt att dra några mer långtgående slutsatser utifrån ett så litet material då många skilda omständigheter påverkar hur individen besvarar frågorna. Till exempel svarade en patient muntligt vid sista tillfället att han eller hon mätte mycket bättre medan resultaten enligt utbrändhetsskalan pekade mot en försämring. I det fallet stod det klart för oss att patienten vid första tillfället inte förmådde erkänna för sig själv hur han eller hon kände sig. Vid det andra tillfället var det möjligt för patienten att acceptera sin svaghet och därmed bedöma sina symtom mer adekvat. Ur ett rehabiliteringsperspektiv måste naturligtvis en sådan förändring uppfattas som positiv eftersom det då blir möjligt att närma sig problemen på ett mer realistiskt sätt.

Den muntliga utvärderingen bekräftade att det fanns ett stort behov hos patienterna att få en möjlighet att tala ut om sin situation och få betydelse av sina erfarenheter bekräftade. Upplevelsen av insatsen beskrevs med något undantag som synnerligen värdefull. Formuleringar likt följande var återkommande:

”Fått hjälp att formulera tankar och känslor.”

”Kände mig trygg i samtal hos en psykolog och fick säga precis vad som helst utan fruktan för att bli missförstådd eller göra bort mig.”

”Samtalen varit av betydelse för tillfrisknandet.”

”Våra samtal har hjälpt mig att sortera mina känslor och tankar.”

”Det viktigaste var att få känna att jag har blivit förstådd. Våra samtal har varit ”renande”.”

”Det hade startat en process i tänkandet där det för första gången var möjligt att verkligen fundera över vad jag ville.”

”Först nu förstod jag vad som hände med mig.”

Det är påfallande hur man uppskattade värdet av att ha fått en gedigen genomgång av situationen och att därmed kunna uppfatta den utifrån nya infallsvinklar. Dessutom tycks den skrivna utredningen ha varit av betydelse. I flera fall kommenterade man att det varit värdefullt att få se sin historia genom någon annans ögon och att ha fått en bekräftelse på att vi tagit samtalen på allvar. Det hade gett möjligheter att pröva nya, alternativa handlingsvägar.

I flertalet fall hade samtalen lett till olika beslut att förändra den egna situationen. Det kunde handla om det rent privata livet, till exempel ett slutgiltigt beslut att bryta upp från en omöjlig relation. Men huvudsakligen handlade besluten om förhållandet till arbetet. Där handlade det om att strukturera sin arbetstid bättre, att bryta mönster för ett undergivet agerande, det vill säga att ”träna på att säga ifrån”, att söka ett nytt arbete, att utbilda sig för att få större möjligheter.

I flera fall gavs också under samtalen möjligheter att på patientens initiativ koppla samman de nuvarande reaktionerna med tidigare erfarenheter i livet och ana upprepningar av tidigare reaktionsmönster. Här övervägde flera patienter att söka en längre terapeutisk kontakt för att bearbeta sådant som på detta sätt kommit upp under samtalen.

## Slutsatser och diskussion

### Utredning

Generellt kan sägas att utredningen gav en god bild av hur sjukligheten hängde samman med de individuella omständigheterna i livet. Det var möjligt att göra en väl avvägd differentialdiagnos. I de fall där det var möjligt att påverka en förändring av yttre förhållanden gav utredningsintervjun vägledning och stöd för att genomföra sådana. Utredningen gjorde det också möjligt att avgöra när det i första rummet var sådana aktuella yttre förhållanden som var den huvudsakliga orsaken till svårigheterna eller när problemen främst hängde samman med en psykisk problematik som kunde spåras längre tillbaka i den personliga historien. Det gick att dra en gräns mellan två kategorier av problem. Dels fanns de patienter där man kunde tala om en kris av mer tillfällig art som utlösts av yttre omständigheter eller av en förändring av den personliga sociala situationen. Dels var problemkomplexen sådana att de hade funnits under längre tid och de aktuella förhållanden som utgjorde påfrestningar var av underordnad betydelse för symtomen.



Det här är en kategorisering som har betydelse för att avgöra hur en fortsatt behandling ska utformas. Även om båda kategorierna patienter sade sig ha uppskattat att ha fått delta i projektet var det ändå dem i den första gruppen som tydligt kunde dra en direkt nytta av samtalen. Det var främst bland dem som en förändring var märkbar och där man hade startat ett konkret arbete med att förändra sina förhållanden.

En ambition med projektet var att göra intervjun mer lätthanterlig och mindre tidskrävande. För att kunna göra denna typ av kategorisering krävs emellertid en omfattande information, inte bara om yttre förhållanden utan också om bakomliggande orsakssammanhang och patientens sätt att hantera sina omständigheter. Det talar därför emot möjligheterna att göra en mindre omfattande utredning. I bearbetningen av materialet har ingen mer ingående analys av material från det sista momentet, en betydelsefull berättelse, gjorts. Momentet kan antagligen uteslutas även om det ger möjligheter att bättre förstå arbetets betydelse för den enskilda individen.

## Rehabilitering

Eftersom utredningsintervjun också fungerade som en del i rehabiliteringsprocessen är det inte lämpligt att effektivisera metoden. Det var tydligt att intervjun som var omfattande och krävande för patienten såväl som för utredaren skapade en förtroendefull relation dem emellan och blev en god jordmån för det fortsatta arbetet. Vår erfarenhet är också att den skrivna bedömningen som i många fall var meningsfull för problemens bearbetning kräver en stor arbetsinsats från varje enskild patient. Slutsatsen är därmed att ambitionen att kunna göra intervjun mer lätthanterlig inte ska fullföljas. Utredningsintervjun är tidskrävande men i förhållande till de resultat och den information som den ger är det väl använd tid. Kostnaden för insatsen bör relateras till kostnaden för den långvariga rehabilitering som ett obehandlat utmattningssyndrom ofta kräver.

Projektets mål vad gäller interventionens effekter var att förhindra att patienten blev sjukare och att han eller hon skulle börja tillfriskna. Resultaten av utbrändhetsformuläret pekar mot att de flesta börjat tillfriskna, även om förändringen för flera framstår som liten. Mer intressant är kanske att relatera art av problem till uppnådd effekt eftersom patienterna redovisat väsentliga olikheter till problemens bakgrund. Tendensen är klar, om än inte entydig i materialet, att där insatsen enligt Karolinskas utbrändhetsformulär lett till en tydlig förbättring har personerna befunnit sig i en kris av mer tillfällig art. Det kan handla om många och betydande förändringar i livssituationen vad gäller arbete och/eller relationer, men det kan också handla om livskris i meningen att ha uppnått en ålder där förändring är nödvändig. Samtalen har då haft funktionen att kunna reda ut och formulera situationen och därmed göra den tydlig. Individen har kunnat se nya möjligheter att hantera sin situation.

Där förbättringen har varit liten eller där det handlat om försämring kan bakomliggande förhållanden främst knytas till personlighet eller tidiga erfarenheter. Det kan handla om tidigare olösta konflikter, traumatiska barndomserfarenheter, flyktingproblematik eller liknande djupgående svårigheter som inte kunnat bearbetas inom projektets begränsade ramar.

## Rekommendation

Studiens resultat pekar mot att metoden bör vara användbar inom primärvård och företagshälsovård för att tidigt upptäcka, diagnostisera och i lämpliga fall behandla individer med stressrelaterad ohälsa och där arbetssituationen utgör en väsentlig komponent för problemens uppkomst. Intervjumetoden är emellertid inte helt lätt

att tillämpa utan det krävs förkunskaper och en viss utbildning för att kunna använda den diagnostik och intervjumetodik som är metodens kännetecken. En steg 1-utbildning i psykoterapi rekommenderas men också en kortare introduktion till intervjumetodens metodik och förhållningssätt under samtalen. Det är en förhoppning att en sådan utbildning i framtiden kan erbjudas av Arbets- och miljömedicin i Stockholm.

## Referenser

1. Brown, G., Harris, T. (1978) *Social Origins of Depression*. Tavistock: London.
2. Brown, G., Harris, T., Hepworth, C. (1995) Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: a patient and non-patient comparison. *Psychological Medicine*. 25. 7-21, Cambridge University Press.
3. Crossley, M., L. (2000) *Introducing Narrative Psychology. Self, Trauma and the Construction of Meaning*. Open University Press, Buckingham, Philadelphia
4. Deci E L. & Ryan R M. (1985) *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York : Plenum P
5. Hallsten L, Bellagh K & Gustafsson K (2002) *Utbränning i Sverige – en populationsstudie. Arbete och Hälsa, 2002:6*. Solna: Arbetslivsinstitutet.
6. Perski A (2002) *Ur balans. Om stress, utbrändhet och vägar tillbaka till ett balanserat liv*. Stockholm: Bonnier fakta.
7. Hälsobarometern första kvartalet 2004, [www.alecta.se](http://www.alecta.se)
8. Härenstam m fl (1999) *Vad kännetecknar och innebär moderna arbets- och livsvillkor? Rapport från Yrkesmedicinska enheten, 1999:8*. Arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting
9. *Utmattningsyndrom. Stressrelaterad psykisk hälsa*. Artikel 2003-123-18 (2003) Socialstyrelsen. Bokförlaget Bjurner och Bruno AB. ISBN 91-7201-786-4.
10. Waldenström K (2006). *ARIA Arbetsinnehållsanalys. En metod för att beskriva arbetets innehåll, hinder och möjligheter ur ett externt perspektiv. Manual version 1.0*. Arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting
11. Wiklund P (2001) *Skuld, ensamhet och bristande tillit. Tre mönster av relationen mellan arbetsvillkor och psykisk ohälsa*. Arbets- och miljömedicin, Stockholm, 2001:2.
12. Åsberg M, Nygren Å, Rylander G, Rydmark I (2002) *Stress och utmattningsdepression ur Stress – molekylerna – individen – organisationen – samhället*. Ekman R, Arnetz B (red.): Stockholm: Liber förlag p 224-232
13. White M, Epston D. (1990) *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: Norton.
14. Hällström T, Damström Thakker K, Forsell Y, Lundberg I, Tinghög P (2003). *The PART study. A population based study of mental health in the Stockholm County: Study design. Phase 1 (1998-2000)*. Stockholm Centre of Public Health, Report No 2003:1
15. Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Gier R, Jablenski A, Regier D, Sartorius N (1990). *SCAN. Schedules for clinical Assessment in neuropsychiatry*. Arch Gen Psychiatry, 47, 6, 589-593



## Bilagor

### Bilaga 1

#### Arbetsrelaterad Psykisk Ohälsa

Arbets- och miljömedicin (AMM), en avdelning inom Centrum för folkhälsa, genomför under 2005 ett projekt med syftet att utveckla metoder för utredning av arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Målet är att utforma en konsekvent och hanterbar intervjumetodik där patientens arbets- och livssituation blir gediget genomlyst. Samtidigt ska projektet pröva om en kortare serie samtal kan påverka patientens situation positivt.

Eftersom AMM huvudsakligen arbetat med arbetsskadeärenden när det gäller patienter med denna besvärsbild möter vi oftast problemen i ett sent skede. Projektet riktar sig till nyligen insjuknade. Därför vill vi inleda ett samarbete med bland annat er mottagning. Samarbetet ska innebära att läkare eller annan vårdpersonal (kurator, psykolog) vid mottagningen remitterar patienter med psykisk ohälsa som kan antas ha samband med arbetsrelaterad stress till oss. Vi gör en psykologutredning följt av tre samtal.

Vi åtar oss att i remissvar göra en bedömning som innefattar en psykiatrisk diagnos, möjligt samband med stressorer i den psykosociala situationen såväl i som utanför arbetet, individuella sårbarhetsfaktorer samt eventuella förslag på åtgärder. Vi åtar oss inget behandlingsansvar utöver de tre psykologsamtal som erbjuds patienten. Inte heller gör vi någon somatisk differentialdiagnostik. Våra insatser innebär inga kostnader för er mottagning.

#### Urval

Läkaren på er enhet gör efter en inledande medicinsk undersökning en bedömning om patienten är aktuell för projektets syften. Kriterier på vilka patienter som är lämpliga att ingå i projektet är:

1. Relativt nydebuterade besvär, det vill säga patienten har inte en längre tids sjukskrivning för besvären bakom sig, eftersom målet för samtalsserien är att ingripa i ett så tidigt skede som möjligt i sjuklighetens utveckling.
2. Besvären ska huvudsakligen vara psykiska, som utmattning, nedstämdhet, oro, kognitiva störningar och så vidare. I symtombilden ingår ofta en somatisk del som värk, yrsel med mera. Då vi inte gör en medicinsk bedömning blir det läkaren på vårdcentralen som avgör om besvären kan vara stressrelaterade och om patienten därmed är av intresse för projektet.
3. Patienten ska inte ha fått en behandling mot psykiatrisk sjukdom under de senaste fem åren. Däremot kan en medicinering ha påbörjats under nuvarande sjukdomsperiod.
4. Besvären ska av patienten eller läkaren kunna bedömas ha troligt samband med arbetsrelaterad stress.

Stockholms läns landsting

*Postadress*  
Arbets- och miljömedicin  
Norrbacka  
171 76 Stockholm

*Besöksadress*  
Norrbacka, 4tr  
KarolinskaUniversitets-  
sjukhusets område

*Telefon*  
08-737 35 00 växel  
08-737 37 00 reception

*Telefax*  
08-33 43 33

*E-Post*  
amm@sll.se  
förnamn.efternamn@sll.se  
*Internet*  
www.folkhalsoguiden.se

**Remittering**

Deltagande i projektet är frivilligt. Patienten informeras muntligen av läkaren och skriftligen med informationsmaterialet från oss. Remissvar bör skickas inom tre veckor efter att utredningen inlett.

**Utredning och samtal**

Patienten deltar i en omfattande halvstrukturerad intervju där ett antal väl utprovade instrument används för att ge en allsidig bedömning. Intervjusamtalet lämnar stor plats för patientens egen berättelse om sina besvär.

I de efterföljande samtalen ges patienten möjlighet att tillsammans med psykologen reflektera över sin situation och de förhållanden som lett fram till besvären.

**Uppföljning**

Möjligheter att ta del av projektets resultat och ta del av utvecklade metoder kommer att ges efter genomförandet.

För projektet:

Per Wiklund

Psykolog/psykoterapeut

Arbets- och miljömedicin

Tel.: 08-737 36 96

Stockholms läns landsting

---

*Postadress*  
Arbets- och miljömedicin  
Norrbacka  
171 76 Stockholm

*Besöksadress*  
Norrbacka, 4tr  
KarolinskaUniversitets-  
sjukhusets område

*Telefon*  
08-737 35 00 växel  
08-737 37 00 reception

*Telefax*  
08-33 43 33

*E-Post*  
amm@sll.se  
fornamn.efternamn@sll.se  
*Internet*  
www.folkhalsoguiden.se

## **Bilaga 2**

# **Karolinskas utbrändhetsformulär**

**Följande frågor handlar om besvär som kan ha orsakats av stress. Besvara dem utifrån hur du känt dig den senaste tiden. Skriv in det alternativ som bäst stämmer på dig. Lämna formuläret till din läkare.**

**Har du under det senaste året upplevt**

**0=Nej 1=Ja**

- Allvarliga svårigheter i ditt arbete, studier eller familjelivet
- Stor ökning av arbetstid, ansvar eller belastning i livet
- Allvarliga händelser eller stora negativa förändringar i livet
- Allvarliga problem med dina relationer
- Allvarliga problem med din ekonomi

**Har du under den senaste månaden upplevt eller haft problem med att:**

**1=Aldrig 2=Sällan 3=Ibland 4=Ofta 5=Alltid**

- Komma ihåg namn, datum eller ärenden du skulle göra
- Komma ihåg saker som är eller varit viktiga för att utföra ditt yrke
- Fullfölja en tankebana
- Föra samtal med dig själv
- Orientera dig i tid och rum
- Kortvarig känsla att vara frånvarande
- Koncentrera dig på en längre text, nyhetsartikel eller bok
- Göra flera saker samtidigt
- Göra saker under tidspress
- Lätt bli stressad
- Tunnelseende
- Överkänslighet för ljud, ljus eller lukter

**Fortsätt på nästa sida**



- Somna
- Vakna tidigt och inte kunna somna om
- Ökat sömnbehov
- Vara trött för jämnan
- Känna den sortens trötthet som inte går att vila bort
- Dina "batterier" är uttömda
- Du har fått nog av livet

- Stor infektionskänslighet
- Överkänslighet för smärta
- Problem med mag-tarmkanalen
- Problem med extra hjärtslag eller snabb puls
- Problem med andningen eller ont i bröstet
- Problem med balans, yrsel eller tinnitus
- Problem med herpes eller andra hudproblem
- Problem med muskeldarrningar eller ryckningar
- Problem med muskelsvaghet eller domningar i armar eller ben

- Humöret har blivit vacklande
- Vara mer lätttrörd känslomässigt
- Vara mera irriterad eller ilsken
- Kontrollera dina känslor
- Du känner mycket oro eller ångest
- Du känner dig väldigt ledsen
- Du känner dig deprimerad