

# **Uppföljning av anställda inom högteknologisk verksamhet som sökt FHV för stressreaktion**

**Margita Uggla**

**Handledare:  
Per Gustavsson  
Inga-Lill Petterson**

**Projektarbete vid företagsläkarkursen,  
Sahlgrenska akademien  
vid Göteborgs Universitet 2002/2003**

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>3</b>
<b>INLEDNING .....</b>	<b>4</b>
Stress.....	4
Stressrelaterad ohälsa .....	4
Bakgrund till den aktuella studien .....	5
Syfte och frågeställningar .....	5
<b>UNDERSÖKT GRUPP .....</b>	<b>5</b>
<b>METOD.....</b>	<b>6</b>
<b>RESULTAT .....</b>	<b>7</b>
<b>DISKUSSION .....</b>	<b>12</b>
Symtombild .....	12
Utlösande faktorer.....	13
Hälsa och återgång i arbete .....	13
Synen på företagshälsovårdens och arbetsgivarens insatser.....	13
”Lärdomar” .....	14
Slutsatser .....	14
<b>LITTERATURREFERENSER.....</b>	<b>15</b>

## SAMMANFATTNING

En stor del av det höga antalet långtidssjukskrivna utgörs av personer drabbade av stressrelaterad psykisk ohälsa. På vår företagshälsovård som betjänar anställda inom IT- och högteknologisk verksamhet fördubblades antalet besök för stressrelaterade symtom mellan 2001 och 2002. Symtombilden är komplex och kunskapen om behandling begränsad. Mot bakgrund av detta har jag granskat en grupp patienter som sökt för stress avseende sjukdomssymtom, åsikt om orsaker till symtomen, behandling och utfall av behandlingen samt syn på företagshälsovårdens och arbetsgivarens åtgärder. Jag har också frågat om sjukdomsperioden medfört någon kunskap/erfarenhet som används att undvika liknande besvär igen.

**Syfte:** Att erhålla ökad kännedom om patienter med stressrelaterade symtom och utifrån denna kunskap kunna förbättra omhändertagandet.

**Undersökt grupp och metod:** 62 patienter som sökte för första gången 2001 07 01 – 2002 06 30 granskades via journalgenomgång och enkät (svarsfrekvens 67%). Ett enkelt medelvärdesindex skapades för att mäta och jämföra sjukdomens svårighetsgrad.

**Resultat:** Det vanligaste symtomet för både kvinnor och män var psykisk trötthet. Mätt med medelvärdesindex fann man ingen könsskillnad i sjukdomens svårighetsgrad. 43% av patienterna utreddes somatiskt och i inget fall diagnosticerades sjukdom som ensam kunde förklara hela sjukdomsbilden. Ett fall av hypothyreos missades troligen pga att prov ej togs. 55% av kvinnorna och 68% av männen uppgav att arbetet var huvudorsak till symtomen och att stor arbetsmängd var den viktigaste faktorn.

Ungefär 2/3 av patienterna hänvisades till beteendevetare och 1/3 fick farmakologisk behandling. Enstaka personer träffade psykiater eller sjukgymnast.

58% av kvinnorna och 41% av männen blev sjukskrivna. Sjukskrivningstiderna var under undersökningstiden som mest 130 dagar och därutöver var 6 personer ytterligare sjukskrivna. 93% av de sjukskrivna patienterna var vid uppföljningstidens slut tillbaka i arbete eller arbetssökande.

Både för kvinnor och män minskade medelvärdesindex signifikant under uppföljningstiden. Bland de positiva omdömena om företagshälsovårdens insatser fanns ffa att man fått beteendevetarkontakt. De mindre nöjda patienterna efterlyste kontakt med beteendevetare, sjukgymnast och uppföljning efter återgång i arbete. De flesta patienter som var nöjda med arbetsgivarens insatser hade fått ekonomiskt bidrag till beteendevetarkontakt. Endast en person uppgav att rehabiliteringsutredning gjorts och 24 personer menade att de inte fått någon hjälp alls av arbetsgivaren.

51 personer svarade ja på frågan om sjukdomsperioden medfört kunskaper/insikter som användes för att undvika liknande besvär igen.

**Diskussion/Slutsats:** Psykisk trötthet var vanligaste symtom och arbetet viktigaste utlösande faktor både för kvinnor och män. Sjukskrivningstiderna bedöms som relativt korta och återgång i arbete hög.

För att förbättra omhändertagandet bör företagshälsovården utöka möjligheterna till beteendevetar- och sjukgymnastkontakt, uppföljning efter återgång i arbete, bidra till förbättrad kunskap om stress hos arbetsgivaren och bevaka att rehabiliteringsutredning görs. Somatisk utredning bör göras i ökat antal fall.

## INLEDNING

Stressrelaterad ohälsa har blivit ett allt större samhällsproblem och medför förutom nedsatt funktion och lidande för den enskilde väldiga utgifter för samhället. En stor enkätstudie i de 15 EU-länderna har visat att 28 % (45 miljoner) människor lider av ”stress i arbetslivet”(1). I Sverige är det ffa den psykiska ohälsan som svarar för de senaste årens kraftiga ökning av antalet långtidssjukskrivna och kliniska studier tyder på att tillståndet mycket ofta är arbetsrelaterat(3). Samhällskostnaderna för psykisk arbetsrelaterad ohälsa har angivits till 3-4 % av BNP(1). Det pågår livliga diskussioner om orsakerna till den omfattande sjukskrivningen och man nämner sådana faktorer som neddragningar och upprepade omorganisationer i arbetslivet, människors förändrade prioriteringar mellan arbete och fritid och generellt ändrade livsvillkor, tex. ökad informationstäthet, i dagens samhälle(3).

### Stress

Forskaren Hans Selye använde på 1930-talet begreppet stress för att beskriva sin upptäckt av en stereotypi - binjurebarkshypertrofi, tillbakabildande av tymolymfatisk vävnad och blödande sår i mag- tarmkanalen – i den mänskliga organismens sätt att regera på alla möjliga påfrestningar(1). Selye uppfattade stress som en ospecifik företeelse vars konsekvenser alltid leder till samma sorts anpassning(2). Moderna definitioner av begreppet tar allt oftare hänsyn till en individs unika svarsmönster som spelar en avgörande roll för hur den fysiologiska reaktionen kommer att gestalta sig(2).

Det finns idag ingen vedertagen definition av begreppet stress(2). Peter Währborg använder begreppet för att beteckna ”de psykologiska och fysiologiska reaktioner som uppträder vid yttre eller inre påfrestningar och som till följd därav ger upphov till funktionsförändringar av potentiellt patologisk natur”. Lennart Levi skriver att det är oegentligt att tala om att eliminera stress - ”gör man det upphör livsprocessen”(1) och Währborg påpekar att stress kan vara funktionell, dvs ge upphov till reaktioner som är viktiga ur anpassningssynpunkt. Beroende på duration och/eller intensitet kan stressen dock bli dysfunktionell och ge upphov till sjukdom eller skador (2). Det är viktigt att man nu börjat studera inte bara stressens patogenes utan även salutogenesen, dvs. strategier för att slippa bli sjuk(2).

### Stressrelaterad ohälsa

Det finns idag omfattande epidemiologisk och experimentell evidens för att stressreaktioner kan leda till kroppsliga funktionsrubbingar och de senaste decenniernas forskning har producerat starka indicier på att psykosocialt framkallade stressreaktioner kan leda till skador i organstrukturen (1). Därtill kommer effekterna av de stressrelaterade beteendena, tex. tobaksrökning och alkoholkonsumtion. Sambandet mellan arbetsrelaterad stress och psykisk ohälsa är vetenskapligt styrkt(3). För närvarande förefaller det inte finnas vetenskaplig evidens för behandlingsrekommendationer och man vet föga om tillståndets naturalförlopp(3). Socialstyrelsen har tillsatt en arbetsgrupp för att kartlägga den befintliga litteraturen på området och resultatet av gruppens arbete i form av en kunskapsöversikt om stressrelaterad psykisk ohälsa finns nu i korrektur. I föreliggande arbete hämtas en stor del av referenserna därifrån. Man föreslår där termen utmattningssyndrom för att beskriva tillståndet, maladaptiv stressreaktion för mindre uttalad sjukdom och egentlig depression med utmattningssyndrom för de svårare formerna (3). Man föreslår diagnostiska kriterier och presenterar primära konklusioner beträffande diagnostik, naturalförlopp, behandling, rehabilitering och prevention.

Klinisk erfarenhet och den begränsade vetenskapliga evidens som finns talar för att bla. följande behandlingsprinciper kan vara rimliga:

Identifiera utlösande stressfaktorer och lägg upp åtgärdssplan.

Ge råd om regelbunden fysisk aktivitet, måltider och sömn.

Fokuserad psykoterapi.

Farmakologisk behandling av patienter med utalade affektiva symtom.

Arbetsinriktad rehabilitering(3).

## **Bakgrund till den aktuella studien**

På den företagshälsovård där jag tjänstgör har antalet besök för stressrelaterade symtom mer än fördubblats mellan åren 2001 och 2002. Vår mottagning betjänar 10 200 anställda i olika företag, ffa tjänstemän inom IT- och högteknologisk verksamhet. Branschen har de senaste åren drabbats av lågkonjunktur som medfört omfattande omorganisationer, uppsägningar och ökad arbetsmängd för de som fått behålla sina anställningar.

## **Syfte och frågeställningar**

Syftet med studien är att öka kunskapen om denna patientgrupp som grund för att förbättra omhändertagandet.

Följande frågeställningar besvaras:

Hur ser patienternas symtombild ut?

Vad anser man vara utlösande faktorer?

Vilken behandling har givits? Utfall av behandlingen?

Vilken syn har patienterna på företagshälsovårdens och arbetsgivarens insatser?

Har man under sjukdomsperioden fått någon kunskap/erfarenhet som används för att undvika liknande besvär igen?

## **UNDERSÖKT GRUPP**

En enkät skickades till de 102 personer som vid nybesök under perioden 2001 07 01 till 2002 06 30 (=undersökningstid) fick diagnos F43.9P Stressreaktion. Enkäten skickades ut maj 2003 med påminnelse efter 2 veckor. Tid från första läkarbesök till enkät (= uppföljningstid) kan alltså variera mellan 21 och 9 månader. Från den grupp på 68 personer - svarsfrekvens 67% - som returnerade enkäten exkluderades 6 personer pga att de endast svarat på ett fåtal frågor i formuläret.

## METOD

### DATAINSAMLING

För datainsamling har använts journalgenomgång och enkät.

Vid journalgenomgången registrerades:

Kön

Ålder

Ev. medicinsk utredning och utfall av densamma

Behandling:

Farmaka

Beteendevetare internt/externt

Remiss psykiater

Sjukgymnast

Sjukskrivning? Hur länge?

Enkäten innehöll följande frågor:

Symtom vid första läkarbesöket och vid uppföljningstidens slut?

Egen uppfattning om orsaker till symtomen?

Vad tyckte man om den hjälp man fick från företagshälsovård och arbetsgivare?

Arbetsstatus efter sjukskrivning?

Har man under sjukdomsperioden fått någon kunskap/erfarenhet som används för att undvika liknande besvär igen?

Symtomen graderades efter hur ofta de uppträdde: Alltid = 5, ofta =4, ibland =3, sällan =2, aldrig = 1 och ett medelvärdesindex skapades där högre siffra = högre grad av sjuklighet.

### STATISTISK METOD

De statistiska metoder som användes var Mann-Whitneys test och Wilcoxons teckenrangtest.

## RESULTAT

I den undersökta gruppen ingick nästan dubbelt så många kvinnor som män och 45% av patienterna återfanns i åldersgruppen 30 – 39 år (tabell 1).

Tabell 1. Undersökt grupp

Ålder	Kvinnor	Män	S:a
24- 29	4	5	9
30-34	7	6	13
35-39	12	3	15
40-44	9		9
45-49	3	4	7
50-54	1	2	3
55-59	4	2	6
S:a	40 (65%)	22 (35%)	62

97% av patienterna hade icke manuellt arbete (tabell 2).

Tabell 2. Gruppens fördelning på kön och arbete

	Manuellt arbete	Icke manuellt arbete	Totalt
Kvinnor	2	38	40
Män		22	22
S:a	2 (3%)	60 (97%)	62

I materialet var psykisk trötthet, nedstämdhet, social trötthet, sömnstörning samt ångslan och oro de vanligaste symtomen både bland kvinnor och män (tabell 3, 4, 5).

Tabell 3. Symtomförekomst vid första besöket i fallande frekvens hos hela gruppen

Symtom	Hela gruppen
Psykisk trötthet	55 (88%)
Nedstämdhet	46 (74%)
Social trötthet	45 (73%)
Sömnstörning	41 (66%)
Ångslan/oro	40 (65%)
Kroppsliga symtom	36 (58%)
Fysisk trötthet	35 (56%)
Irritation	34 (55%)
Håglöshet	34 (55%)
Koncentrationssvårigheter	31 (50%)
Rastlöshet	29 (47%)
Minnessvårigheter	28 (45%)

Tabell 4. Symtomförekomst vid första besöket i fallande frekvens hos de 40 kvinnorna

Symtom	Antal kvinnor
Psykisk trötthet	35 (88%)
Social trötthet	31 (78%)
Nedstämdhet	29 (73%)
Ängslan/oro	27 (68%)
Sömnstörningar	26 (65%)
Kroppsliga symtom	25 (63%)
Fysisk trötthet	23 (58%)
Irritation	21 (53%)
Koncentrationssvårigheter	20 (50%)
Minnessvårigheter	19 (48%)
Håglöshet	19 (48%)
Rastlöshet	18 (45%)

Tabell 5. Symtomförekomst vid första besöket i fallande frekvens hos de 22 männen

Symtom	Antal män
Psykisk trötthet	20 (91%)
Nedstämdhet	17 (77%)
Sömnstörningar	15 (68%)
Håglöshet	15 (68%)
Social trötthet	14 (64%)
Ängslan/oro	13 (59%)
Kroppsliga symtom	13 (59%)
Fysisk trötthet	12 (55%)
Irritation	11 (50%)
Koncentrationssvårigheter	11 (50%)
Minnessvårigheter	10 (45%)
Rastlöshet	10 (45%)

Både kvinnor och män, nästan 60% av hela gruppen, uppgav arbetet som huvudsaklig utlösande orsak. Detta motsvarar 55% av kvinnorna och 68% av männen. 45% av kvinnorna och 27 % av männen uppgav att besvären utlösts av en kombination av arbete/annat eller rent personliga skäl (tabell 6).

Tabell 6. Huvudorsak till symtomen

Huvudorsak	Kvinnor	Män	Totalt
Arbete	22	15	37 (60%)
Annat	4		4 (6%)
Kombination	14	6	20 (32%)
Ej svar		1	1
Totalt	40	22	62

När det gällde arbetsförhållandena åberopades ffa hög arbetsbelastning, ”rörig organisation”, oklara mål, omorganisationer och “dåligt chefsskap” (tabell 7).

Tabell 7. Olika faktorer i arbetet som ansågs orsaka symtom. (Samma person kan ha nämnt flera faktorer).

Huvudorsak	Antal svar
Hög arbetsbelastning, ”rörig organisation”, oklara mål	31
”Dåligt chefsskap”	12
Omorganisationer, flera chefsbyten	10
Arbetets krav i kombination med ”höga krav på mig själv”	7
Rädsla att förlora arbetet	7
”Mobbad”	3
Dålig stämning på arbetsplatsen	3
Dålig arbetsställning	3
Uppsagd	2
Totalt	77

Tabell 8. Andra faktorer än arbetet som ansågs orsaka symtom. (Samma person kan ha nämnt flera faktorer)

Huvudorsak	Antal svar
Livssituation: Bristande balans arbete/privatliv Rätt jobb? Rätt partner?	15
”Personliga förutsättningar”, ”ryggsäck”	6
Separation	3
Somatisk sjukdom (oupptäckt hypothyreos)	1
Elitidrottande	1
Graviditetsproblem	1
Ekonomisk press	1
Totalt	28

43% av patienterna utreddes somatiskt och hos 26% av dessa (7 fall) gjordes positiva fynd. Man fann hypertoni i 2 fall och UVI, anemi, hyperkolesterolemi samt gallsaltmalabsorption i vardera 1 fall.

De olika behandlingsformer som gavs var farmakologisk behandling, beteendevetar-, psykiater- och sjukgymnastkontakt samt sjukskrivning var för sig eller i kombination. Farmakologisk behandling gavs i materialet i 23 fall, dvs 37 %. SSRI och hypnotika i vardera 6 fall, en kombination av preparaten i 6 fall och anxiolytika i 4 fall (tabell 9).

Tabell 9. Farmakologisk behandling

	SSRI	Hypnotika	Anxiolytika	Kombination	Annat	Totalt
Kvinnor	3	3	3	2	1	12
Män	3	3	1	4		11
Totalt	6	6	4	6	1	23 (37%)

68% av patienterna hänvisades till beteendevetare, i lika många fall till intern som till extern kontakt. 13% fick psykiaterkontakt och 8% sjukgymnastkontakt.

Medelvärdesindex (som anger grad av sjuklighet) för kvinnor resp. män vid första besöket har testats enligt Mann-Whitney och tyder inte på någon signifikant skillnad mellan grupperna. Medelvärdesindex före och efter uppföljningstiden har testats med Wilcoxons teckenrangtest och både för kvinnor och män finner man en signifikant minskning. Medelvärdesindex redovisas i tabell 10.

Tabell 10. Medelvärdesindex

	Värde vid första besök	Värde vid uppföljning
Kvinnor	3.6712	2.6934
Män	3.6319	2.6326

113 omdömen om företagshälsovårdens insatser lämnades. 50% av dessa tog upp förhållanden som var mindre bra eller saknades (tabell 11).

Tabell 11. Omdömen om företagshälsovårdens insatser. Samma person kan ha givit flera omdömen

Insatser	Antal svar
Bra	56
Mindre bra	31
Detta saknades...	26
Totalt	113

83 omdömen om om arbetsgivarens insatser lämnades. 58% av dessa tog upp förhållanden som var mindre bra eller saknades (tabell 12).

Tabell 12. Omdömen om arbetsgivarens insatser. Samma person kan ha givit flera omdömen

Insatser	Antal svar
Bra	35
Mindre bra/detta saknades...	48
Totalt	83

52% av patienterna, motsvarande 58% av kvinnorna och 41% av männen blev sjukskrivna (tabell 13).

Tabell 13. Sjukskrivning hos undersökt grupp

	Kvinnor	Män	Totalt
Sjukskriven	23	9	32 (52%)
Ej sjukskriven	17	12	29
Ej svar		1	1
Totalt	40	22	62

Den längsta sjukskrivningstiden omräknad till heltidssjukskrivning under undersökningstiden var 130 dagar (tabell 14). ( I enkäten har 9 män uppgivit sjukskrivning, vid journalgenomgång fann man uppgifter endast om 6 män.)

Tabell 14. Sjukskrivning omräknat till hela sjukdagar 2001 07 01-2002 06 30

Antal dagar	Kvinnor	Män	Totalt
4 – 30	11	2	13
31 – 60	7	3	10
61 – 90	2		2
91 – 120	2	1	3
121 – 130	1		1
Totalt	23	6	29

6 personer (10%) var fortsatt sjukskrivna efter undersökningstidens slut, 5 personer som mest 90 dagar. En person är fortfarande sjukskriven (tabell 15).

Tabell 15. Personer fortsatt sjukskrivna efter 2002 06 30

Antal dagar	Kvinnor	Män
- 30	3	1
31 - 90	1	
91 – 345		1
Totalt	4	2

Av de 32 tidigare sjukskrivna patienterna var vid uppföljningstidens slut 93% tillbaka i arbete, 16 personer i samma arbete, 11 i annat arbete och 3 arbetssökande (tabell 16). ( 22 kvinnor och 10 män svarade i enkäten på denna fråga – jfr. tabell 13)

Tabell 16. Arbetssituation vid uppföljningstidens slut bland de som varit sjukskrivna

	Samma arbete	Annat arbete	Arbetssökande	Ej svar	Totalt
Kvinnor	13 (41%)	7 (22%)	1 (3%)	1 (3%)	22 (69%)
Män	3 (9%)	4 (13%)	2 (6%)	1 (3%)	10 (31%)
Totalt	16 (50%)	11 (34%)	3 (9%)	2 (6%)	32

## DISKUSSION

### Symtombild

45% av patienterna återfanns i åldersgruppen 30 – 39 år och utgjordes av nästan dubbelt så många kvinnor som män (tabell 1). Majoriteten hade icke manuellt arbete (tabell 2). Jag har inte i läst litteratur funnit några uppgifter om sjukdomsfrekvens fördelat på kön men bland personer långtidssjukskrivna för psykisk sjukdom är kvinnorna i majoritet(3).

Åldersfördelningen kanske avspeglar den hos kundföretagens anställda men en annan förklaring skulle kunna vara att i åldern 30 - 39 år har många familj och kanske mer än ett mindre barn och befinner sig i karriären, således sammantaget större arbetsbörda än i andra skeden av livet vilket kan påverka balansen arbete/privatliv (tabell 8).

Symtombilden vid utmattningssyndrom börjar ofta med trötthet och sömnstörningar, senare tillkommer irritabilitet, oro, ökad cigarett- och alkoholkonsumtion och allteftersom tiden går kroppsliga symtom, tilltagande fokusering på arbetet, minskad förmåga till engagemang i familjeliv och depression(3). I vårt material var psykisk trötthet, nedstämdhet, social trötthet, sömnstörning samt ängslan och oro de vanligaste symtomen både bland kvinnor och män(tabell 3, 4, 5). Man fann ingen skillnad i grad av sjuklighet mellan könen vid första besöket (tabell 10). Nedstämdhet är ett vanligt symtom vid utmattningssyndrom(3) och i vårt material det näst vanligast symtomet i patientgruppen som helhet. Ett observandum är att i enkäten berättade 2 personer om vad som förefaller ha varit relativt uttalade suicidfunderingar vilka ej framkom i läkarkontakten. Patienter skäms ofta över att ha drabbats av utmattningssyndrom(3). 2 av våra patienter berättade inte ens för sina chefer att de sökte läkarhjälp för arbetsrelaterad stress. Flera personer uppgav också rädsla för att mista arbetet om de skulle ge uttryck för att inte orka.

Somatiska sjukdomar kan uppvisa en liknande symtombild som utmattningssyndrom och adekvat somatisk utredning bör göras(3). I vårt material gjordes detta i knappt hälften av fallen vilket jag tycker är för låg frekvens. Man kan givetvis inte ange ”lagom frekvens” men man bör vara observant på att utredning görs. Thyreoideastatus kontrollerades vid trötthet eller hjärtklappning men ändå missades troligen ett fall av hypothyreos pga att prov ej togs. Man fann inte i något fall somatisk sjukdom som ensam skulle kunna förklara hela symtombilden.

Det finns idag ingen evidens för eller emot gynnsamma läkemedelseffekter vid utmattningssyndrom utan depression men det förefaller rimligt att farmakologiskt behandla uttalade affektiva symtom, depression bör behandlas enligt gängse riktlinjer och det är viktigt för tillfrisknandet att återställa en störd sömn(3). 1/3 av patienterna fick farmakologisk terapi (tabell 9). SSRI och hypnotika gavs till vardera 6 patienter.

Det finns viss vetenskaplig evidens för att individorienterade psykologiska behandlingsmetoder kan vara framgångsrika(3). De patienter som fick beteendevetarkontakt var mycket nöjda och de som inte fick sådan efterlyste den. I samtal med patienterna framkom mycket ofta att man kände undran och oro inför stresssymtomen och hade behov av att bearbeta det som lett fram till dessa. Man önskade också hjälp till förbättrad stresshantering.

Kontakt med sjukgymnast etablerades ffa pga värkproblematik men i enstaka fall med önskan om hjälp till avspänning. Studier kring olika avspänningsmetoders effekt på hälsan har hittills endast gjorts på friska människor i syfte att förebygga stress(3). Man är dock överens om att kunskap om en avspänningsmetod är ett effektivt verktyg att använda och det finns stöd i litteraturen för att fysisk aktivitet påverkar den psykiska hälsan i positiv riktning(3).

## Utlösande faktorer

Säkert har en individs totala livssituation betydelse när det gäller att utveckla en stressreaktion men kliniska studier visar att arbetsförhållandena är en central utlösande faktor i ungefär hälften av fallen bland sjukskrivna för affektiva sjukdomar och att de bidrar till insjuknandet i ytterligare ett stort antal fall (3). Det står inte klart vilka förhållanden i arbetet som orsakar den ökande sjukligheten men man kan bl.a. spekulera om betydelsen av neddragningar, omorganisationer och ökande arbetsmängd (3). Bland våra patienter uppgav nästan 2/3 arbetet som huvudsaklig utlösande orsak (tabell 6) och då ffa hög arbetsbelastning (tabell 7), vilket är intressant. Det är visat i forskning att minskning av antalet anställda leder till ökad sjuklighet hos de kvarvarande(3) och just den ökade arbetsbördan efter neddragningar berättade många patienter om. Flera anger bristande balans mellan arbete och privatliv vilket kan vara ett sätt att uttrycka hög arbetsbelastning, som tex. kombinationen yrkesarbete/hemarbete kan innebära för många kvinnor (tabell 8).

## Hälsa och återgång i arbete

Det skedde en statistiskt signifikant minskning av medelvärdesindex för både kvinnor och män (tabell 10). Patienterna fick behandling med farmaka, beteendevetar-, psykiater- och sjukgymnastkontakt samt sjukskrivning var för sig eller i kombination. Jag har inte tittat på utfall för de olika behandlingsgrupperna och några säkra slutsatser om vad som orsakat minskningen av medelvärdesindex kan ej dras. Patienterna behandlades efter i stort sett samma principer som i socialstyrelsens genomgång bedöms rimliga(3) och dessutom mot bakgrund av patienternas symtom föreföll självklara, dvs. man definierade och planerade åtgärder mot de förmodat utlösande stressfaktorerna, gav råd om regelbundna motions-, mat- och sömnvanor, erbjöd vid behov farmakologisk terapi, beteendevetarkontakt och sjukskrivning och försökte starta tidig arbetsinriktad rehabilitering. Ungefär hälften av patienterna blev sjukskrivna (tabell 13). Ofta krävs vid stressrelaterad ohälsa mycket långa sjukskrivningsperioder. En undersökning av landstingsanställda som varit sjukskrivna i 30 dagar eller mer visar att c:a 50% fortfarande sjukskrivna efter ett år (3). I vår patientgrupp förefaller sjukskrivningstiderna förhållandevis korta (tabell 14,15) och återgång i arbete sker i relativt hög frekvens (tabell 16). En förklaring till detta kan vara att patienterna sökt relativt tidigt i sjukdomsförloppet innan så allvarlig sjukdom hunnit utvecklas. Dessutom finns i patientgruppen en hög ambitionsnivå och en stor tveksamhet inför sjukskrivning vilket underlättar rehabilitering (men förstås kan vara bidragande till att stresssjukdom utvecklas). 34% av patienterna gick inte tillbaka till samma anställning som innan sjukskrivningen. Har man sökt sig till ett mindre stressande arbete? Några patienter nämnde sådana funderingar.

## Synen på företagshälsovårdens och arbetsgivarens insatser

I de positiva omdömena om företagshälsovårdens insatser nämndes att man fått beteendevetarkontakt, blivit sjukskriven eller känt stöd (tabell 11). De som var mindre nöjda hade saknat erbjudande om beteendevetarkontakt och uppföljning efter återgång i arbete. Det sistnämnda tillämpades inte rutinmässigt utan erbjöds efter behov. Några personer önskade sjukgymnasthjälp för avslappning. Enstaka personer tyckte sig ha fått vänta för länge på läkartid och ett par personer hade upplevt oengagemang hos personalen.

När det gällde synen på arbetsgivarens insatser (tabell 12) var framför allt de som fått ekonomisk hjälp till beteendevetarkontakt nöjda. Flera hade upplevt stöd från chef och personalavdelning men endast 1 person (!) angav att rehabiliteringsutredning gjorts. Så många som 24 personer uppgav dock att de inte fått någon hjälp alls. De efterlyste förbättrade kunskaper om stress hos arbetsgivaren, konkreta rehabiliteringsinsatser och långsiktig planering och stöd (jmf önskemålet ovan om uppföljning efter återgång i arbete).

## **”Lärdomar”**

Många patienter har en hög ambitionsnivå vilken i förening med höga yttre krav kan disponera för utveckling av stressymtom. Jag tycker mig hos vissa patienter se tecken på en ”livsstilssjukdom” och att livsstilsförändringar behövs för att återställa och bibehålla hälsan. 51 personer svarade ja på frågan om de hade fått någon kunskap eller erfarenhet som kan användas för att undvika nya stressymtom och nämnde då såna saker som prioritering mellan arbetsuppgifter, ”säja nej”, skapa balans mellan arbete och fritid, ”lyssna på kroppen” och tänka på mat, motion och sömn.

## **Slutsatser**

Det vanligaste symtomet för både kvinnor och män var psykisk trötthet följt av social trötthet för kvinnor och nedstämdhet för män. Den vanligaste utlösande orsaken var arbetet och då ffa hög arbetsbelastning, ”rörig organisation” och omorganisationer. 68% av patienterna hänvisades till beteendevetare och 37% fick farmakologisk behandling. 58% av kvinnorna och 41% av männen var sjukskrivna, sjukskrivningstiderna troligen jämförelsevis korta och återgång i arbete relativt hög. Det förelåg ingen skillnad i sjuklighet mellan kvinnor och män vid första besöket och för bägge grupperna minskade sjukligheten signifikant över tid. 82% av patienterna sade sig i samband med sjukperioden ha fått kunskaper som de använder i hälsofrämjande syfte.

Förhållandevis få patienter blev somatiskt utredda. Man bör vara ökat observant i framtiden på att sådan utredning görs.

De patienter som fått beteendevetarkontakt var mycket nöjda och de som ej fått sådan kontakt efterlyste den. Det vore önskvärt att kunna erbjuda beteendevetarkontakt till alla. Flera patienter efterfrågade hjälp till avslappning och även sådan behandling är välmotiverad. Uppföljning efter återgång i arbete efterfrågades och bör ske för att minska risken för återfall. Många patienter efterlyste ökade kunskaper om stress och stressjukdomar hos arbetsgivaren. Företagshälsovårdens stressutbildning på företagen bidrar till att öka kunskaperna och efterfrågas alltmer. Rehabiliteringsutredning gjordes i alltför få fall. Arbetsgivaren har ansvar för att göra utredningen men företagshälsovården bör som led i behandlingen bevaka att den görs.

## LITTERATURREFERENSER

1. Arnetz B, red. Stress. Stockholm: Liber;2002
2. Währborg P. Stress och den nya ohälsan. Stockholm: Natur och kultur; 2002
3. Åsberg M, Glise K, Herlofson J, Jacobsson L, Krakau I, Nygren Å, Perski A, Svensson A. Utmattningsyndrom. Socialstyrelsen (under tryckning).