

FoUII-centrum
Skaraborg

Sjukt trött? Diagnostik av utmattningssyndrom vid Vilans vårdcentral, Skara 2024

Författare:
Sofia Svensson, ST-läkare
Bräcke vårdcentral Vilan
Rapportnummer 2025:01

Rapport 2025:01

Projektdatabasen FoU i VGR:

<https://www.researchweb.org/is/vgr/project/282729>

Utförd i grundläggande kurs i FoU-metodik
FoUUI-centrum primär och nära vård Skaraborg

Handledare:

Tobias Andersson, distriktsläkare, medicine doktor
Adjungerad universitetslektor vid Göteborgs universitet
FOUUI primär och nära vård Skaraborg

Sammanfattning

Bakgrund

Diagnosen utmattningssyndrom innebär ofta långvarig sjukskrivning och en stor livsomställning för patienten, då det saknas botande behandling utöver ökad återhämtning. Symtomen med bland annat trötthet är vanliga i primärvården och kan ha många orsaker – somatiska, psykiatriska och sociala. Syftet med denna verksamhetsuppföljning var att ta reda på vilken utredning som gjorts på Vilans vårdcentral i Skara innan diagnosen utmattningssyndrom ställts.

Metod

En retrospektiv journalgranskning har gjorts för de 46 patienter som vid ett valt datum våren 2024 hade en pågående sjukskrivning för utmattningssyndrom som översta diagnos på sjukintyget. Utifrån ett granskningsprotokoll har deras journaler gått igenom och det har noterats vilken utredning som gjorts innan diagnosen ställdes.

Resultat

Fem av de 46 ursprungliga patienterna föll bort då diagnosen ställts på annan vårdcentral eller sjukhusklinik. Av de återstående 41 var 88 % kvinnor och medelåldern var 50,7 år. Utredningen som gjorts innan diagnos varierade från mycket omfattande till sparsam. Sjukhistoria, arbets- och familjesituation var generellt väl kartlagd. I flera fall hade man vare sig tagit prover eller gjort någon somatisk undersökning. För hälften av patienterna hade man inte efterforskat kring alkoholbruk och än färre för droger och våld i nära relation.

Slutsats

I många fall hade man gjort en omfattande utredning, i andra fall mer sparsam. Förslagsvis kan det vara lämpligt att göra en relativt omfattande utredning under flera besök innan diagnosen utmattningssyndrom ställs, för att utesluta andra behandlingsbara orsaker till symtomen.

Nyckelord

Primärvård, sjukskrivning, trötthet, utmattningssyndrom, utredning

Innehållsförteckning

Bakgrund.....	1
Diagnosen utmattningssyndrom	1
Utmattningssyndrom – eller något annat?	2
Syfte.....	3
Frågeställningar	3
Metod	3
Studiedesign	3
Urval	3
Datainsamling och analys	4
Etiska överväganden	4
Resultat	5
Diskussion.....	9
Resultatdiskussion	9
Klinisk betydelse	10
Metoddiskussion	11
Slutsats	13
Referenslista.....	14

Bilaga 1 Diagnostiska kriterier utmattningssyndrom

Bilaga 2 Förslag till nya diagnoskriterier

Bilaga 3 Granskningsprotokoll

Bakgrund

Diagnosen utmattningssyndrom

Diagnosen utmattningssyndrom användes för första gången 2003 i en kunskapsöversikt från Socialstyrelsen, som ett svar på den dramatiska ökning av långtidssjukskrivningar för psykisk ohälsa som man sett i Sverige sedan 1990-talet [1]. Diagnosen fick 2005 ICD-koden F43.8A och har sedan dess ökat i användning. Det är oklart om detta står för en verklig ökning av antalet utmattade patienter, att det beror på ökad kunskap om diagnosen eller att den överanvänds [2].

Problematiken med utmattning till följd av långvarig stressbelastning var känd långt före 2003. Kort efter att billigt elektriskt ljus möjliggjort arbete oberoende av solen kom diagnosen *neurasteni* 1869 och sedan den föll ur mode har liknande mentala trötthetstillstånd fortsatt vara vanliga under 1900-talet [2, 3]. Stressrelaterad utmattning är inget unikt svenskt fenomen, men i olika länder har man använt olika diagnosbegrepp, bland annat det amerikanska *burnout*, vilket inte helt motsvarar det svenska utmattningssyndromet, varför internationella jämförelser är svåra att göra [2].

Utmattningssyndrom är inte ett resultat av hög stressbelastning i sig, utan snarare av långvarig stressbelastning utan tillräcklig återhämtning [4, 5]. Insjukandet i utmattningssyndrom kännetecknas av tre faser: riskfas, akutfas och återhämtningsfas [2]. Risken bör uppmärksammas tidigt [6], men diagnosen ska sättas först i akutfasen, om patienten uppfyller diagnoskriterierna enligt Socialstyrelsen (se bilaga 1) [1, 2]. Ett omarbetat förslag på diagnoskriterier har nyligen presenterats (se bilaga 2) för att tydligare avgränsa patientgruppen och undvika överdiagnostik [2]. Det finns inte mycket vetenskaplig evidens för vilka behandlingar som är verksamma vid utmattningssyndrom. Med stöd av de studier som gjorts samt beprövad klinisk erfarenhet rekommenderas åtgärder för att öka balansen mellan aktivitet och återhämtning, genom fysisk aktivitet, förbättrad sömn, insatser på arbetsplatsen, färdighetsträning, samtalsstöd samt sjukskrivning. Läkemedel såsom SSRI kan provas, men vetenskapligt stöd för detta saknas [2, 7].

Det finns studier som beskriver strukturella och funktionella förändringar i hjärnan vid utmattningssyndrom, men studierna har hittills varit små och inte lett till något som kan användas i den kliniska verkligheten [2, 8, 9, 10, 11].

Utmattningssyndrom – eller något annat?

I Sverige har det totala antalet sjukskrivna (det vill säga alla diagnoser sammantaget) minskat – om än inte linjärt – mellan åren 1986 och 2019. Andelen sjukskrivna för psykiatriska diagnoser har emellertid stadigt ökat under samma tid, och inom den gruppen står utmattningssyndrom sedan 2008 för en allt större andel [2]. Ökningen av utmattningsdiagnosen har blivit omdiskuterad. Den har tolkats som ett resultat av en verklig ökad stress i arbetslivet [12], men också som ett uttryck för överutnyttjande av systemet och fusk, eller som en medikalisering av normalt mänskligt lidande, som skrämmer människor från ansträngning snarare än hjälper dem [13]. Vissa har tolkat utmattningssyndromet som en ”kulturell sjukdom” som skapats i den svenska kulturen [14].

De symtom som ses vid utmattningssyndrom är vanliga i primärvården och risken för över- och feldiagnostik är därför betydande. Det finns en tendens att nya diagnoser överanvänds och sätts för diverse olika bekymmer patienter söker för [2]. Första steget i diagnostiken är att utforska om den trötthet och de övriga symtom patienten lider av kan ha en organisk orsak – till exempel anemi, tyreoidesjukdom, malignitet – eller bero på läkemedel, droger eller alkohol. Den sociala situationen ska kartläggas och annan psykisk sjukdom övervägas [2, 7, 15].

Skattningsskalor för utmattningssyndrom kan användas [16, 17, 18, 19]. En risk är att patienten tolkar sina symtom som orsakade av yttre stress, med följden att läkaren avstår från att söka andra medicinska förklaringar. För att bli klar över hela bilden av patienten – somatiskt, socialt och psykiatriskt – och kunna värdera symtomen till fullo krävs ofta flera besök innan diagnosen utmattningssyndrom kan ställas [2].

I de flesta fall sker hela diagnostiken och behandlingen av utmattningssyndrom i primärvården. Ofta innebär diagnosen långvarig sjukskrivning och stora konsekvenser för framför allt individen men även för samhällsekonomin. Mitt intresse för utmattningssyndromet kommer bland annat ur att jag i den kliniska vardagen fått flera patienter för förlängning av sjukskrivning under denna diagnos, där jag ifrågasatt om den verkligen stämmer. Ofta träffar vi läkare dessa patienter vid ett första, tidspressat akutbesök. En hastigt satt diagnos kan sedan hänga kvar utan omprövning eller tillräcklig differentialdiagnostik, med följd att vi riskerar att missa både allvarlig annan sjukdom och sociala problem. Min hypotes är att det finns brister i differentialdiagnostiken, dvs att andra orsaker till symtomen inte alltid övervägs i en tillräcklig omfattning.

Syfte

Syftet med verksamhetsuppföljningen är att kartlägga vilken utredning som görs innan diagnosen utmattningssyndrom ställs på Vilans vårdcentral.

Frågeställningar

- Hur många patienter hade 2024-04-25 en pågående sjukskrivning för diagnosen utmattningssyndrom på Vilans vårdcentral?
- Hur ser köns- och åldersfördelningen ut bland patienterna?
- Framgår det av journalen om patienterna uppfyller diagnoskriterierna för utmattningssyndrom enligt Socialstyrelsen (bilaga 1)?
- Har skattningsskalor använts? Vilka?
- Har somatisk undersökning gjorts?
- Har det tagits prover?
- Har man utfört radiologisk undersökning av hjärnan med DT eller MR?
- Har man efterfrågat och/eller provtagit för alkohol och droger?
- Är den sociala situationen kartlagd? Har våld i nära relation efterfrågats?

Metod

Studiedesign

På uppdrag av verksamhetschef på Vilans vårdcentral gjordes en retrospektiv journalgranskning av samtliga 46 patienter som 2024-04-25 haft en pågående sjukskrivning under diagnosen utmattningssyndrom. Vilans vårdcentral i Skara drivs av Bräcke diakoni och har cirka 18 000 listade patienter.

Urval

Med hjälp av vårdcentralens rehabiliteringskoordinator – som använt sig av dataprogrammet Rehabstöd – erhöles en lista över samtliga patienter med diagnos F43.8A utmattningssyndrom som översta diagnos på pågående sjukintyg. Diagnosen utmattningssyndrom har i de sjukskrivnas fall en stor funktionspåverkan och inverkan på patienternas liv. En sökning med Medrave (Medrave Software AB) visade att totalt 118 patienter på vårdcentralen haft diagnosen utmattningssyndrom under 2023. En pilotstudie på 5 patienter ur hela denna patientgrupp gjordes först. Det noterades då flera fall där diagnosen satts vid enstaka tillfälle utan större resonemang bakom eller påverkan på patientens behandling. Därför valdes i stället gruppen sjukskrivna.

Datainsamling och analys

Ett granskningsprotokoll användes (se bilaga 3) vid genomgång av varje journal, som försågs med ett löpnummer varvid journaluppgifterna pseudonymiserades, det vill säga personnummer ersattes med löpnummer. Listan med personnummer och vilka löpnummer de motsvarat har bara jag själv haft tillgång till och den har förvarats inlåst. Vid registrering i granskningsprotokollet har som diagnoskriterier räknats endast symtomkriterierna A–D, inte de mer differentialdiagnostiska kriterierna E–F, som berörs mer av andra frågeställningar. Uppgifterna inhämtades från den tidpunkt då diagnosen utmattningssyndrom sattes, det vill säga utredningar som påbörjats senare än när diagnosen sattes inkluderades inte. Då åtkomst till sammanhållen journalföring inte ingått i uppdragstilldelningen, användes bara vårdcentralens egen journal, inkluderande journaltext, provsvar, sjukintyg och inskannade dokument såsom skattningsskalor, röntgen- och remissvar. Även det äldre journalsystemet vid namn Profdoc Journal 3 som var i bruk fram till 2016 användes, om diagnosen satts innan den aktuella journalen Webdoc började användas. Uppgifterna i granskningsprotokollen fördes sedan över till ett Excelark, för summering enligt kvantitativ metod. I de fall diagnosen ställts på annan klinik än Vilans vårdcentral registrerades detta som bortfall.

Etiska överväganden

Ingen ansökan till etikprövningsnämnden gjordes då studien utförts som en verksamhetsuppföljning. Uppföljningen gjordes på uppdrag av chef på den aktuella vårdcentralen. Då utmattningssyndrom är en relativt vanlig diagnos som i regel kvarstår under lång tid och ofta leder till långvarig arbetsfrånvaro och stora omställningar i patientens liv, både vad gäller självbild och aktivitetsmönster, är det av stor vikt att diagnosen sätts på rätt patienter. Detta även då det kan innebära att annan verksam behandling inte ges utan patienten främst ordinerar vila. Vårdcentralens läkare informerades om den planerade journalgranskningen i samband med ett läkarmöte.

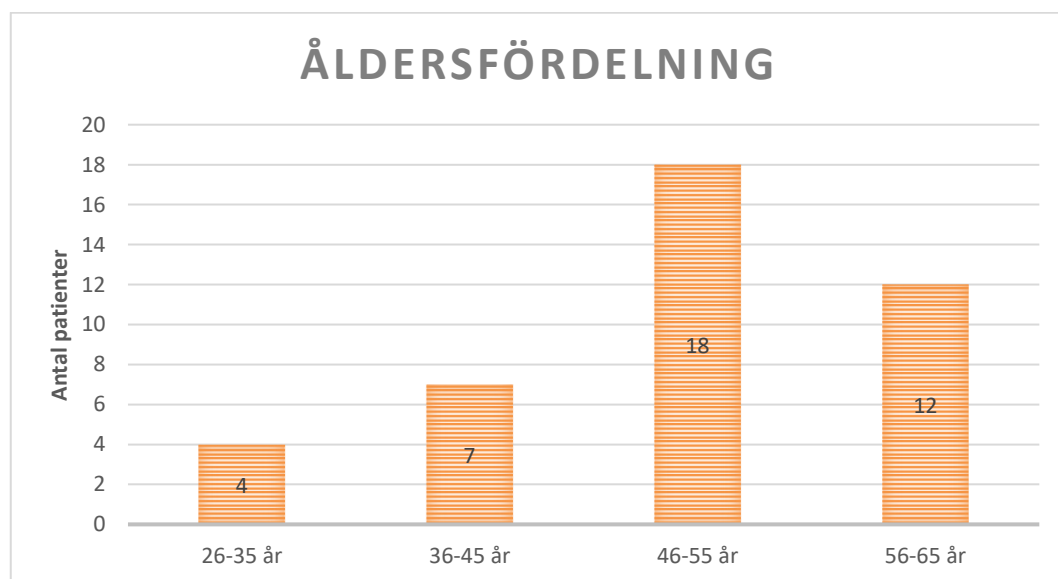
Ett potentiellt etiskt problem var om det upptäcktes misstänkt felaktiga diagnoser. Vid tydliga fall var avsikten att den behandlande läkaren informerades om detta, för att eventuellt komplettera utredningen. Detta skulle möjligen ha kunnat få konsekvenser för patienten genom att till exempel grunden för sjukskrivning kunnat komma att förändras, men även att patienten fått en bättre behandling genom att korrekt diagnos ställts. En annan aspekt var risken att läkarkollegor känt sig granskade och ifrågasatta. Innan journalgranskningen påbörjades diskuterades dessa frågor med kollegorna vid ovan nämnda läkarmöte.

Patientdata hanterades pseudonymiserat, som beskrivs i metodavsnittet. Det fanns också risk för upplevt integritetsintrång från patienternas sida, vars journaler lästs, men den potentiella nyttan med projektet bedömdes överväga den eventuella risken. Resultaten har presenterats på grupp nivå för att säkerställa att enskilda personer inte kunnat identifieras.

Resultat

Populationen

Vårdcentralen hade 2024-04-25 totalt 269 pågående sjukskrivningar hos Försäkringskassan, varav 141 för psykiska diagnoser. Fyrtiosex av dem hade utmattningssyndrom som överst listad diagnos på sjukintyget. Av dessa har 5 registrerats som bortfall då diagnosen ställts på annan vårdcentral eller sjukhusklinik. I den återstående gruppen på 41 var 36 kvinnor (88 %) och 5 män (12 %). Medelåldern för patienterna var 50,7 år och medianåldern 53 med interkvartilavstånd 45–56 år. Se åldersfördelning i figur 1. Den angivna åldern var aktuell ålder vid datumet ovan, inte vid diagnosens tillkomst.



Figur 1. Åldersfördelning för patienterna som inkluderats i verksamhetsuppföljningen.

Diagnoskriterier och skattningsskalor

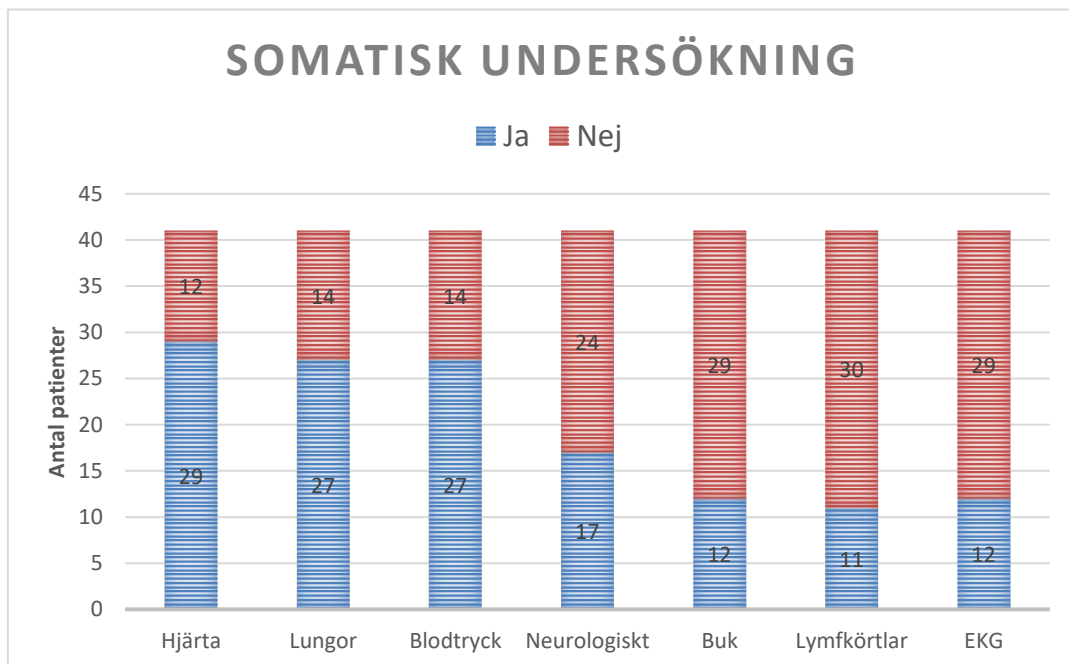
I 6 fall kommenterar läkaren i journaltext att diagnoskriterierna för utmattningssyndrom är uppfyllda, medan man i 12 fall kan utläsa av beskrivningen av patientens symtom att så är fallet. I 22 fall är det oklart och i ett fall framgår det av texten att diagnoskriterierna inte är uppfyllda, men diagnosen har ändå satts.

För ungefär hälften av patienterna (20 stycken) har man använt en eller flera skattningsskalor, vanligast KEDS (15 patienter) och MADRS-S

(15 patienter). S-UMS användes bara en gång. Elva gånger har andra skalor varit del av utredningen (GAD-7, HAD, MFS, AUDIT, ASRS, WURS, DIVA-5, WHODAS 2.0 och MoCA).

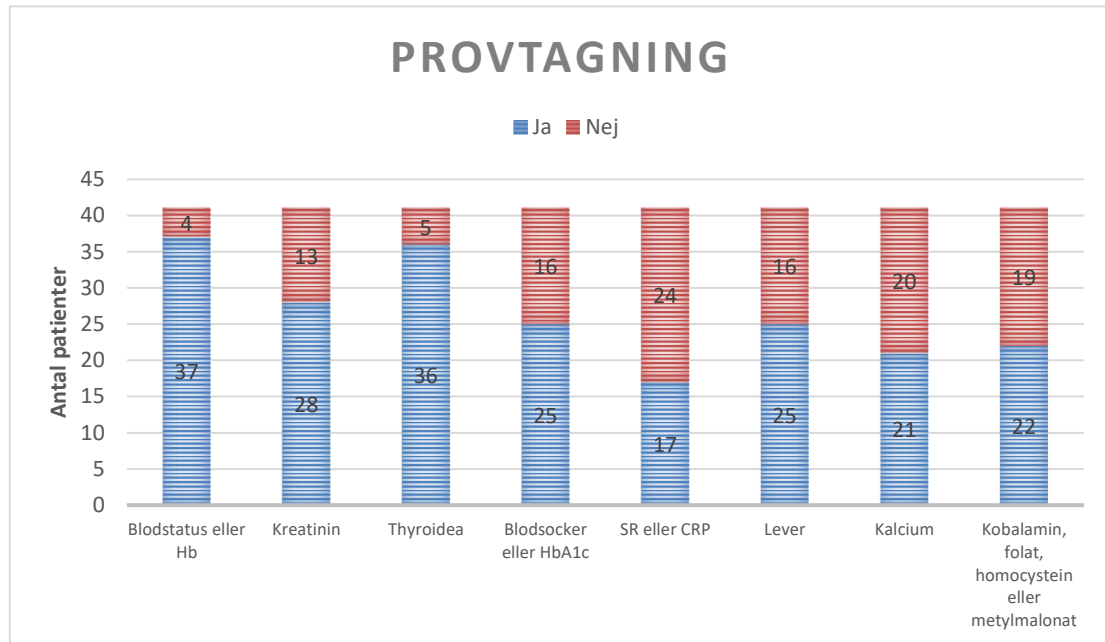
Somatisk undersökning och provtagning

Vilken kroppsundersökning som gjorts innan diagnosen ställts varierade mycket, från ingen alls (i 7 fall, 17 %) till utförlig, beroende på vilka symtom patienten uppvisat och i vilket skede diagnosen satts, figur 2.



Figur 2. Somatisk undersökning innan diagnos utmattningssyndrom ställts på Vilans vårdcentral. I kategorin neurologisk undersökning utfördes en enklare sådan i 7 fall och mer utförlig i 10, varav båda grupperna återfinns under ja i figuren.

På samma sätt varierade provtagningen från ingen alls (i 4 fall, 10 %, varav man i 3 fall ej heller gjort någon somatisk undersökning) till omfattande, figur 3. När patienten sökt med en tydlig förklaringsmodell med stressfaktorer i arbets- och/eller privatlivet har man ibland avstått helt.



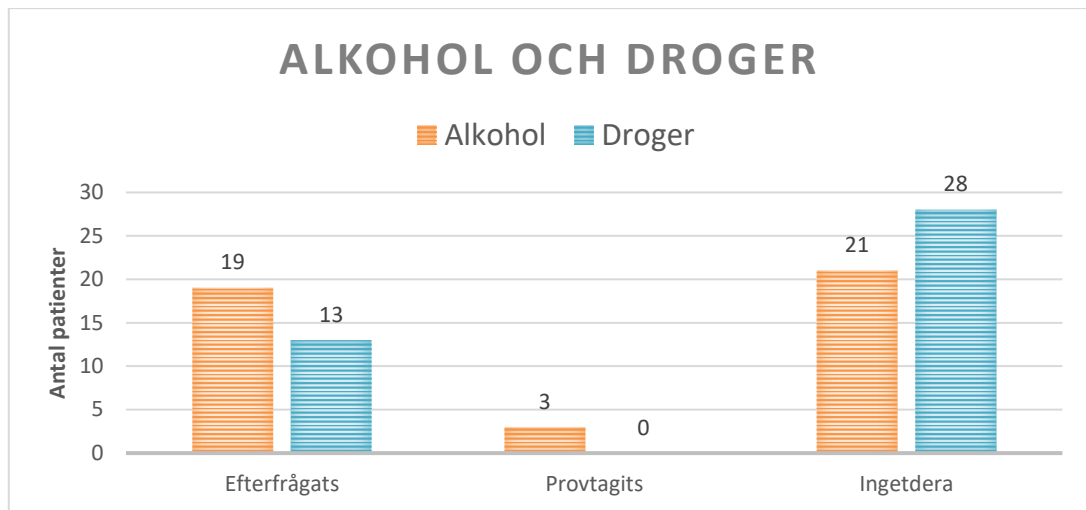
Figur 3. Provtagning innan diagnosen utmattningssyndrom ställts.

Radiologi

Majoriteten av patienterna, 35 stycken (85 %), har inte genomgått någon radiologisk undersökning av hjärnan vid tiden för diagnossättandet. Fem patienter har genomgått DT hjärna och 3 MR (varav 2 patienter ingår i båda grupperna), men i MR-gruppen har 2 gjort undersökningen via sjukhusklinik parallellt, vilket kommit till vårdcentralsläkarens kännedom.

Alkohol och droger

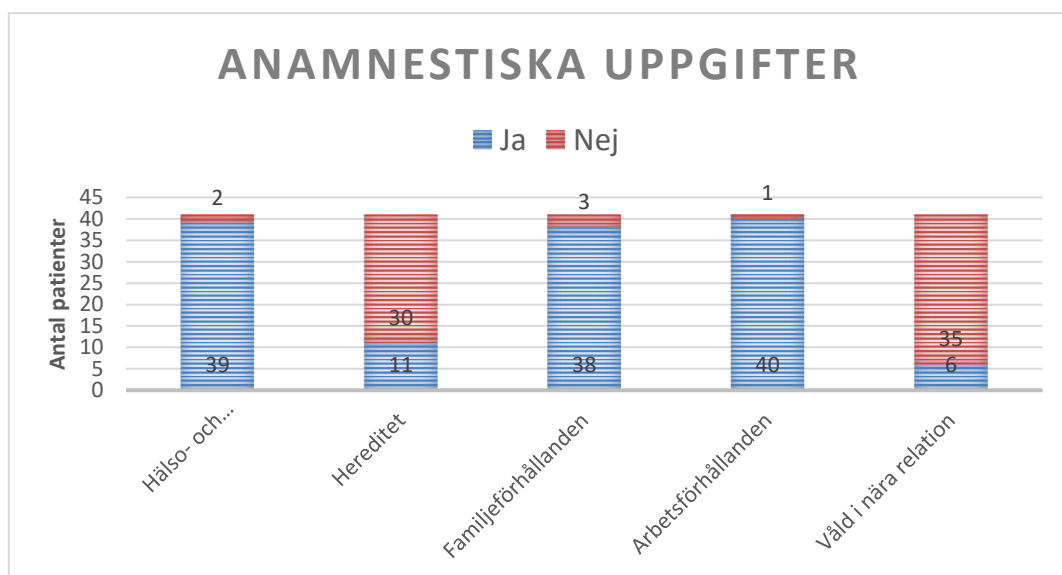
När det kommer till alkohol har man i drygt hälften av fallen varken efterfrågats eller provtagits för det, figur 4. Ibland har AUDIT använts, detta har då räknats som att alkohol efterfrågats. I två fall har man både efterfrågats och provtagits för alkoholbruk. Än färre har frågats om droganvändning, eller åtminstone har det inte journalförts, och inte i något fall har man provtagit för droger innan diagnos.



Figur 4. Efterforskning av alkohol- och drogbruk innan diagnos utmattningssyndrom.

Social situation och bakgrund

Hälso- och sjukdomshistoria har efterfrågats och journalförts i nästan alla fall, likaså familje- och arbetsförhållanden, figur 5. Hereditet har efterfrågats och noterats hos cirka en fjärdedel och våld i nära relation i 6 av 41 fall (15 %).



Figur 5. Inhämtade och journalförda anamnestiska uppgifter innan diagnos.

Diskussion

Denna verksamhetsuppföljning av vilken utredning som gjorts innan man ställt diagnosen utmattningssyndrom vid Vilans vårdcentral i Skara visar på en stor variation i utredningens omfattning. Ibland har man ställt diagnosen helt utan någon kroppsundersökning eller provtagning. I en majoritet av fallen har man inte efterforskat alkohol- eller annan substansbruk och hos bara en minoritet har våld i nära relation efterfrågats.

Resultatdiskussion

Den kvinnliga överrepresentationen i gruppen sjukskrivna för utmattningssyndrom är slående, både i denna studie och i tidigare och mer omfattande data [27]. Hur kan det komma sig? Kvinnor arbetar i långt högre utsträckning än män i människovårdande yrken – vård, skola och omsorg, där etisk stress riskerar att uppstå vid större arbetsbörda än vad de anställda hinner eller förmår – och är också i högre grad sjukskrivna för stressrelaterade psykiska diagnoser [2]. Under 1990-talet slog den marknadsliberala ekonomiska modellen igenom med bland annat personalminskningar i den offentliga förvaltningen [2]. Det har visats att ju fler medarbetare som då försvann, desto högre var sjuktalen 3–5 år senare bland dem som var kvar [12]. En ny ökning i stressdiagnoser kom efter att New Public Management införts i offentlig verksamhet, vilket innebar att de anställda vid sidan av kärnverksamheten med vård, undervisning etcetera även skulle mäta och analysera det de gör [2]. Tidigare studier har visat att kvinnor oftare än män uppger vård av anhöriga, hushållsarbete och relationsproblem som bidragande stressorer [20], och i synnerhet mödrar till barn med neuropsykiatriska diagnoser är överrepresenterade bland patienter med stressdiagnoser [2, 21]. Då exempelvis ADHD har en stark ärftlig komponent kan det också finnas oupptäckt neuropsykiatri hos föräldrarna, vilket ytterligare kan bidra till utmattningen [22].

En majoritet av patienterna är i dryga 50 års åldern, varför man kan spekulera i om symtom relaterade till klimakteriet inverkar [23]. Sammantaget kan flera faktorer sannolikt spela in i överrepresentationen av kvinnor i övre medelåldern – lång tids ansvar för barn och med tiden även åldrande föräldrar, samt arbete i människovårdande yrken som genomgått rationaliseringar med etisk stress som följd.

Journalgranskningen visar att den diagnostiska processen har varierat mycket – från att diagnosen satts på ett första akutbesök för symtomen, med eller utan provtagning och somatisk undersökning, till flera år av utredningar av somatisk och/eller psykisk sjukdom, remisser,

skattningsskalor och röntgenundersökningar. I de senare fallen har utmattningssyndrom ibland blivit ett slags uteslutningsdiagnos, trots att patienten inte egentligen behöver ha upplevt sig särskilt stressad, utan bara börjat få kroppsliga symtom. Både kontinuitet – att läkaren är väl insatt i patientens sjukhistoria – och byte av läkare för att se på tillståndet med nya ögon, menar jag kan innebära för- och nackdelar. En risk är att läkaren alltför snabbt bedömer att det rör sig om utmattningssyndrom och att uppföljande besök mest blir en bekräftelse på en tolkning läkaren och patienten redan gjort.

Vissa av utredningsmomenten som ingått i mitt granskningsprotokoll – såsom radiologi och EKG – är det fullt rimligt att man inte gjort på alla patienter, om inte patientens symtom pekar i en sådan riktning. Däremot förefaller sonderingen kring alkohol och droger – som är förhållandevis enkelt gjord och relevant för flertalet patienter med trötthet – ofta glömmas bort, även i fall där det finns en tidigare historia av missbruk. Det kan förstås ha efterfrågats utan att journalföras, men resultatet är ändå slående. Alkohol- och drogmissbruk kan ge symtom liknande dem vid utmattningssyndrom, och det finns en ökad risk för alkohol- och substansbruk vid stress och psykisk ohälsa [24, 25].

Arbetsförhållanden och familjesituation är i nästan alla fall väl kartlagd, liksom hälso- och sjukdomshistorien, vilket förstås är bra, men hereditet som efterfrågats i klart mindre grad är heller inte oviktigt med tanke på till exempel bipolaritet, som har en stark ärftlig komponent.

Våld i nära relation är – i synnerhet mot bakgrund av den stora andelen kvinnor – något man skulle önska oftare efterfrågades, då detta kan leda till ett upprepat sökande för symtom liknande dem vid utmattningssyndrom [26].

Klinisk betydelse

Det ska framhållas att i många fall är utredningen som gjorts innan diagnos omfattande och fullt tillfredsställande. Ofta har man, helt enligt rekommendationerna, väntat åtskilligt med att sätta en så definitiv diagnos som utmattningssyndrom och i stället initialt valt diagnoser som reaktion på svår stress eller anpassningsstörning. I vissa fall kan det vid en granskning i efterhand av det slag som här genomförts rentav framstå som att diagnosen ibland satts för sent. Patienten har sökt med uttalade symtom på stress och sjukskrivits i kortare perioder utan uppföljning eller insatser för att ändra situationen, för att efter några månader befinna sig i total utmattning.

Diagnoskriterierna är – som de kritiserats för – diffusa och kanske överinkluderande; ofta är det svårt att skilja utmattning från depression.

Vid denna journalgranskning har noterats att det ibland är utebliven behandlingseffekt av läkemedel som med tiden lett in på diagnosen utmattningssyndrom i stället för depression, som ibland varit initial diagnos. Andra studier har visat att läkare tenderar att modifiera patientens symtombild och diagnos för att få igenom den sjukskrivning man bedömer att patienten behöver [28].

Det är – som redan nämnts – viktigt att göra en relativt omfattande utredning somatiskt, psykiatriskt och socialt, innan man ställer diagnosen utmattningssyndrom, då alltifrån cancer till relationsförtryck och alkoholism kan ge dessa symtom. Förslagsvis kan man hålla ”diagnosfönstret” öppet under till exempel de tre första besöken för denna typ av symtom, för att både hinna med all utredning och samtidigt se hur förloppet utvecklar sig, även om läkaren förstås kan få en stark misstanke redan vid första mötet med patienten. Kanske befinner sig patienten i riskfas snarare än att det är ett fullt utvecklat utmattningssyndrom och kan med vissa förändringar (om sådana är möjliga) bromsa förloppet. En svårighet är de i primärvården vanligen relativt korta besökstiderna (jämfört med i till exempel specialistpsykiatri) – att få med allt av relevans vid ett och samma besök med en patient som är utmattad ter sig närmast som en omöjlighet. Att ordna fram flera besökstider kan också vara problematiskt, men är det fråga om längre sjukskrivningsärenden brukar återbesök ändå bli aktuella. Ett förslag på utredningsupplägg kan vara enligt följande:

Besök 1 – aktuell situation, sjukhistoria, eventuell somatisk undersökning inriktat på eventuella kroppsliga symtom, provtagning, sjukskrivning, skattningsskalor att fylla i efter besöket.

Besök 2 – somatisk undersökning, uppföljning av sjukskrivning, alkohol- och droganamnes, utvärdering skattningsskalor.

Besök 3 – fördjupad psykiatrisk anamnes inklusive hereditet, utökad social anamnes inklusive relationsvåld, uppföljning av sjukskrivning, diagnostiska överväganden.

Metoddiskussion

En styrka med denna studie/verksamhetsuppföljning är att den belyser hur verkligheten ser ut i relation till rekommendationerna. Något liknande har jag inte funnit publicerat om utmattningssyndrom. Jag hoppas att detta kan leda till diskussion om vad som faktiskt är relevant och bör ingå i en utredning, i en tillvaro där läkare överöses av rekommendationer och riktlinjer.

En svaghet i studien är att jag bara tagit fram den utredning som gjorts innan diagnosen ställts. I många fall har man fortsatt utredningen efter att diagnosen satts, av samma eller annan läkare. Det hade varit intressant att studera både vad som gjorts innan diagnosen ställdes och sedan till

exempel under det första året efter diagnos i fråga om utredning. I ett flertal fall har jag vid journalgranskningen emellertid funnit att någon ytterligare utredning inte gjorts heller efter att diagnosen sattes, även om nästan ingen gjordes initialt och patienten varit sjukskriven för utmattningssyndrom i flera år.

Det har ibland varit svårt att avgränsa vilken utredning bakåt i tiden som varit av relevans, till exempel prover tagna ett par månader tidigare har jag räknat som aktuella – om patienten redan då hade sina symtom – men inte för till exempel ett år sedan, om patienten då inte börjat söka för de aktuella symtomen. Man bör också komma ihåg att vi i den här studien bara ser de patienter som alltså har diagnosen utmattningssyndrom – inte dem där man kanske misstänkt det initialt eller patienten själv trott sig haft det, men där man sedan kommit till en annan slutsats.

Jag konstaterar vidare att det är ett litet material på bara 41 patienter. De diagnostiserande läkarna är dock många till antalet på en stor vårdcentral och över flera års tid, och varierar från fast anställda allmänspecialister till utbildningsläkare och stafettläkare. Det går inte att säga om resultaten är reproducerbara på andra vårdcentraler; troligen säger det något om hur det kan se ut i verkligheten när patienter söker för den här typen av symtom, men säkerligen skiljer sig också rutiner åt mellan olika vårdcentraler. En notering är att diagnosen i några fall satts först av samtalsterapeut och först därefter av läkaren.

Endast patienter med utmattningssyndrom som översta diagnos på sjukintyget har inkluderats; hade man tagit med även de som haft den som en lägre stående diagnos hade det förstås blivit fler patienter i studien, men samtidigt har man då en annan huvudförklaring (till exempel ADHD eller depression), varför jag inte uppfattat dessa som lika intressanta för det jag velat studera.

Vidare hade det varit intressant att göra en kvalitativ studie om läkares erfarenheter och tankar om utmattningssyndrom, då diagnosen är kontroversiell och det varit märkbart under arbetet med denna studie att läkare har olika och ofta starka åsikter om den.

Slutsats

Den utredning som gjorts innan diagnosen utmattningssyndrom satts på Vilans vårdcentral, på de studerade sjukskrivna patienterna, uppvisar en stor variation. I vissa fall är utredningen högst begränsad, bland annat då diagnosen satts vid första söktillfället, i andra fall mycket omfattande och pågående under flera års tid. Det finns en klar förbättringspotential i utredningen kring alkohol- och drogbruk samt våld i nära relation. För att hinna med en rimlig kartläggning av patienten somatiskt, psykiatriskt och socialt kan det vara rimligt att låta det gå flera besök innan diagnosen utmattningssyndrom ställs.

Referenslista

1. Socialstyrelsen. 2003. Utmattningsyndrom – stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen.
2. Åsberg M (red.). 2024. Utmattningsyndrom. Stockholm: Gothia kompetens.
3. Hagnell O, Gräsbeck A, Ojesjö L, Otterbeck L. Mental tiredness in the Lundby study: incidence and course over 25 years. *Acta Psychiatr Scand*. 1993 Nov;88(5):316-21.
4. Colombo V & Cifre Gallego E. The importance of recovery from work: A review of where, how and why. *Papeles del Psicólogo*. 2012; 33(2), 129-137.
5. Schneiderman N, Ironson G, Siegel SD. Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:607-28.
6. Adamsson A, Bernhardsson S. Symptoms that may be stress-related and lead to exhaustion disorder: a retrospective medical chart review in Swedish primary care. *BMC Fam Pract*. 2018 Oct 30;19(1):172.
7. Västra Götalandsregionen. 2022. Regional medicinsk riktlinje, Stressrelaterad psykisk ohälsa. URL: <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/hos4380-250679164-21301/surrogate/Stressrelaterad%20psykisk%20ohälsa%2C%20RMR.PDF> [Åtkomst 2025-01-02]
8. Jovanovic H, Perski A, Berglund H, Savic I. Chronic stress is linked to 5-HT(1A) receptor changes and functional disintegration of the limbic networks. *Neuroimage*. 2011 Apr 1;55(3):1178-88.
9. Savic I, Perski A, Osika W. MRI Shows that Exhaustion Syndrome Due to Chronic Occupational Stress is Associated with Partially Reversible Cerebral Changes. *Cereb Cortex*. 2018 Mar 1;28(3):894-906.
10. Lennartsson AK, Sjörs A, Währborg P, Ljung T, Jonsdottir IH. Burnout and Hypocortisolism - A Matter of Severity? A Study on ACTH and Cortisol Responses to Acute Psychosocial Stress. *Front Psychiatry*. 2015 Feb 2;6:8.
11. Stetler C, Miller GE. Depression and hypothalamic-pituitary-adrenal activation: a quantitative summary of four decades of research. *Psychosom Med*. 2011 Feb-Mar;73(2):114-26.

12. Bryngelson A, Mittendorfer-Rutz E, Fritzell J, Asberg M, Nygren A. Reduction in personnel and long-term sickness absence for psychiatric disorders among employees in Swedish county councils: an ecological population-based study. *J Occup Environ Med.* 2011 Jun;53(6):658-62.
13. Jernberg M. Därför skenade diagnosen utmattningssyndrom. *Psykologtidningen.* 2021.
14. Ferrada-Noli M. Utmattningssyndrom är en kulturellt betingad diagnos unik för Sverige. *Dagens medicin.* 2007.
15. Åsberg M, Nygren Å, Nager A. Att skilja mellan depression och utmattningssyndrom. *Läkartidningen* 2013; 9 (110): 484-486.
16. Besèr A, Sorjonen K, Wahlberg K, Peterson U, Nygren A, Asberg M. Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced exhaustion disorder, the Karolinska Exhaustion Disorder Scale. *Scand J Psychol.* 2014;55(1):72-82.
17. Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen. 2015. S-UMS. URL: <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/hos1697-550018648-18868/native/ISM%20Formuläret%20S-UMS%20med%20minimanual151119-1.pdf> [Åtkomst 2024-04-12]
18. Karolinska institutet. 2014. KEDS. URL: https://www.carlbring.se/wp/wp-content/uploads/2024/01/Karolinska_Exhaustion_Disorder_Scale_KEDS.pdf [Åtkomst 2025-01-02]
19. Kristiansen J, Friberg MK, Eller N et al. Comparison of exhaustion symptoms in patients with stress-related and other psychiatric and somatic diagnoses. *BMC Psychiatry.* 2019; 19:84.
20. Hasselberg K, Jonsdottir IH, Ellbin S, Skagert K. Self-reported stressors among patients with exhaustion disorder: an exploratory study of patient records. *BMC Psychiatry.* 2014; 5;14:66.
21. Kütük MÖ, Tufan AE, Kılıçaslan F, Güler G, Çelik F et al. High Depression Symptoms and Burnout Levels Among Parents of Children with Autism Spectrum Disorders: A Multi-Center, Cross-Sectional, Case-Control Study. *J Autism Dev Disord.* 2021; 51(11):4086-4099.
22. Brattberg G. PTSD and ADHD: underlying factors in many cases of burnout. *Stress Health.* 2006; 22(5): 305-313.
23. Converso D, Viotti S, Sottimano I et al. The relationship between menopausal symptoms and burnout. A cross-sectional study among nurses. *BMC Women's Health.* 2019;19:148.

24. Grossi G, Jeding K, Söderström M et al. Alcohol Use among Swedish Patients with Stress-Induced Exhaustion Disorder, and Its Relation to Anxiety, Depression, and Health-Related Quality of Life. *Int J Ment Health Addiction*. 2022; 20: 2180–2193.
25. Petrelli F, Scuri S, Tanzi E, Nguyen C, Grappasonni I. Public health and burnout: a survey on lifestyle changes among workers in the healthcare sector. *Acta Biomed*. 2018;90(1):24-30.
26. Campbell JC, Lewandowski LA. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatric Clinics of North America*. 1997; 20: 353-374.
27. Försäkringskassans lägesrapport – Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv. Korta analyser 2023:6. URL: <https://www.forsakringskassan.se/download/18.81129cb18ae7de7897208/1700234042956/psykisk-ohalsa-i-dagens-arbetsliv-lagesrapport-2023.pdf> [Åtkomst 2024-10-25]
28. Shutzberg M. Unsanctioned techniques for having sickness certificates accepted: a qualitative exploration and description of the strategies used by Swedish general practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2019; 37(1), 10–17.

Diagnostiska kriterier utmattningssyndrom F 438A enligt Socialstyrelsen 2003

Samtliga kriterier med stor bokstav ska vara uppfyllda för att diagnosen ska kunna ställas.

A. Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst två veckor. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.

B. Påtaglig brist på psykisk energi eller uthållighet dominerar bilden.

C. Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under minst två veckor:

1. Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning
2. Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
3. Känslomässig labilitet eller irritabilitet
4. Sömnstörning
5. Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet
6. Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, magtarmbesvär, yrsel eller ljudkänslighet

D. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

E. Utmattningen beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypothyreoidism, diabetes, infektionssjukdom).

F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen.

Förslag till nya diagnoskriterier enl Åsberg et al 2024

- A. Symtomdebut till följd av betydande och ihållande yttre stressfaktorer i kombination med brist på adekvat återhämtning. Dessa omständigheter ska ha förelegat under minst sex månader.
- B. En ihållande känsla av svår utmattning med påtaglig brist på psykisk energi sedan minst en månad.
- C. Kliniskt signifikant kognitiv funktionsnedsättning sedan minst en månad. Här inkluderas betydande svårigheter att vidmakthålla, skifta och rikta uppmärksamheten. Minnesproblem är vanligt. Funktionsnedsättningen visar sig i form av svårigheter att ta in och förstå ny information, sortera och bearbeta intryck, lösa problem och planera aktiviteter.
- D. Uttalad stresskänslighet sedan minst en månad. Den kognitiva funktionen försämras märkbart vid ökad yttre belastning.
- E. Minst tre av följande symtom har förelegat flertalet dagar sedan minst en månad:
 - 1. Sömnstörning
 - 2. Påtaglig kroppslig uttröttbarhet eller svaghetskänsla
 - 3. Stimulusöverkänslighet, till exempel för normala ljud- och ljusnivåer
 - 4. Fysiska symtom, till exempel värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, illamående, mag-tarmbesvär, yrsel
- F. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande och leder till försämrad funktion socialt, i arbete eller i andra viktiga avseenden.
- G. Symtomen har inte orsakats av substansbruk eller somatisk sjukdom och utgör inte heller en direkt konsekvens av någon medicinsk behandling.
- H. Symtomen förklaras inte bättre av någon annan psykisk störning eller sjukdom, något personlighetssyndrom, någon neurokognitiv sjukdom (demens) eller någon utvecklingsrelaterad funktionsavvikelse (ADHD, autism, intellektuell funktionsnedsättning).

Granskningsprotokoll

Löpnummer:

1. Ålder: numeriskt
2. Kön: 0=Kvinna 1=Man
3. Anamnes och social situation kartlagd och journalförd:
 - A. Hälso- och sjukdomshistoria 1=Ja
0=Nej
 - B. Hereditet 1=Ja 0=Nej
 - C. Familjeförhållanden 1=Ja 0=Nej
 - D. Arbetsförhållanden 1=Ja 0=Nej
 - E. Våld i nära relation 1=Ja 0=Nej
4. Uppfyller diagnoskriterier A-D: 1=Ja,
kommenteras
2=Ja, framgår av journaltexten
3=Nej
4=Oklart
5. Alkohol: 1. Efterfrågats 2. Provtagning
3. Ingetdera
6. Droger: 1. Efterfrågats 2. Provtagning
3. Ingetdera
7. Skattningsskalor: 1=KEDS
2=S-UMS
3=MADRS-S
4=Annan,

specificerat i kommentar
8. Somatisk undersökning:
 - A. Hjärtauskultation 1=Ja 0=Nej
 - B. Lungauskultation 1=Ja 0=Nej
 - C. Blodtryck 1=Ja 0=Nej
 - D. Neurologiskt status 1=Utförligt 2=Enklare 0=Nej
 - E. Bukpalpation 1=Ja 0=Nej
 - F. Lymfkörtelpalpation 1=Ja 0=Nej
 - G. EKG 1=Ja 0=Nej

9. Provtagning:

A. Blodstatus eller Hb	1=Ja	0=Nej
B. Kreatinin	1=Ja	0=Nej
C. Thyroidea	1=Ja	0=Nej
D. Blodsocker eller HbA1c	1=Ja	0=Nej
E. SR eller CRP	1=Ja	0=Nej
F. Leverprover	1=Ja	0=Nej
G. Kalcium	1=Ja	0=Nej
H. Kobalamin, folat, Hcy el MMA	1=Ja	0=Nej



FoUUI primär och nära vård Skaraborg
Regionens hus
Stationsgatan 3
541 30 Skövde

Hemsida: www.vgregion.se/fou-skaraborg