

Projektrapport VESTA HT 2016

Utmattningssyndrom och dess behandling – ur ett patientperspektiv

Sebastian Bruhn, ST-läkare inom allmänmedicin på Kvartersakuten Matteus, Stockholm

e-post: sebastian.bruhn@kvam.nu

Vetenskaplig handledare: Solvig Ekblad, leg psykolog, Akademiskt primärvårdscentrum och adjungerad professor vid Karolinska Institutet, inst. LIME, e-post: Solvig.Ekblad@ki.se

Kliniska handledare: Magnus Ellergård, Familjeläkare och specialist i Allmänmedicin, Kvartersakuten Matteus, Stockholm. E-post: Magnus.Ellergard@kvam.nu

Sammanfattning

Bakgrund: Patienter med stressrelaterade anpassningsstörningar och bland dem utmattningssyndrom utgör en allt större patientgrupp inom primärvården. De utgör idag majoriteten av långtidssjukskrivna vilket medför stora samhällsekonomiska konsekvenser. Ändå vet vi idag väldigt lite om denna sjukdom och dess behandling.

Syfte: Syftet med denna undersökning var att belysa patienternas åsikter och tankar om vården gällande utmattningssyndrom för att hitta vägar att förbättra vården för denna allt mer växande patientgrupp.

Material och Metod: Det var en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade intervjuer. Fem intervjuer gjordes varav en pilot, men som inte togs med i resultaten. Studiepopulationen var patienter mellan 18 och 65 år, som hade fått diagnosen utmattningssyndrom mellan 2015 och 2016 och varit sjukskrivna 60 dagar eller längre. Samtliga informanter hade vid tiden för intervjun sin behandlande läkare på Kvartersakuten Matteus. Data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Övergripande tema var patientens upplevelse av vård. Andra viktiga ämnen som togs upp var upplevelse av läkarens konsultationsteknik, behov av tillit till behandlande läkare, betydelse av att förstå sin situation och sjukdom och förväntningarna varierade på olika behandlingar.

Slutsats: Intervjustudien visar att patienter med utmattningssyndrom önskar sig ett värdigt bemötande av sina behandlare oavsett profession, och med kontinuerlig kontakt med en läkare som visar goda konsultations- och fackkunskaper.

MesH-termer: Primärvård, Utmattningssyndrom, kvalitativ studie, handläggning, behandling, bemötande.

Innehållsförteckning

Innehåll	Sida
Sammanfattning	2
Innehållsförteckning	3
Bakgrund	4
Syfte	6
Frågeställning	6
Materiel och Metod	6
Studiepopulation	6
Studiedesign	6
Inklusionskriterer	7
Exklusionskriterer	7
Metod	7
Analys	7
Etiska överväganden	8
Resultat	9
Översikt av resultaten	9
Diskussion	15
Resultatdiskussion	15
Metoddiskussion	16
Implikationer	17
Framtida studier	17
Slutsats	17
Referenslista	18
Bilagor	20

Bakgrund

Temat stress och utmattning har under de senaste åren allt oftare hamnat i fokus inom den offentliga debatten. Stressens negativa följder på hälsa och ekonomi är allt mer utforskat. Sjukfrånvaron och främst långtidssjukskrivningar har ökat de senaste åren och detta har medfört stora kostnader för samhället (1). Man har främst undersökt den arbetsrelaterade stressen och försökt beräkna dess inverkan på samhället. Uppskattningsvis rör kostnaden sig om 10% av BNP. Dock måste dessa siffror betraktas med stor försiktighet då stress och dess följsjukdomar, både psykiska och somatiska, har visat sig vara djupt förankrade med varandra samt uppvisar även starkt samband med många av våra stora folksjukdomar, som diabetes typ II och hjärt-kärlsjukdomar (2).

Minskad produktivitet och sjukfrånvaro står för en del av kostnaderna. I Sverige låg sjukfrånvaron 2015 på 2,8% och genomgick en kraftig ökning jämfört med året innan. Under 1990-talet var Sverige bland de länder som hade högst sjuktal, andra länder i EU har kommit i kapp, men Sverige ligger fortfarande högt upp i rankingen (3).

Psykiatriska diagnoser utgör idag majoriteten av långtidssjukskrivningar (över 60 dagar) och är den kategori som ökar mest under de senaste åren (1,3). Blickar man närmare på denna grupp så framkommer det att 90% av de psykiska diagnoserna som anges vid sjukskrivning är ångest- och stressdiagnoser (F40-F48) (3).

Stress i dess olika former, samt dess påverkan på djur och människor har undersökts länge. Redan i början av 1990-talet fann man att olika stressfaktorer skadar individens hälsa. Senare fann man att samma stressfaktorer påverkar olika personer på olika sätt. Man började förstå att det finns ett samband mellan stress och de resurser individen har för att hantera stress. Utsätts man för en stressituation som utmanar dessa resurser så resulterar det i en stressreaktion hos individen, som då även kommer att sträva efter att återskapa en normalsituation igen. Denna reaktion är påfrestande. Utifrån denna förklaringsmodell har teorin om ”utbrändhet” (eller ”burnout” som det kallas inom den engelskspråkiga facklitteraturen) formats. En individ som utsätts för långvarig stress där hans egna resurser inte räcker till för att återskapa normal tillstånd kan hamna i ett tillstånd av kognitiv utmattning (4).

Arbetsrelaterade stressfaktorer och dess långsiktiga påverkan på individen beskrevs första gången inom den psykologiskvetenskapliga litteraturen i början på 1970-talet. Under denna period nämns

uttrycket ”burnout” för första gången (5,6). Sedan dess har fenomenet diskuterats omfattande i litteraturen. Huruvida det räknas till en psykiatrisk diagnos råder det delade meningar om (7). I amerikanska ”Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM) eller i WHO:s ICD-10 listas burnout inte som diagnos (8). ICD-10 listar ”utmattningssyndromet” till ”Z” diagnoserna (till exempel Z73.0 ”Utbrändhet”) (9).

I Sverige valde Socialstyrelsen att 2003 efter omfattande undersökningar och studier på Karolinska Sjukhuset i Stockholm, att definiera ”Utmattningssyndromet” med egna diagnostiska kriterier och ICD-koden (F43.8).

För läkare som jobbar inom primärvården är det viktigt att kunna hantera stressproblematik hos sina patienter. Runt 60% av patienterna som kommer till vårdcentralen visar höga nivåer av stress. Runt 40% har symptom på utmattning. Undersöker man normalpopulationen i samma område så har runt 20% lika höga stressnivåer. Patienter på vårdcentralen är således i större utsträckning påverkade av stress vilket är viktigt att ta hänsyn till då det kan spela en central roll i deras sjuklighet (10).

Antalet patienter med utmattningssyndrom ökar. Men sjukdomens naturliga förlopp utan intervention och sjukdomens behandling är otillräckligt utforskad (11). Behandlingen idag stödjer sig i första hand på klinisk erfarenhet.

Den positiva effekten av kognitiv beteendeterapi (KBT), i form av symtomlindring, har man kunnat fastställa med någorlunda stark evidens. Men det finns endast få studier och dessa har bristfällig statistisk power (11). Avseende antal sjukskrivningsdagar verkar dock KBT inte ha någon effekt (12). Svårigheter när man skall utvärdera effekten av KBT är att det inte finns internationella standarder för hur behandlingen ser ut och vem som utför den. Det har bland annat visat sig att även internetbaserad KBT verkar fungera bra för att reducera tecken på utmattning (13).

Mindfulness-baserad stressreduktion (MBSR) har upplevt en allt större popularitet inom den svenska primärvården. Många rehabiliteringscenter erbjuder idag olika typer av mindfulness som del av stressbehandlingen. Mindfulness har visat sig ha effekt på olika psykiska symptom, bland annat stress. Men hittills finns det inga studier som visar effekten specifikt på patienter med utmattningssyndrom. Det finns idag ingen enhetlig behandlingsstandard vilket gör en utvärdering svårare (14,15).

Utmattningssyndromet och dess behandling är otillräckligt utforskat. Det finns dessutom stora kunskapsluckor när det gäller forskning ur ett patientperspektiv. Detta kan utgöra onödiga hinder för patienten att bli frisk igen. Att undersöka vård och vårdkedjor ur ett patientperspektiv är därför viktigt. Min förhoppning är att denna studie kan leda till förbättring av vården av dessa patienter, samt belysa onödiga hinder i behandlingen och rehabilitering.

Syfte

Syftet med denna undersökning var att belysa patienternas åsikt och tankar om vården gällande utmattningssyndrom.

Frågeställning

Hur upplever patienter som insjuknat i utmattningssyndrom den behandling och rehabilitering de erhållit i vården?

Material och Metod

Studiepopulation

Intervjuerna genomfördes på Kvartersakuten Matteus. Kvartersakuten Matteus är en privat Vårdcentral med runt 14 000 listande patienter. Denna vårdcentral befinner sig i Stockholms centrala stadsdel Norrmalm. På mottagningen jobbar åtta specialister och fem ST-läkare. Det finns Rehabmottagning på mottagningen med fem sjukgymnaster, två arbetsterapeuter och en kurator. Vårdcentralen har ett separat avtal med ”Kognitiva teamet” som tar emot patienter med behov att behandlas av en kurator eller psykolog. För att skapa en trygg miljö för informanterna valde studieledaren att göra intervjuerna på en kollegas rum. Detta rum var hemtrevligt inrett med fåtöljer och hade mer plats än i de andra behandlings- och konsultationsrummen.

Studiedesign

För att belysa patienternas vård och rehabilitering valdes en kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer som följde en frågeguide (Bilaga 1) men som också gav utrymme för följdfrågor. Frågeguiden kunde anpassas, utifall brister eller kompletteringsbehov uppkom under intervjuerna, men detta behövdes inte. Mellan varje enskild intervju fanns det tid för transkribering, bearbetning och analys, för att kunna korrigera eventuella brister och komplettera frågeguiden.

Inklusionskriterier

Informanter i undersökningen valdes från patienter listade på Kvartersakuten Matteus.

Informanterna i studien skulle representera ett så varierat spektrum som möjligt avseende kön och ålder. Dessa informanter hade fått diagnosen F43.8A Utmattningsyndrom under åren 2015 eller 2016, och hade varit sjukskrivna på hel- eller deltid mer än 60 dagar och var således i arbetsför ålder. Därför valdes 20-65 år som åldersspann. Informanten skulle gå, eller tidigare ha gått, i behandling hos en specialist eller ST-läkare inom allmänmedicin som tjänstgör på Kvartersakuten Matteus.

Exklusionskriterier

Patienter som deltog i studien har inte behandlats för utmattningsyndrom av studieledaren.

Dessutom exkluderades patienter med svårigheter för svenska språket då det inte fanns möjlighet till tolk under intervjuerna. Informanten hade inte samtidigt eller tidigare varit under behandling för svår psykisk sjukdom, som till exempel svår depression, då man annars befarar att deras bild av vård för psykisk sjukdom kan ha präglats från tidigare upplevelser.

Metod

Informanter till studien rekryterades med hjälp av behandlade läkare på vårdcentralen som efter muntlig förfrågan lämnade ut en skriftlig information (Bilaga 2) om studien. Samma skriftliga information lades även ut i väntrummen på vårdcentralen.

Av de patienter som var intresserade att delta valdes fem patienter ut enligt ovan beskrivna inklusions- och exklusionskriterier. För varje informant avsattes ungefär 60 minuter för en intervju och som spelades in med två separata analoga bandspelare. Data i form av kön, ålder, yrke, civilstånd samt kort sammanfattande sjukdomsförlopp registrerades och anonymiserades.

Anonymisering skedde med hjälp av siffror. Varje informant fick en tilldelad siffra mellan 1 och 5. Första intervjun användes som pilot för att testa frågeguide och redovisades därför inte i resultaten. Ett register med informanternas personuppgifter och tillhörande nummer i studien har sparats och förvaras i pappersform, som all annan insamlad studiedata i Kvartersakuten Matteus' arkiv. Samma dag som intervjun genomfördes transkriberades intervjuerna, inklusive pauser, skratt och talspråk. Intervjutid samt antal ord från varje intervju noterades.

Analys

Det insamlade materialet bearbetades enligt kvalitativ innehållsanalys (16). Citat valdes ut som sedan sammanfördes till meningsbärande enheter och som sedan etiketterades med koder. Koder

delades in i underkategorier och kategorier. Innan slutsatser om helheten kunde dras, abstraherades kategorierna till teman (16,17). Validering av analysen skedde med hjälp av den vetenskapliga handledaren som är erfaren i metoden och som har erfarenhet av liknande studier. Exempel på kategorisering enligt analysmetoden finns i Tabell 1.

Tabell 1: Exempel på abstraktionsvägen från meningsbärande enhet till tema

Meningsbärande enhet	Kondenserad mening	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
(...)försäkringskassan pressar läkaren till att man skall komma tillbaks fortare än vad man gör. (...)Även om den kanske vill hjälpa mig så har de liksom kraven från FK.	Jag tyckte det fungerade mindre bra att FK bara hade syftet att friskskriva mig så fort som möjligt.	Uppleva press från behandlaren att bli frisk snabbare än man kan.	Osäkerhet kring läkarens agerande och bedömning.	Tillit till behandlande läkaren	Patientens upplevelse av sin vård
#1: (...)utan det var mera att man pratade med andra som man kände som har haft det och man läste mycket på internet. (...)	Jag pratade med andra som hade samma sak och läste mycket på internet.	Att inhämta information och prata med människor i samma situation	Utbyte med andra som har erfarenhet av sjukdomen	Betydelse att förstå sin situation och sjukdom	Patientens upplevelse av sin vård

Etiska överväganden

Projektet fick godkännande av verksamhetschefen och den kliniska handledaren på vårdcentralen den 1 november 2016 samt den vetenskapliga handledaren. Information om projektet gick ut till personalen genom mail samt presenterades under ett personalmöte den 12 december 2016.

Som beskrivet råder det fortfarande oenighet runt olika behandlingsmetoder hos patienter med utmattningssyndrom. Detta projekt syftar till att hitta nya infallsvinklar i behandlingen och lyfta patientens åsikt samt funderingar runt rehabilitering och behandling. Detta kan vara till nytta för andra patienter som insjuknar i samma sjukdom.

Informanterna i studien fick möjlighet att kliva ur den klassiska patientrollen och berätta om sin sjukdom ur ett eget perspektiv. Men samtidigt innebar detta också risken för informanterna att konfronteras med sin sjukdom på ett ovanligt sätt. Det uppkom dock inte några frågor till studieledaren som i sin roll som intervjuledare inte skulle besvara.

För att hitta informanter till studien togs hjälp av behandlande kollegor samt anslag i väntrummen på mottagningen. Ett informationsblad (Bilaga 2) med möjlighet att kontakta studieledaren för mera

information och för att visa intresse användes därför. På så sätt undveks att använda journaldata för att söka lämpliga informanter vilket hade kunnat uppfattas som datainfrång.

Informationen som insamlades under studien har förutom att den anonymiserades, också behandlats med stor respekt. Uppgifter om tredje personer har kommit fram, till exempel personer i informanternas privatliv och arbetskollegor men även om andra som var involverade i behandlingsprocessen. Integriteten av alla personer och information har säkerställts och bevarats genom strikt anonymisering.

Ingen ekonomisk ersättning utgick för deltagandet i studien.

Resultat

Översikt av resultaten

Fyra intervjuer blev inkluderade i studien, tre av informanterna var kvinnor och en man i åldern mellan 37 och 46 år. Samtliga informanter var akademiker, tre hade en anställning tills vidare och en informant drev ett eget företag. Tre informanter var gifta och hade familj med minst ett barn, en person var ensamstående utan egna barn. Alla fyra informanter hade under 2016 fått diagnosen utmattningssyndrom (F34.4) och sjukskrivningsperioden oavsett hel- eller deltid var mellan 3 och 12 månader vid tidpunkten för intervjun.

Den första intervjun blev exkluderad då den användes som pilot för att testa frågor men också då det kom fram under intervjun att informanten hade samsjuklighet med andra psykiska sjukdomar under senaste åren vilket skulle ha kunnat påverka hans upplevelse av vården.

De fyra intervjuerna varade mellan 20 och 35 minuter, i genomsnitt 25 minuter. Totalt transkriberades 9770 ord. Trettioåttio meningsbärande enheter hittades och abstraherades enligt ovan beskrivna analysmetod till ett tema om patientens upplevelse av vård med fyra kategorier och 10 underkategorier. Dessa redovisas i tabell 2. Varje kategori och underkategori förtydligas i följande avsnitt och med avidentifierade citat.

Tabell 2: Översikt över kategorier och underkategorier från intervjuer med patienter med utmattningssyndrom på Kvartersakuten Matteus.

Underkategori	Kategori	Tema
Få bekräftelse av läkaren	Upplevelse av läkarens konsultationsteknik	Patientens upplevelse av sin vård
Önskan att bli omhändertagen		
Osäkerhet kring läkarens agerande och bedömning	Behov av tillit till behandlade läkare	
Förutsättningar på läkarmottagningen		
Förväntan om fakkunskap om utmattningssyndrom hos behandlaren		
Kontrollbehov och hantera självkänsla	Betydelse att förstå sin situation och sjukdom	
Utbyte med andra som har erfarenhet av sjukdomen		
Upplevelse av mindfulness och sjukgymnastik	Förväntningar varierar av olika behandlingar	
Att jobba med sina svagheter vid KBT och psykoterapi		
Att ändra livsstil		

Upplevelse av läkarens konsultationsteknik

Konsultationstekniker utgör ett centralt verktyg i vardagen av vårdpersonal, inte minst för läkare som jobbar inom primärvården. Som behandlande läkare är det viktigt att patienter är öppna med sina tankar, att det framkommer förväntningar och farhågor men även att behandlaren kan förmedla sina tankar och behandlingar till den sökande. Med hjälp av konsultationsverktyg skapar läkaren en stabil patient-läkarrelation.

Informanterna i studien berättade också om upplevelsen av dessa konsultationsverktyg.

Få bekräftelse av läkaren

De intervjuade bevitnade vikten av att ha tid under konsultationen. Man önskade få möjlighet att beskriva sina synpunkter och idéer, förväntade sig att den behandlande läkaren lyssnade, tog in denna information och i slutändan tog hänsyn till dem. Det beskrevs också positiva upplevelser

kopplade till att man kände sig tagen på allvar och att läkaren var noggrann med den information hen fick. Informanterna önskade vara delaktiga i sin vård vilket förbättrade självkänslan.

”Jag hade börjat läsa på massor som finns om sköldkörteln via sköldkörtelföreningen och där råder det ju olika åsikter inom läkarkåren, vad dem står för och vad inte. Men läkaren i alla fall resonerade lugnt med mig om det. Äh. Och till slut så träffade jag min läkare i september, nån gång tror jag, och då gick vi igenom hela historiken, och hon lyssnar och vi tittar liksom på utmattningssyndromet och att det liksom har triggat igång min grundsjukdom.”

”(...)men sen hamnade jag hos en annan läkare som inte alls hade förståelse för det. Utan tyckte att jag skulle göra det, och om jag hade känslor, tankar som inte var bra så får man sätta in en annan medicin som uppväger det. (...) Var liksom arrogant och respektlös. Liksom översittare. (...) Och man skulle snällt hålla käften och äta det. Det var liksom det bemötandet jag fick.”

Önskan om att bli omhändertagen

Att inte få hjälp när man söker hjälp upplevdes som frustrerande. Flera informanter hade sökt vård vid flera tillfällen och inte fått gehör för sina besvär. Olika symptom hade inte bedömts eller så hade läkaren helt enkelt inte kunnat förmedla tryggheten som patienten sökte efter.

”(...)det var i samma veva som jag inte fick någon hjälp från företagshälsovården heller, utan de vände mig ryggen och sa att de säger upp avtalet med min arbetsgivare. (...)Så sökte jag en privatläkare som jag var hos i samband med det här också som lyssnade jättemycket runt mina bekymmer runt sköldkörteln vi tittade på T3 värdarna och så vidare. Så att han skrev då ut Liothyroinin till mig men lyssnade inte till att jag var utbränd, han var lite mer en överklassläkare på Östermalm. Karriären är viktigast, sa han.”

Behov av tillit till behandlade läkare

Deltagarna önskade sig ett stabilt band mellan sig och sin läkare där en öppen och ärlig kommunikation kunde föras. Det nämndes olika punkter som bidrog till ökad tillit till läkaren, dels som rör läkarens agerande direkt, dels även förutsättningar på vårdcentralen.

Osäkerhet kring läkarens agerande och bedömning

I denna underkategori beskrev informanterna upplevelser där den behandlande läkaren inte agerat i

patientens intresse. Man upplevde press antingen direkt från läkaren eller via omvägar från Försäkringskassan att behöva återgå till arbete. Man misstänkte att myndigheter sätter press på läkaren att man skall komma tillbaka till full sysselsättning så snabbt som möjligt. Det önskades en öppen dialog med hänsyn till patientens behov.

"(...)Försäkringskassan pressar läkaren till att man skall komma tillbaks fortare än vad man gör. (...)Även om den kanske vill hjälpa mig så har den liksom kraven från FK."

Förutsättningar på läkarmottagningen

Informanterna ställde krav på hur läkarmottagningen organiserar sitt arbete. Som negativt upplevde informanterna läkarbyten. Informanterna upplevde det som jobbigt att behöva gå igenom sin sjukdomshistoria upprepande gånger med olika läkare. Man önskade sig kontinuitet av vårdpersonalen inom vården.

Dessutom beskrevs det som störande att uppleva tidspress under konsultationen. Detta utlöste stress enligt informanterna. Som positivt upplevdes om den behandlande läkaren hade ett helhetsperspektiv och koordinerade vården mellan olika vårdgivare och också konfererade med dessa aktörer om informanternas situation.

"Det som också har varit lite jobbigt var att jag fick byta läkare. (...)Det är så att man skall förklara igen hur man mår och just när man inte har varit med från början. (...) Om man har en och samma läkare så vet de ju hur det har sett ut från början. Följ med på alla stegen."

"Jag kan väl, en annan sak, då när det började strula med företagshälsovården och för att de skulle vilja jobba vidare så ville de ju ha kontakt med er här. Och det vägrade min läkare. Även om jag hade gett mitt medgivande och sa att jag ville att de skulle prata. Jag tyckte det var ganska konstigt att man inte ville sammanbeta, företagshälsovården och VC."

Förväntan om fackkunskap om utmattning hos behandlaren

Informanterna förväntade sig kunskap om utmattningssyndrom och påföljande behandling av sina behandlande läkare. Det framgick hur osäker patienterna kände sig i samband med sin situation och hur olika budskap från olika läkare bidrog till förvirring.

"Jag tyckte att jag fick fel råd när man rekommenderade mig att träna hårt under tiden jag var utmattad."

Betydelse att förstå sin situation och sjukdom

Deltagare uttryckte ett behov att förstå sin situation och sjukdom, ha kontrollbehov, framförallt i början av behandlingen. Utbyte med personer som har erfarenhet inom sjukdomen utmattningssyndrom upplevdes hjälpa.

Kontrollbehov och hantera självkänsla

Deltagarna beskrev att både de själva men även omgivning och behandlande läkare ofta inte kunde förstå vad orsaken till deras symptom var. Det kunde hända att informanterna inte alls sökt upp sjukvården då de inte sammankopplade symptom med sjukdom. Men även efter första läkarkonsultationen kunde det ofta dröja tills rätt diagnos kunde ställas. Efter att ha fått diagnosen utmattningssyndrom upplevdes det som viktigt att få information om vad sjukdomen innebar. Man ville förstå sin situation för att kunna hantera känslor som uppstår eller har uppstått i samband med sjukdomen. Man lärde sig att inte känna skam. En deltagare syftade direkt på kontakten med sin behandlande läkare och berättade att hen inte fick någon information alls.

”Från början var det väl inte så klart att jag var utmattad, eller att jag hade drabbats av det. Och, ehm, jag kom hit för jag höll på att svimma i hallen när jag var på väg till jobbet en morgon.”

Utbyte med andra som har erfarenhet av sjukdomen

Informanterna bevitnade att man upplevde behov av utbyte med personer som har kunskap och erfarenhet av utmattningssyndrom. Här skiljde man inte på om det handlade om andra personer med samma diagnos, sjukvårdspersonal eller information från media.

”Sen tycker jag att man skall prata med nån. Antingen nån som har varit utmattad eller nån psykolog eller nån bara o prata med, arbetsterapeut. Anna (på Rehab?) gav jättemycket bra råd.”

Förväntningar varierar av olika behandlingar

Under denna kategori sammanfattades upplevelser från andra behandlingar som informanterna uttryckte hade påverkan på deras upplevelser av vården.

Upplevelse av mindfulness och sjukgymnastik

Informanterna berättade om hur mindfulness hjälpte dem att behandla stressymptomen. Man lärde sig att komma ner i varv. Det uttrycktes förvåning över att mindfulness gav god effekt. Även kroppshållningen förbättrade sig med hjälp av sjukgymnastik vilket subjektivt minskade symptomen och förbättrade deras självkänedom. Även här bevitnades vikten av att möta sjukvårdspersonal som visar empati och lyssnar till dem sjukas öden.

”Och sen efter det, så frågade hon om jag hade funderat på mindfulness, och det hade jag väl inte riktigt. Jag tyckte det var hokuspokus.

Men då träffade jag Anna på Rehab här – arbetsterapeuten. Nej nu ger jag det en chans. Jag vill bli bättre. Och det hjälpte enormt.”

Att jobba med sina svagheter vid KBT och psykoterapi

Informanterna skildrade erfarenheter av KBT behandling och psykoterapi som givande. Man upplevde trygghet med att kunna diskutera känslor med någon som alltid är på deras sida och tog deras parti. Detta styrkte informanternas självkänsla och självuppfattning och man lärde sig att se på sina problem från en annan vinkel. Det nämndes också att man inte kände behov av att träffa en terapeut och avslutade behandlingen i förtid.

”Nu när jag är tillbaka till arbetsplatsen då känns den jätteviktigt, KBTn. För det är liksom, hur börjar jag sätta gränser hur säger jag ifrån – hjälper med allt, liksom hela självkänslan som jag successivt hade tappat under ett par år innan jag hamnade i det här.”

Att ändra sin livsstil

I intervjuerna framkom att informanterna gjorde försök att ändra på sina vanor och livsstil. Man försökte att hitta egna vägar för att minska stress och öka välbefinnandet. Det pratades om att öka motionen i form av lugn fysisk aktivitet som t ex promenader. Men även meditation med lugn musik beskrevs.

”Så vi har i alla fall varit ute och gott mellan en och två timmar varje dag, 8-12 km. Man mäter ju steg också, i går gick jag 16.000 steg i alla fall. Och det har varit fantastiskt bra.”

Diskussion

Resultatdiskussion

Studien belyser patientens syn på olika behandlingar och kontakter man har haft med vårdgivare. Det framkommer tydligt att informanterna önskade engagemang, empati och respekt av sina behandlare, oavsett profession. Även ett starkt behov att förstå sin egen situation och sjukdom beskrivs.

Utmattningssyndrom kan betraktas som en kronisk sjukdom som ofta kan drabba friska människor i ung arbetsför ålder. Dessa personer är vana vid en hög funktionalitet med höga prestationsförväntningar och ställs i samband med insjuknande framför en helt ny situation där deras fundamentala värderingar och livssituation ifrågasätts. Detta utgör en stor stress för patienter men även deras omgivning då deras funktionalitet och engagemang ofta sträcker sig långt bortom arbetsplats och arbetsliv in i andra sociala strukturer. Tidigare undersökningar har kunnat visa att psykisk ohälsa i allmänhet utgör en viktig riskfaktor för hjärt-kärlsjukdomar. Även långtidssjukskrivningar har visat sig ha samband med dessa diagnoser (3). Det är viktigt att kartlägga behoven och synpunkter som denna patientgrupp har på vården, inte bara för att förkorta förloppet men och också för att minska sjukdomens påverkan på individen och vårt samhälle.

Patienter med utmattningssyndrom har ofta sökt vård vid flera tillfällen, ibland på olika mottagningar, utan att få rätt diagnos. Detta har informanterna i studien bevitnat men även erfarenhet från den kliniska vardagen ger denna bild. Att få rätt diagnos så fort som möjligt är viktigt för den sjuka individen då man kan minska frustration, inleda rätt behandling i god tid vilket i sin tur kan bidra till snabbare rekonvalescens. Även kan resurser inom vården användas mera effektivt. Denna kunskap är särskild relevant för vårdcentraler då andelen människor med höga stressnivåer är runt tre gånger högre än bland genomsnittlig befolkning (10).

Studien visar att informanterna, när de väl hade fått sin diagnos, yttrar ett behov av att förstå sin situation och sjukdom. Man önskar sig information av sin behandlande läkare och noggrann och fackligt kompetent vägledning igenom behandlingen. Även information från andra yrkeskategorier som varit inblandade i vården nämns som positiva och inte minst utbyte med andra patienter. Det blir uppenbarligen att patienten med utmattningssyndrom som är van att ha kontroll över sitt liv försöker att placera sig i kontext till sin sjukdom och omvärlden.

För att kunna bemöta patienternas tankar runt sjukdomen, allt i från funderingar, farhågor till möjliga lösningsförslag behöver läkare, som ofta spelar den centrala rollen i behandlingen, använda sig av konsultationstekniker. Att behärska konsten av konsultationen är viktigt i möte med samtliga

patienter men inte minst för patienter med psykiska besvär där tankarna kring sjukdomen har lett till mycket osäkerhet och dålig självkänsla. Informanterna skildrar olika intryck av möten med läkare, delvis negativa. Att inte lyckas att skapa en stabil patient-läkarrelation kan medföra stora hinder i vården. Lyssna, bekräfta ge kvitton men också att inbjuda patienten i vården, klassiska konsultationsverktyg, utpekas i intervjuerna som viktiga.

Kognitiv beteendeterapi och psykoterapi har upplevts som givande för de flesta av informanterna. Även läggs det mycket värde i att uppleva förståelse och bekräftelse men även att få vägledning. Dock har det även uttryckts att man inte upplevde att denna typ av terapi bidrog till förbättring. Det är således viktigt att kartlägga patienternas individuella behov innan man bestämmer sig för behandling. Den positiva effekten av KBT, i alla fall på symptomen av utmattningen har beskrivits i tidigare studier (13). Liknande gäller för mindfulness, där man har kunnat visa i flera studier att symptomen av stress kan minska (14, 15). Men responsen på behandlingen varierar och det återspeglas också in informanternas berättelse.

Just individuella behov är viktiga att ta hänsyn till vid råd runt egenbehandling. Samtliga informanter hade olika sätt att hantera sina symptom i vardagen, från motion till meditation. Att vara öppen för patientens idéer kan vara till hjälp för behandlare för att kunna ge råd och vägledning i dessa frågor.

Metoddiskussion

Att belysa patienternas upplevelse är underrepresenterad inom forskning angående behandling av stressrelaterade sjukdomar. Därför lämpar sig en kvalitativ studiedesign för att besvara frågeställningen i detta projekt. Validering skedde igenom den vetenskapliga handledaren som kommenterade fortlöpande analysen av det transkriberade materialet. För en bättre överförbarhet beskriver metoddelen hur analysen har genomförts, med exempel i Tabell 1.

I undersökningen ingick bara fyra intervjuer med informanter. Det var en ojämn könsfördelning och även personer med olika socioekonomiska bakgrund saknades. Mättnad uppnåddes inte på det lilla underlaget av fem informanter inklusive en pilotintervju (16). Detta gör allmängiltigheten av resultaten svår.

Informanterna berättade detaljerat om deras upplevelser av läkarkontakten som tog en stor plats under intervjuerna. Dels kan det betyda att läkarrollen upplevdes som central i vården. Men studieledarens yrkesroll var känd och undersökningen genomfördes på vårdcentralen i lokaler som informanterna kan ha förknippat med just läkarvård. En förvrängning av resultaten kan således ej

uteslutas.

Implikationer

Undersökningen visade olika faktorer som patienter med utmattningssyndrom utpekar som viktiga för deras vård. Det framkom mycket olika synpunkter runt kontakten med sin behandlande läkare. Konsultationstekniker uppskattades och skapade en känsla av värdigt bemötande och tillit till läkaren. Att skapa goda förutsättningar för en bra konsultation, dels med att lära ut färdigheten men även att skapa en väl fungerade arbetsplats med tillräckligt långa patientmöten, kan således vara hjälpsam i behandlingen av patienter med utmattningssyndrom. Då informanterna yttrade ett starkt behov när det gäller vägledning igenom sjukdomen men även information och fackkunniga råd behöver vi öka kunskapen om utmattningssyndrom hos alla yrkeskategorier som träffar patienter regelbunden. Sistnämnda är viktigt då vi har kunnat visa att patienter med utmattningssyndrom beskriver positiva möten oavsett om de träffar läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter eller psykoterapeuter. En ökad kunskap kan också bidra till snabbare diagnossättningar och rätt vård vilket kan minska lidande och spara resurser.

Framtida studier

Liknande undersökningar fast med flera informanter skulle kunna nå större mättnad. Även bör man eftersträva undersökningar som belyser upplevelse av vården vid utmattningssyndrom hos patienter med mera varierad socioekonomisk bakgrund för att få ett mera allmängiltigt resultat. Intressant vore också att belysa de enskilda kategorierna närmare. Läkarens konsultationstekniker har i denna studie visat sig ha en central betydelse. Att jämföra behandlingar från läkare som är tränande i kommunikationsteknik med andra som inte är det skulle kunna belysa vikten av denna kunskap närmre.

Slutsats

Intervjustudien visar att patienter med utmattningssyndrom önskar sig ett värdigt bemötande av sina behandlare oavsett profession, med kontinuerlig kontakt med en läkare som visar goda konsultations- och fackkunskaper.

Referenslista

1. Försäkringskassan, Analys och prognos. Sjukskrivningar 60 dagar eller längre. Sverige; 2015.
2. European Agency for Safety and Health at Work. Calculating the costs of work-related stress and psychosocial risks – A literature review. Luxembourg; 2014.
3. Försäkringskassan, Analys och prognos. Sjukfrånvarons utveckling 2016. Stockholm; Report No.: Socialförsäkringsrapport 2016:7.
4. Socialstyrelsen. Utmattningsyndrom : stressrelaterad psykisk ohälsa [Internet]. Stockholm; 2003 [cited 2016 Nov 8]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-123-18>
5. Maslach C. The Client Role in Staff Burn-Out. *J Soc Issues*. 1978 Oct 1;34(4):111–24.
6. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues*. 1974 Jan 1;30(1):159–65.
7. Grossi G, Perski A, Osika W, Savic I. Stress-related exhaustion disorder – clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout. *Scand J Psychol*. 2015 Dec 1;56(6):626–36.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Available from: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
9. WHO | International Classification of Diseases [Internet]. WHO. [cited 2016 Nov 3]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
10. Wiegner L, Hange D, Björkelund C, Ahlborg G. Prevalence of perceived stress and associations to symptoms of exhaustion, depression and anxiety in a working age population seeking primary care--an observational study. *BMC Fam Pract*. 2015 Mar 19;16:38.
11. Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess*. 2012;8:Doc05.
12. Arends I, van der Klink JJJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bültmann U. Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial. *Occup Environ Med*. 2014 Jan;71(1):21–9.
13. Jonas B, Leuschner F, Tossmann P. Efficacy of an internet-based intervention for burnout: a randomized controlled trial in the German working population. *Anxiety Stress Coping*. 2016 Sep 22;1–12.
14. Duarte J, Pinto-Gouveia J. Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *Int J Nurs Stud*. 2016 Oct 8;64:98–107.
15. Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2015 Jun 1;78(6):519–28.
16. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts,

procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004 Feb;24(2):105–12.

17. Dahlgren L, Emmelin M, Winkvist A, Lindhgren M. *Qualitative methodology for international public health*. Umeå: Epidemiology and Public Health Sciences, Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University; 2007.

Bilagor

Bilaga 1

Frågeguide

1. Hur upplevde du behandlingen av ditt utmattningssyndrom?
2. Vad tyckte du fungerade bra? Ge exempel.
3. Vad tyckte du funderade mindre bra? Ge exempel.
4. Om du blickar tillbaka vad upplevde du gjorde att du mådde bättre?
5. Fanns det nånting som gav dig bakslag eller nånting som fick dig att må sämre?
6. Tycker du att nått var onödigt i din behandling?
7. Om än vän till dig skulle befinna sig i samma situation som du gjorde innan du fick vård, vad skulle du ge hen för råd?
8. Är det något mer du vill berätta som inte kommit fram under intervjun?
9. Hur upplevde du intervjun?

Bilaga 2

Deltagare till studie om utmattningssyndrom sökes!

Jag heter Sebastian Bruhn och är ST-läkare på Kvartersakuten Matteus. Jag håller på att skriva ett projektarbete om patienter med utmattningssyndrom och deras erfarenheter, och letar efter deltagare till denna studien. Syftet är att förbättra vården för patienter med den här sjukdomen. Jag söker patienter som har varit i behandling pga av utmattningssyndrom dem senaste 2 åren och varit sjukskriven 2 månader eller längre.

De som väljer att delta i denna studien kommer inbjudas in till en ca en timmes lång intervju. Dessa intervjuer kommer spelas in med en diktafon för att kunna analyseras efteråt. Allt intervjumaterial kommer att anonymiseras och behandlas med sekretess. Ditt deltagande är helt frivilligt och kommer inte påverka din vård här hos oss på Kvartersakuten Matteus eller någon annan vårdcentral. Intervjun kommer inte att journalföras. Det utgår ingen ersättning om du väljer att delta.

Är du intresserad att delta får du gärna höra av dig till mig antingen på mail:

sebastian.bruhn@kvam.nu

eller lämna meddelande per telefon till 08 586 133 00 så ringer jag upp dig.