

# Utmattningssyndrom – en diagnos med vetenskapliga brister

Kunskapen om hur stress påverkar det centrala nervsystemet är växande, men det finns även problem med diagnosen utmattningssyndrom. Inte minst finns det ett mycket begränsat vetenskapligt stöd kring hur patienter med detta tillstånd bäst ska behandlas och rehabiliteras.

I ett debattinlägg i Läkartidningen 15/2008 (sidorna 1118-9) skriver Gunnar Ahlborg, Kristina Glise, Ingibjörg H Jonsdotir och Lilian Wiegner vid Institutet för stressmedicin, Västra Frölunda, om stress och diagnosen utmattningssyndrom. Deras syfte är att bemöta vad de anser är vanliga och felaktiga påståenden kring stress och stressrelaterade problem.

Samtidigt önskar de lyfta fram betydelsen av ny kunskap kring de konsekvenser som långvarig stress kan ge på centrala nervsystemet. Sådan kunskap är viktig av flera skäl, kanske främst för att den bidrar till förståelse av kopplingen och mekanismerna mellan långvarig stressexponering och utvecklingen av psykiska och fysiska symtom.

Men även om sådan ny kunskap är intressant måste vi som arbetar med dessa patienter tillstå att vi fortfarande saknar väsentlig kunskap. Det

gäller inte minst själva diagnosen utmattningssyndrom.

**Denna diagnos tillkom** på en rekommendation från en av Socialstyrelsen tillsatt arbetsgrupp (där Kristina Glise ingick) år 2003. På arbetsgruppens inrådan skapades diagnosen utmattningssyndrom med syftet att ge en mer specificerad diagnostik vid stressrelaterad utmattning.

Enligt arbetsgruppens förslag utgår diagnosen utmattningssyndrom från ett antal kriterier (se Faktaruta), på samma sätt som många andra psykiatriska tillstånd och diagnoser. Den som får diagnosen utmattningssyndrom ska exempelvis uppvisa »fysiska och psykiska symtom på utmattning ...« till följd av »en eller flera identifierbara stressfaktorer ...«. Patienten ska vidare ha »påtaglig brist på psykisk energi ...« och symtomen ska orsaka »kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.«

Sådana kriterier medför en del problem för den som ska bedöma dem. Det finns nämligen inte någon definition på vad utmattning är. Det finns heller inte någon vedertagen beskrivning av vad som utgör en stressfaktor eller hur en sådan ska graderas, eftersom stress – ur ett kognitivt/psykologiskt perspektiv – är det en individ uppfattar som stressande.

Bedömningen av de diagnostiska kriterierna och deras allvarlighetsgrad rymmer därmed ett inslag av godtycke som medför problem för diagnosens reliabilitet, det vill säga hur pass tillförlitlig diagnostiken är. Rimligen kommer en bedömare som är rädd att medikalisera en persons normala livsprocesser att vara mindre benägen att ställa diagnosen utmattningssyndrom än andra bedömare som menar att just denna diagnos är en förutsättning för rätt behandling och rehabilitering.

Ett annat problem är diagnosens validitet. Validitet beskriver på vilket vis en diagnos har betydelse, till exempel om den ger vägledning vid val av behandling och rehabilitering, om den utgör ett underlag för att förutsäga sjukdomsförloppet eller om den ger kunskap om vilken in-

verkan som sjukskrivning har på prognosen.

I dagsläget är evidensläget i dessa avseenden mycket bristfälligt för diagnosen utmattningssyndrom. Det har oss veterligen inte utförts några bra kontrollerade studier som försöker besvara dessa frågor. Den kliniska vård som ges i dag grundar sig således mer på sunt förnuft och »klinisk erfarenhet« än på »vetenskaplig evidens«. I den mån evidens används lutar den sig på andra, mer etablerade diagnoser.

**En validering** av diagnosen utmattningssyndrom är emellertid inte helt enkel eftersom rekryteringsbasen – den grupp människor som kan få diagnosen – utgör en mycket heterogen grupp. Det är exempelvis rimligt att anta att individer som utvecklat ut-

## FAKTA. Utmattningssyndrom – diagnoskriterier enligt Socialstyrelsen:

**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 dominerar bilden, vilket visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning.

**C.** Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod:

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

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

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

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



**PER LYTSY**  
specialistläkare,  
stressmottagningen,  
Centrum för miljö-  
relaterad ohälsa och  
stress (CEOS)

Per.lytsy@pubcare.uu.se



**MARCUS WESTIN**  
med dr, tf överläkare,  
barn- och ungdoms-  
psykiatri; båda vid  
Akademiska sjukhuset,  
Uppsala

mattning till följd av vantrivsel/stress på sin arbetsplats bör få en annan arbetsrehabilitering än de som trivs med sin arbetssituation men har en stressande livssituation.

De flesta patienter med utmattningssyndrom rör sig i ett kontinuum mellan dessa bägge ändpunkter – där en upplevd tilltagande stress i arbetslivet ger upphov till, el-

**»Det finns i dag ett stort behov av att validera diagnosen utmattningssyndrom ...«**

ler är en följd av, en allmän vanmaktskänsla kring hur livet gestaltas sig. Oförmågan att ta kontroll över sitt liv medför en generell svårighet att handskas med allehanda krav, även från arbetslivet.

Behandling och rehabilitering måste alltid individanpassas, men insikt i vilka processer som driver den nedsatta förmågan att hantera egna och omgivningens krav är sannolikt en förutsättning för framgångsrik behandling och rehabilitering. I avvaktan på kunskap om sjukskrivningens effekter hos denna patientgrupp finns det all anledning att vara tämligen restriktiv med sådan.

**Vi ifrågasätter inte** att denna typ av ohälsa finns – det vet alla som i sin kliniska verksamhet träffar personer med stressrelaterade problem. Dessa människor mår fruktansvärt dåligt och är i stort behov av hjälp, stöd och behandling.

Men vi menar att det finns viktiga frågor kring utmattningssyndrom som ännu inte besvarats. Det finns i dag ett stort behov av att validera diagnosen utmattningssyndrom och frambringa evidensbaserad kunskap om hur denna typ av ohälsa bäst ska förebyggas och behandlas.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## Frågor om en 80-årig diabetespatient

■ I Läkartidningen 12–13/2008 finns två artiklar om biverkningar av läkemedel [1, 2]. I den från Karolinska Universitetssjukhuset Solna [2] finns en fallbeskrivning av en 80-årig kvinna med hjärtsvikt, diabetes typ 2, hypertoni, claudicatio och angina [2; Fakta 2]. Flera laboratorievärden anges, dock inte blodsocker utöver pressade blodsockervärden.

**En åtgärd som jag skulle vilja** ha mer belyst är att »perorala antidiabetika seponerades och insulin sattes in«. Hur resonerade man? Ansåg man att patienten lättare skulle kontrollera sin diabetes med injektioner – de perorala antidiabetika verkade ju snarast ha varit överdoserade (pressade blodsockervärden)? Riskerar man inte att patienten får svårighet med insulin (80-åring som tidigare inte haft det)? Fick patienten några kostråd?

### REPLIK:

## Medicineringen måste avvägas noga

■ Denna patient hade i mångt och mycket en adekvat medicinering, som Lars Werkö mycket riktigt påpekar. Där emot behövdes noggrann dosering av hennes hjärtläkemedel för att balansera gynnsam effekt mot ogynnsam effekt. I hennes fall halverades dosen av betablockerare och ACE-hämmare, och dessa mediciner behandlas hon med än i dag.

**Med hennes perorala** antidiabetika förhåller det sig annorlunda. Vid nedsatt njurfunktion bör dessa medel sättas ut på grund av risk för hypoglykemi. Vad gäller metformin finns dessutom en ökad risk för den sällsynta men allvarliga komplikationen laktacidosis i samband med nedsatt njurfunktion.

I Fasstexten för hennes

## Läkemedelsrelaterade problem vanliga på medicinakuten

Orsak till inläggning hos nästan var tredje patient, enligt kvalitetsuppföljning



Artikeln i Läkartidningen 17–28/2008.

Läkemedelsbehandling av äldre multisjuka patienter tillhör de värsta problemen för sjukvården. Med så många – adekvata – mediciner som denna patient har är det ytterst känsligt med avvägningen. Det verkar som om patienten får lämna sjukhuset med nästan lika många – och kanske mer svårkontrollerade – läkemedel som hon kom in med.

**Eftersom omnämmandet i LT** innebär en rekommendation till kolleger om hur man ska handla i liknande fall vore jag tacksam för en redogörelse

för hur man diskuterade fram de åtgärder som vidtogs, framför allt i fråga om hennes diabetes – och gärna hur det gick för patienten.

**Lars Werkö**  
professor,  
Stockholm

### REFERENSER

1. Odar-Cederlöf I, Oskarsson P, Öhlén G, Tesfa Y, Bergendal A, Helldén A, Bergman U. Läkemedelsbiverkan som orsak till inläggning på sjukhus. Läkartidningen. 2008;105:890-3.
2. Fryckstedt J, Asker-Hagelberg C. Läkemedelsrelaterade problem vanliga på medicinakuten. Läkartidningen. 2008;105:894-8.

antidiabetiska medel står följande att läsa under Kontra-indikationer/Varningar:

Avandamet: »Njursvikt eller nedsatt njurfunktion, såsom serumkreatininnivåer >135 mikromol/l hos män och >110 mikromol/l hos kvinnor och/eller kreatininclearance <70 ml/min.«

Daonil: »Eftersom huvudmetaboliten har en viss blodglukossänkande effekt bör försiktighet iakttas vid nedsatt njurfunktion.«

Patienten remitterades till endokrinologisk dagvård där tvådos insulin sattes in, och denna medicinering kvarstår i dag. Patienten kontrolleras fortfarande på såväl kardiologisk som endokrinologisk mottagning.

**Vi är eniga med Werkö** om att att »läkemedelsbehandling av

äldre multisjuka patienter tillhör de värsta problemen för sjukvården«. Det är anledningen till att vi gjorde vår kvalitetsgenomgång. Vi valde denna patient som illustration eftersom hon representerar en »vanlig och typisk« invärtesmedicinsk patient.

**Medicineringen måste** avvägas noga, precis som Werkö påpekar. Det är en grannliga uppgift för läkarkåren att på bästa vis handlägga dessa patienter så att läkemedelsrelaterade problem minimeras.

**Jessica Fryckstedt**  
överläkare, akutkliniken  
jessica.fryckstedt@karolinska.se

**Charlotte Asker-Hagelberg**  
specialistläkare, klinisk farmakologi; båda Karolinska Universitetssjukhuset Solna