

Er Norge klar for en moderne stressdiagnose?

PSY
KOL
OGI



ILLUSTRASJON Hilde Thomsen

Diagnostiseringen av CFS/ME i Norge kan hemme pasientenes rehabilitering, og føre til at for mange får diagnosen.

TEKST

Martin Holmelin

PUBLISERT 5. april 2018

EMNER

Stressdiagnose

Utbrenthet

Utmattningssyndrom UMS

DIAGNOSTISERING

DA JEG JOBBET på DPS og Raskere tilbake, slo det meg flere ganger hvordan *systemet* syntes å mislykkes med å fange opp og behandle alvorlige stresstilstander – det som til vanlig kalles «utbrenthet». Selve klassifiseringen av tilstanden var en del av problemet, men også planleggingen og koordineringen av rehabiliteringen. Pasientene kunne ofte bli sendt rundt mellom de ulike hjelpetiltakene – NAV, fastlege, DPS eller Raskere tilbake – men det virket ikke som noen hadde et overordnet ansvar eller en plan. Det var et sjansespill hvorvidt fastlegen, psykologen eller saksbehandleren hadde kunnskaper om alvorlig kronisk stress.

Utbrenthet i arbeidspsykologien

«Utbrenthet» er ikke en klinisk diagnose som kan gi rett til sykemelding i Norge. Begrepet ble definert innenfor arbeidspsykologien (ca. 1960–70, Maslasch) og beskrevet som en psykologisk reaksjon på negative hendelser i arbeidet. I ICD er «utbrenthet» med som Z-diagnose (Z73.0) og defineres i versjon 11 som *1) en følelse av energitomhet eller utmattelse, 2) økt mental avstand eller negativisme/kynisme knyttet til jobben, 3) redusert effektivitet/ytelse i jobben*. Men det presiseres tydelig at *Utbrenthet refererer spesifikt til fenomener i arbeidslivskonteksten og bør ikke brukes til å beskrive opplevelser i andre områder av livet*. (Undertegnedes oversettelse).

Kriteriene er altså brede og spesifikt knyttet opp imot arbeid. Generell fungering kan være høy selv om man oppfyller kriteriene for Z73.0, i motsetning til ved alvorlige stresstilstander.

«Utmattelsesdepresjon» er et annet begrep som brukes i sammenheng med «utbrenthet», men det er en uheldig sammenblanding. Det er uheldig fordi ikke alle som har utviklet en alvorlig stresstilstand, viser symptomer som er sentrale for depresjon: nedstemthet, svekket evne til å føle glede og selvmordstanker. Depresjoner lar seg behandle med etablerte metoder og har kortere forløp enn «utbrenthet». Det forskes en del på biologiske/fysiologiske forskjeller på disse tilstandene, og selv om det ikke er endelig konkludert, kan det dreie seg om forskjeller i reaktiviteten i den hormonelle HPA-aksen, men også endringer i hjernens funksjon og fysiologi.

«Hvis man er på riktig spor i Sverige, betyr det at mange i Norge får andre eller «feil» diagnoser ved alvorlige stresstilstander»

Diagnoser i ICD som brukes ved stressreaksjoner med mer eller mindre kort varighet, er følgende: akutt belastningslidelse (F43.0), posttraumatisk stresslidelse (F43.1), tilpasningsforstyrrelse (F43.2), andre spesifiserte reaksjoner på alvorlig belastning (F43.8) og uspesifisert reaksjon på alvorlig belastning (F43.9). De to sistnevnte inneholder ingen kriterier for diagnosen, hvilket fører til stor heterogenitet. Disse F43.X-diagnosene beskriver i utgangspunktet avgrensede stressende hendelser eller situasjoner som fører til akutte og/eller posttraumatiske symptomer. Hovedårsaken til «utbrenthet» er derimot kronisk stress med manglende restitusjon, og det er som oftest en tilstand med lang varighet – dermed er de nevnte diagnosene lite egnet til å fange opp dette. Den svært gamle diagnosen nevrasteni (F48.0) overlapper dog i stor grad med det vi kaller «utbrenthet», men er allerede tatt vekk fra DSM og ser ut til å forsvinne fra ICD når neste utgave kommer i løpet av 2018.

UMS introduseres i Sverige

I Sverige var det i perioden 1997–2003 en kraftig øking i langtidssykefraværet i forbindelse med kutt som den økonomiske krisen tvang frem. Sosialstyrelsen (tilsvarende Helsedirektoratet) opprettet en ekspertgruppe for å se på årsakene og for å komme med anbefalinger om hvordan man skulle håndtere dette. Det resulterte i en rapport der man mente at mange av sykdomstilfellene dreide seg om utvikling av svært alvorlige stressrelaterte tilstander, og at man for dette trengte å opprette en ny diagnose – F43.8A *utmattningssyndrom* (figur 1, forkortes UMS^[1]). Sosialstyrelsen fulgte disse anbefalingene, og siden 2005 har man da lettere kunnet føre statistikk og forske epidemiologisk på tilstanden. Det har også gitt et nytt og bedre utgangspunkt for å forske på forebygging, behandling og rehabilitering.

F43.8A - Utmattningssyndrom (UMS)

- A. Fysiske og psykiske symptomer på utmattelse i minst to uker. Symptomene er utviklet som følge av en eller flere identifiserbare stressfaktorer som har foreligget i minst seks måneder.
- B. Påtagelig mangel på psykisk energi dominerer bildet. Dette viser seg i redusert foretaksomhet, mindre utholdenhet eller forlenget tid på å «ta seg inn» i forbindelse med psykisk belastning.
- C. Minst fire av følgende symptomer har forekommet så å si hver dag under den samme toukers-perioden:
 - Konsentrasjonsvansker eller minneforstyrrelser
 - Påtagelig nedsatt evne til å håndtere krav eller gjøre oppgaver under tidspress
 - Følelsesmessig labilitet eller irritabilitet
 - Søvnforstyrrelser
- Påtagelig kroppslig svakhet eller tretthet
- Fysiske symptomer som verk, brystmerter, hjertebank, mage-tarm-plager, svimmelhet eller lydoverfølsomhet
- D. Symptomene forårsaker klinisk signifikant lidelse eller nedsatt funksjon i arbeid, sosialt eller i andre viktige henseender.
- E. Plagene forårsakes ikke av direkte fysiologiske effekter av noe stoff (feks. avhengighetskapende stoffer), medisiner eller noen somatisk sykdom/skade (feks. hypotyreose, diabetes, infeksjonssykdom).
- F. Hvis kriteriene for egentlig depresjon, dystymi eller generalisert angstlidelse samtidig er oppfylt, angis utmattelsessyndrom kun som tilleggsspesifisering til den aktuelle diagnosen.

FIGUR 1 Diagnosekriterier

På ti år (2006–2016) er antall personer i Sverige som har blitt henvist til psykiatrien grunnet stressrelaterte tilstander, doblet. Langtidssykefraværet økte med 80 % i perioden 2010–2016, men har begynt å gå ned igjen fra begynnelsen av 2017. Fra 2010 til 2017 er antall personer sykmeldt for stresstilstander blitt seks ganger høyere.

Forekomsten øker i yngre alderssegment, spesielt for yngre kvinner rundt 30 år. Selv om kvinner er overrepresentert, øker forekomsten også for menn. I 2017 var 25 742 kvinner sykmeldt for F43.X, respektive 6 525 menn. Jobben oppleves i høyere grad å være årsak til stress enn privatlivet blant de som er rammet, men de fleste oppgir at det er kombinasjonen av forhold ved arbeidet og faktorer i privatlivet som stresser dem.

Komorbiditeten ved UMS er generelt høy. Flere studier har vist at så mange som 7 av 10 også fyller kriterier for en angst- og/eller en depresjonsdiagnose. Angst virker å være noe vanligere enn depresjon. Symptomer på angst og depresjon minker ofte tydelig innen ca. 6 måneder, mens symptomene på UMS vedvarer mye lenger. I en studie

selvrapporterer pasientene fortsatt høy grad av symptomer etter 18 måneder. Det gjelder i hovedsak slitenhet, stressfølsomhet og kognitiv svikt/forstyrrelse. En annen studie viste at svikt i kognisjon ved behandlingsstart når det gjaldt hukommelse, konsentrasjon og eksekutiv funksjon, var nesten uforandret tre år senere. Etter 7 år fant man fortsatt svikt.

Det er flere forskningsmiljøer i Sverige som har bidratt til å øke kunnskapen om UMS: *Stressforskningsinstituttet, Karolinska Institutet og Institutet för stressmedicin*. Flere fylker i Sverige har egne avdelinger for behandling av UMS. Hovedtrekk i god rehabilitering er å ta raskt vare på pasienten og gi informasjon om UMS. Deretter å kartlegge hele livssituasjonen samtidig med innledende hvile og full sykemelding. Når basale kroppsfunksjoner er normalisert, tilpasser man sykmeldingen individuelt med tanke på tilbakeføring til arbeid, i kombinasjon med mer spisset behandling. God koordinering av hele prosessen slik at vansker kan møtes med tilpasninger og/eller andre tiltak, står sentralt. Og ikke minst – tiltak for å forhindre tilbakefall. Noen studier viser at ca. 25 % får tilbakefall til UMS.

Hvordan forstås «utbrenthet» i Norge?

Hvis man er på riktig spor i Sverige, betyr det at mange i Norge får andre eller «feil» diagnoser ved alvorlige stresstilstander. Det kan virke som om depresjon, F43.X eller CFS/ME er de mest brukte.

Mange av symptomene ved CFS/ME overlapper med UMS^[2], men det som i hovedsak skiller dem fra hverandre, er antakelser om årsakene. Ved UMS skal identifiserbare sterke stressorer ha vært til stede i minst seks måneder og symptomene deretter ha vedvart i minst to uker, før diagnosen blir stilt. Ofte har pasientene hatt milde, men økende symptomer over flere år som de ikke har oppsøkt hjelp for. Til forskjell har ca. 75 % av de som får CFS/ME, blitt plutselig syke i forbindelse med en eller flere infeksjoner, og symptomene skal ha vedvart i minst seks måneder før diagnosen kan stilles. Det er også noen viktige forskjeller i det kliniske bildet, bl.a. influensalignende symptomer etter fysisk anstrengelse ved CFS/ME^[3]. Prognosen for tilfriskning er generelt bedre ved UMS enn CFS/ME.

«Det jeg frykter, er at mange pasienter får feil behandling, manglende tilpasninger eller blir presset ut i arbeid for tidlig»

En språkrelatert forskjell mellom Norge og Sverige som skaper forvirring, er at CFS/ME i Norge ofte blir kalt «kronisk utmattelsessyndrom», noe som overlapper med det svenske ordet «utmattningssyndrom» (UMS). I Sverige kalles CFS/ME «kronisk trötthetssyndrom» eller «trötthetssyndrom etter virusinfektion».

Jeg synes at man i Norge bør se på erfaringene fra Sverige. Det jeg frykter, er at mange pasienter får feil behandling, manglende tilpasninger eller blir presset ut i arbeid for

tidlig^[4]. Det kan i verste fall føre til uførhet, eller bare helt unødvendig lidelse og stress. En del får kanskje diagnosen CFS/ME, og det gjør noe med forventningene til prognosen og med oppfølgingen. Jeg tenker at kunnskap om stress og UMS må økes i helsevesenet. Heller enn å gi standard behandling for lettere angst og depresjon, bør disse pasientene bli sendt videre til spesialiserte løp. Korte psykologiske behandlinger eller SSRI er ikke veien å gå ved fullt utviklet UMS. Selv om slike tiltak reduserer symptomtrykket, viser forskning at det ikke korter ned tiden for tilbakeføring til arbeid. Det bør nok også bli en endring knyttet til skepsisen en del helsepersonell har til «utbrenthet», men jeg tror ikke det er psykologer som synder mest mot akkurat det.

For å kunne få et godt bilde av årsaker, omfang og konsekvenser av «utbrenthet» kreves det at vi tydelig kan avgrense tilstanden fra andre lignende tilstander. Når vi etter hvert har disse kunnskapene, kan vi iverksette effektiv forebygging på strukturelt nivå og rehabiliterende tiltak på individuelt nivå. Men først må vi få på plass en moderne stressdiagnose.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 4, 2018, side 284-288

TEKST

Martin Holmelin, psykologspesialist

+ Vis referanser

Referanser

Perski, O., Grossi, G., Perski, A. & Niemi, M. (2017). A systematic review and meta-analysis of tertiary interventions in clinical burnout. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1(1), 551-561.

Jonsdottir, I.H., Nordlund, A., Ellbin, S., Ljung, T., Glise, K., Währborg, P., Sjörs, A. & Wallin, A. (2017). Working memory and attention are still impaired after three years in patients with stress-related exhaustion. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1(1), 504-509.

Salomonsson, S., Santoft, F., Lindsäter, E., Ejeby, K., Ljótsson, B., Öst, L. G., ... & Hedman-Lagerlöf, E. (2017). Cognitive-behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to common mental disorders: a randomised controlled trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1(1), 905-912.

Grossi, G., Perski, A., Osika, W., & Savic, I. (2015). 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. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1(1), 626-636.

Golkar, A., Johansson, E., Kasahara, M., Osika, W., Perski, A., Savic, I. (2014).

PLoS One, 9, e104550.

Kristina Glise, K. (2014).

Department of Internal Medicine, Institute of Medicine at Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg.