

Kejsarens utbrända kläder

Marcello Ferrada de Noli

Libertarian
Books
Europe

KEJSARENS UTBRÄNDA KLÄDER

The emperor's burnout clothes

KEISARENS UTBRÄNDA KLÄDER

Marcello Ferrada de Noli

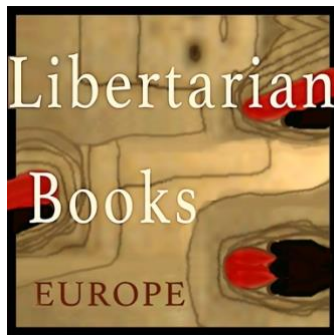
Libertarian Books Europe

ISBN 978-91-88747-01-3

@Libertarian Books Europe

2008

Cover: Arte de Noli



<https://libertarianbooks.eu/>

Kejsares utbrända kläder

Prof. Marcello Ferrada de Noli

Libertarian Books Europe

Stockholm, Bergamo 2008

Texts by the author published in the Journal of the Swedish Medical Association (Läkartidningen), the Journal of Sociology (Sociologisk tidskrift), Dagens Medicin, Dagens Nyheter (DN), and Svenska Dagbladet (SvD). As well as interviews in DN, SvD and Aftonbladet.

Innehåll

Kejsarens utbrända kläder

Arbetsrelaterad stress, självmord och utmattingsdepressioner

Utmattningssyndrom är en kulturellt betingad diagnos unik för Sverige

Arbetsrelaterad stress och epidemiologin av plötsliga dödsfall

Är arbetsrelaterad stress primär orsak till plötslig död?

Om utbrändhet bland invandrare – epidemiologiska invändningar

Stort bortfall, svag vetenskap och pseudodiagnoser

Utbrändhet mest en modetrend

Vi jobbar inte ihjäl oss

Barnafödandet ökar igen trots tal om stress

Rehabilitering

Professor dömer ut sjukskrivningar

Utbrändhets diagnoser på reträtt



Kejsarens utbrända kläder

av Marcello Ferrada-Noli

DET ÄR NU tre år sedan den påstådda epidemiologiska utbredningen av diagnosen ”utbrändhet” och ”arbetsrelaterad stress” ifrågasattes i Sverige i undertecknades debattinlägg ”Utbrändhet mest en modetrend” (DN debatt 20/10-00).

Budskapet var entydigt. Utbrändheten är ett påhitt. Stressen har funnits under hela människoslagens existens. Om stressen verkar öka i det nutida samhället, kan det vara mer relaterat till den ökade uppmärksamheten kring stressen. Den påstådda ökningen av stress i det nutida samhället kan inte av egen kraft förklara ökningen i antal sjukskrivningar. Dessa två fenomen har två olika epidemiologiska diates och är inte nödvändigtvis förenade.

Det stora antalet sjukskrivningar i Sverige, med dess påtagliga geografiska och sociala klassvariationer, är främst ett sociologiskt fenomen. Fenomenet stress är normalt. Ökningen av antalet individer som upplever sig sjuka, särskilt av nya, ej medicinskt verifierade åkommor, är socialpsykologiskt inducerat. Fenomenet fusk är fusk. Medicinsk konst gör sig här icke besvär och vissa stressexperter är experter till synes även i mycket annat.

I millenniumskiftets Sverige hade experterna det ultimata och

Professor Marcello Ferrada-Noli är medicine doktor i psykiatri och disputerad vid Karolinska Institutet med en avhandling om posttraumatisk stress. Han har varit lecturer i socialmedicin på Harvard Medical School och är numera professor i folkhälsovetenskap med inriktning mot epidemiologi. Noli är verksam vid Högskolan i Gävle och vid avdelningen för socialmedicin på Karolinska Institutet. Han är forskningsledare för området transkulturell skadeepidemiologi vid WHO – Collaborating Centre on Community Safety Promotion knuten till Karolinska Institutet.

då obestridda ordet om ämnet. Folket omkring resonerade att utbrändhet visst finns, även om vi inte kan förstå vad det är. Den folkenlige statsministern, Göran Persson, tillfrågades om han själv hade sett utbrändhet i sin egen närhet. ”Det har jag säkert gjort, även om jag kanske inte har förstått vad det handlade om”, var svaret (SVT intervju 2/6-01).

I själva verket föddes begreppet ”utbrändhet” (*burnout*) i den initiativrika filofreudianska psykologin vid University of California. De förser oss med jämna mellanrum med trender som ersätter varandra och som vi av någon anledning tar på yttersta allvar. Den nya doktrinen, författad av psykologen Christina Maslach, gjorde en snabb upp- och nergång i USA:s akademiska cirklar, dök därefter, som vanligt beträffande en rad mode-diagnoser plus tillhörande terapimodeller och som enligt praxis förväntas medföra en trygg och lite längre livslängd, upp i Sverige (och därmed i Norge) — . Det samma har hänt förut i tur och ordning med exempelvis primalterapi, fibromyalgi, kristallterapi och ja... ”*you name it*”.

Faktum är att utbrändhet inte klarade det vetenskapliga testet. Utbrändhet och dess nya namn ”utmattningsdepression” saknar egna partikulära egenskaper, vilket erfordras för att bli identifierat som ett unikt och klassificerbart kliniskt fenomen och därmed kunna erbjuda varaktiga diagnostikkriterier. Utbrändhetssymptom fanns redan inom mängd andra beskrivna begrepp, såsom i den nu försvunna fibromyalgin, den nostalgiska kroniska tröttheten eller den romantiska hysterin (Ferrada-Noli, 2001a).

Man ville överhuvudtaget inte medge att ökningen av diagnostiseringen och tillkommande

administrativ ökning av sjukskrivningar inte nödvändigtvis behöver innebära en epidemiologisk ökning av antal sjukdomstillstånd. Om den moderna stressen drabbar hela rikets moderna arbetssätt, hur kan man då förklara den drastiska variationen mellan län eller den signifikanta skillnaden mellan könen? Hur kommer det sig att utbrändhet påtalas mest signifikant bland kvinnor i 50-års åldern?

Inte heller ville man testa diagnosförskjutningshypotesen, dvs. att ökningen av registrerade ”*mental stress*” och arbetsrelaterade psykiska diagnoser kunde motsvara den minskning som registrerades avseende andra arbetsrelaterade diagnoser. Vid långvariga sjukskrivningar (>90 dagar) var skillnaden signifikant i ökningen av psykiska sjukdomar bland kvinnor mellan 1990 och 1999. Emellertid var ju minskningen i skillnaden av sjukdomar i rörelseorganen bland kvinnor under samma period också signifikant (Ferrada-Noli, 2001b).

I och med misslyckandet att befästa sig som folkhälsoproblem i klinisk mening har stress och utbrändhet istället blivit en folkrörelse. Det som kan kallas för folkligt och följaktligen populistiskt är dock i sammanhanget en sanning med modifikation. Trender föds inte hos folket utan utvecklas via massmedier. Okritiska medier populariserar de budskap och hälsoförklaringar som erbjuds av intresseorganisationer och det forskningsetablissemang som de stödjer. Sidan väljer vetenskapen, inte tvärtom. Det är därför vanligt förekommande att stress och utbrändhet återges i svenska medier som orsaken till en rad samhällseliga fenomen av de mest diversifierade ursprung.

Det är emellertid vissa forskare som på ett avgörande sätt har bidragit till detta korståg som sprider osakligheter till allmänheten och dess företrädare. Exempelvis forskarna Jovan Rajs och Alexander Perski uppmärksammade påtalande om att plötslig död presumtivt orsakades av arbetsstress (SVT, AB, 14/11-00). De hade då i en artikel i Läkartidningen angående två dödsfall som inträffade i hemmet — varav en av dessa personer sedan tidigare hade diagnosen ”utbrändhet” — hävdatt att...

...efter uteslutande av andra dödsorsaker är arbetsrelaterad stress med åtföljande fatal hjärtarytmi den mest sannolika orsaken till dessa två unga människors förtida död. (Rajs m.fl., 2000).

Efter att ha uppmärksammat uttalandet i Läkartidningen skrev Aftonbladet den larmande första-sides-rubriken ”Svenskar arbetar ihjäl sig”.

Min granskning med epidemiologiskt material från Socialstyrelsen visade att antalet plötsliga dödsfall i riket bland individer i arbetsför ålder i genomsnitt endast var sju fall per år under tiden 1990–1997 (DN debatt 18/11-00). För att den hävdade förbindelsen mellan ”arbetsrelaterad stress” och ”plötsliga dödsfall” skulle vara epidemiologiskt välgrundad skulle en ökning ha ägt rum under de ”stressiga åren” i arbetslivet under 1990-talet. Trendanalysen visade dock ingen signifikant utveckling av plötsliga dödsfall i arbetsför ålder under den perioden (Ferrada-Noli, 2000a, 2000b).

I en tid då utbrändhet och stressrelaterade sjukskrivningar har blivit ett mycket kostsamt

påfund för samhället var det dags att hitta en syndabock. Och självfallet: man hävdar att det är invandrare — även de arbetslösa invandrarna! — som bär den kostnadskrävande arbetsrelaterade plågan ”utbrändhet”.

Docent Lennart Hallsten uppger att andelen ”utbränning” bland individer med utländsk härkomst är dubbelt så stor som bland infödda svenskar: 12,8 procent respektive 6,3 procent i åldersgruppen 18–64 år (Hallsten m.fl., 2002; SvD, 6/5-02). Hallsten berättade inte att det totala bortfallet bland de tillfrågade invandrarna i hans studie var hela 55 procent. Alltså, vetenskapligt sett, så stort att slutsatsen faller på sin egen orimlighet (Ferrada-Noli, 2002a; 2002b).

Enligt TCO:s ordförande Sture Nordh är stressen i arbetslivet och de ökade sjuktafsfaktorerna starkt associerade med det låga svensk barnafödandet (DN debatt 12/12-00). Men enligt mitt epidemiologiska belägg avseende trendanalysen var TCO:s slutsatser fel (DN debatt 17/12-00) och barnafödanden har med facit i handen tvärtom ökat i Sverige sedan dess.

Politiker från alla partier uttalar sig offentligt om utbrändhetens konsekvenser och föreslår åtgärder. Alla tycks ha gått på ”experternas sak” utan ytterligare granskning. Maria Wetterstrand, språkrör (mp), påstår till och med att ”stress och utbrändhet är vår tids folksjukdom” (SVT 28/5-2002). Stadsråd Mona Sahlin kallade då min tes ovan om att överstress förmodligen beror på flera faktorer än endast arbete, exempelvis det dubbelarbete många kvinnor utför på jobbet och i hemmet, som förnedrande för kvinnorna (Expressen 21/10-00). Alltså de jämställda svenska kvinnor som dessutom tjänar mindre

än männen på sina ”riktiga” jobb. Min replik kvarstår: om det endast är arbetet som producerar den stress som åstadkommer utbrändhet, hur kommer det sig att ett ytterst fåtal — mest kvinnor — på en specifik arbetsplats blir utbrända och inte samtliga som delar samma arbetsförhållanden?

Arbetsmiljöministern Hans Karlsson utropade bestämt, vid en debatt vi hade nyligen (SR, P1, Studio ett 16/10-03) som rörde svenskarnas märkliga sjukskrivningstal, att det hälsoproblem som finns har att göra med arbetsplatsen. Ungefär hälften av de 312.000 sjukskrivningarna meddelas vara arbetsrelaterade. Karlsson förnekade bestämt förekomsten av omfattande fusk vid sjukskrivningar. På min fråga vilket belägg han hade för att påstå att fusket endast rörde sig om ett par procent nämnde han Riksförsäkringsverkets (RFV) egna utredningar. Emellertid har RFV försäkrat mig om att sådana utredningar ej har förekommit.

Mitt huvudargument kvarstår:

Påstående A: Den internationella forskningen påvisar att negativ stress är en potent riskfaktor för insjuknande samt dödlighet avseende en rad sjukdomsprocesser särskilt hjärt- och kärl sjukdomar, astma, etc.

Påstående B: Stressen i det svenska samhället påstås ha ökat avsevärt och även uppnått epidemiska proportioner sedan 90-talet. Detta utifrån den lavinartade ökningen av stressrelaterade sjukskrivningar samt stressexperternas påtalande.

Påstående C: Eftersom stressen i det svenska arbetssamhället skulle ha ökat så enormt och även uppnått epidemiska proportioner, enligt Påstående A, borde insjuknandet och därtill död-

ligheten särskilt vid hjärt och kärl sjukdomar, astma, magsår, etc. konsekvent ha ökat under respektive efter exponeringen av riskfaktorn.

Fakta är att insjuknandet och därtill dödligheten särskilt vid hjärt och kärl sjukdomar, astma, magsår, etc., istället har minskat avsevärt i Sverige sedan 90-talet och fortsätter att minska. Dödstalet för ischemisk hjärtsjukdom minskade från 52 till 35 per 10.000 män. Dödstalet avseende cirkulationssjukdomar har minskat under tio år från 82 till 62 per 10.000 män.

Minskning av astma som dödsorsak är klart betydande särskilt hos män, från 8 till 3 per 100.000 mellan 1987 och 1997 samt från 5 till 3 per 100.000 för kvinnor. Även magsår — ett i högsta grad ett stresspåverkat sjukdomstillstånd — har enligt de senaste uppgifterna från Socialstyrelsen minskat mellan 1987 och 2001. Det positiva hälsotillståndet bland svenskar, mätt utifrån internationella indikatorer, bara ökar.

ERGO: Stressen i det svenska samhället har inte ökat avsevärt och inte heller uppnått endemiska eller epidemiska proportioner. Den lavinartade ökningen av stressrelaterade sjukskrivningar måste ha andra förklaringar än att de egentliga hälsorelaterade i sjukdoms mening.

Ett klart bevis på att det inte är ett varaktigt sjukdomspanorama som återges i antalet sjukskrivningar är de kraftiga variationer som nyligen registrerades i sjukskrivningarnas incidens. Diagnosen utbrändhet har minskat starkt under 2003. Andelen långtidssjukskrivna kvinnor som fått diagnosen har minskat från tre till två procent och från två till en procent för män. Ingen skulle kunna påstå att stressen i Sverige

minskade med en tredjedel eller till och med till hälften från 2002 till 2003.

Kanske återspeglar dessa variationer mer vad som försiggår på den sociokulturella arenan och som därmed skall ses ur ett sociologiskt perspektiv och inte ur ett rent försäkringsmedicinskt?

Hur påverkar ”akademiska trender” den ideologiska utformningen av befolkningens alienation och individens uppfattningar om vad som skall betraktas som sjukdom? Eller hur bidrar de till människors inlärda hjälplöshet gentemot vissa existenskrav och utmaningar och som i andra latituder betraktas som normala eller till och med hälsosamma? Och vilka i samhället är de egentliga förlorarna respektive profitörerna av trendernas episodiska triumf?

Låt oss medge att ”utbrändhet” i vissa fall kan tillskrivas en reaktion från arbetstagarens sida gentemot arbetsförhållande som hon upplever som oriktiga. Från alla håll råder man den ”utbrände” att söka läkare, vilken i sin tur eventuellt kan sjukskriva vederbörande. Det är kartlagt att det är patientens önskan mer än det egentliga medicinska tillståndet som avgör huruvida den personen blir sjukskriven eller ej (Englund, 2000). Men, var det patientens eller etablissemangets önskan?

Återigen, är dessa uppfattningar egentliga och förenade med individens intresse, eller kulturellt och ideologiskt inlärda? Arbetsgivaren och facket tror sig få hjälp genom att medikalisera problemet och varje ”utbränd” skickas hem som sjuk. Detta medför en ytterligare atomisering av de potentiellt konstruktiva åsikterna och som istället skulle kunna användas på arbetsplatsen för att bidra till att identifiera det egentliga problemet.

De-facto-vinnaren är läkemedelsindustrin. Av 300.000 långtidssjukskrivna använder 85.000 någon sorts läkemedel som kan framkalla beroende till medicineringen. Trettio procent av dessa kan redan vara läkemedelsberoende enligt en rapport från Riksförsäkringsverket (SVT 24/9-03).

Sjukskrivningarna ökar i samma takt som utgifterna för antidepressiva medel. Det som upptar större delen av kostnadsökningen är just ett preparat man har uppmärksammat i behandlingen av utbrändhet. Endast under det första halvåret 2001 föreskrev läkarna antidepressiva läkemedel för hela 562 miljoner kronor. Kostnaden för antidepressiva läkemedel har tredubblats från 1994 till 2000. Mig verterligen finns det inte några tydliga bevis att dessa läkemedel är effektiva mot just ”utbrändhet” (enligt Maslach beskrivning), utöver vissa specifika symtom och som väl kan ha en helt annan patogens än ”utbrändhet”. Detta är särskilt oroväckande mot bakgrunden av läkemedlens icke önskade biverkningar.

Faktum är att det inte finns ett enda behandlingsmedel som på ett vetenskapligt sätt kan påstås vara särskilt effektivt just mot ”sjukdomen” utbrändhet. Den allra största vinnaren med det påstådda fenomenet utbrändhet är dock det akademiska och yrkesmässiga etablissemanget, som tilldelats enorma offentliga medel för att finna ”lösningen” på ett fenomen som de själva var med att hitta på. Och ”företagsbehandlaren”, ”konsulten” och övriga individuella utbrändhetsbehandlaren inom kvacksalveri branschen. Alltså, alla slags experter som väntas bli kallade för att laga

kejsarens utbrända kläder.

Efter förfelade försök att bevisa utbrändhetens kliniska existens — alltså diagnosen utbrändhet — tycks utbrändhets förespråkare ha anpassat sig till en ökande skeptiska granskningen. Psykologiprofessor Gunnar Aronsson påstår mer eller mindre att undertecknad inte skulle ha lyckats att identifiera den kliniska existensen av utbrändhet av den enkla anledningen att utbrändhet inte är att betrakta som ett medicinskt tillstånd eller sjukdom i klassisk mening. Människan har, enligt Aronsson, rätt att uppleva sitt tillstånd som sjuk även om hon inte är sjuk i klassisk medicinsk mening (SvD, 23/9-02).

Vid "utbrändhet" medför emellertid upplevelsen även kravet att den skall finansieras av hela samhället genom att acceptera den som sjukskrivningsberättigande (SvD, 29/9-02).

Professor Aronsson och medarbetare medgav i sin kommentar:

Eftersom Ferrada-Noli också menar att stressen i arbetslivet inte ökat blir slutsatsen att sjukfrånvaroökningen på grund av stress saknar sjukdomslegitimitet. Vi menar att det är nödvändigt att ha en bredare syn på hälsa och sjukdom i ett arbetsliv som alltmer skiftar från fysiska till psykiska arbetskrav eller till kombinationer av dessa. Härmed kan vi förvänta oss att en växande del av sjukfrånvaron har med människors psykiska och sociala resurser att göra. (SvD, 23/9-02)

Ett år senare publicerade Aronsson tillsammans med andra folkhälsovetenskapliga professorer, bland annat Anna Hammarström, Töres Theorell och Urban Janlert, uppöppet "Euron ger svenskarna sämre hälsa" som baserades på argumentet hur bra folkhälsan är i Sverige särskilt avseende de sociala resurser och därtill hälsorelaterade

förutsättningar svenska kvinnor har jämfört med resten av världen (DN, 3/9-2003).

Professorerna jämför viss statistik avseende länder som har euron som valuta kontra länder som inte har den och i sin konklusion uppger profetian om en försämrad folkhälsa — framför allt för svenska kvinnor — i det fall det skulle blivit ett ja i EMU-omröstningen. Vart tog det alarmerande hälsotillstånd som har rapporterats särskilt bland svenska kvinnor vägen och som i andra sammanhang har tillskrivits den försämrade stressen i arbetslivet?

Vid en intervju med professor Töres Theorell om en arbetsrelaterad hälsosammanställning han gjorde till Folkhälsoinstitutet, kommenterades att rapporten "ger en dyster bild av hälsoläget" (SvD 18/8-2003). Rapporten noterade att kvinnorna med liten uppgiftskontroll och bristande stöd har en 80-procentig överrisk för långtidssjukfrånvaro (Theorell, 2003). Ett par veckor senare menade Theorell att den nordiska välfärdsmodellen som de svenska kvinnornas hälsorelaterade villkor tillskrivs skulle ses som förebild för andra länder (DN, 3/9-2003). Dock står de svenska kvinnorna för 65 procent av de långtidssjukskrivna 2002!

I EMU-länderna finns det påtagligt mindre stressrelaterade långtidssjukskrivningar. Skulle inte detta paradoxalt nog betyda att om vi tvärtom hade valt euron skulle vi ha kraftigt kunnat reducera antalet sjukskrivningar, eller minska stressen? Just det, det har inget med saken att göra.

Dessvärre fungerar det uppenbara allmänna sambandet, som professorerna uppger, mellan

välståndet och förutsättningarna för bättre hälsa som bekant också tvärtom. Ökad ohälsa minskar det sociala välbefindandet. Och trots den goda hälsa som Sverige kan visa, finns det en uppenbar skillnad i morbiditet samt tillgänglighet till hälsa och vård i Sverige utifrån bland annat etnisk och social klasstillhörighet exempelvis gällande den svenska självmordsincidensen (Ferrada-Noli, 1997, 2001c).

Därmed går det inte heller att helt sanningsenligt jämföra Sveriges hälsotillstånd med andra länder med hjälp av generaliserade tal eller ej differentierade statistiska beräkningar. Det var varken logiskt eller vetenskapligt att påstå konklusivt att "Sverige riskerar att få en försämrad och mer ojämnt fördelad hälsa vid ett eventuellt ja i EMU-omröstningen". Inte heller skulle det vara seriöst att påstå motsatsen.

Ett noterbart och till synes paradoxalt inslag som rör den rapporterade stressen är att den sektor i samhället som mest gör gällande att det är stressen som ligger bakom deras arbetsbesvär inte hör till den sociala klass som, enligt tillförlitliga modeller i stressteorin, skulle vara den mest utsatta. Nämligen arbetarna som skulle utföra monotona sysslor och samtidigt har litet inflytande över dessa, s.k. lågt beslutsutrymme (Karasek & Theorell, 1990).

Vår egen studie som baserats på data från Arbetsmiljöverket påvisar att högutbildade tjänstemän rapporterar stress som orsak till arbetsbesvär i signifikant högre utsträckning än lägre tjänstemän eller arbetare med sämre utbildning ($\chi^2 = 566, p = .0001$, sammantaget skillnaden mellan tjänstemän och arbetare). Kvinnliga tjänstemän hade tre gånger mer stressrelaterade

problem på arbetsplatsen är manliga arbetare (Ferrada-Noli & Svanström, 2003).

Vissa stressforskare samt vissa av regeringens utredare har under de senaste åren agerat som Apokalypsens profeter och annonserade bland annat via Sveriges Radio att Sverige inte kunde vänta sig något annat än ökade sjukskrivningstal under flera, flera år. Allt detta, som agiterades, på grund av den ökande stressen i arbetslivet. Det var ett tidligt meddelande till regeringen, näringslivet och etablissemangen avseende vart de finansierandes insatsprioritering skulle hamna. Voltaire sade: "Det är ju farligt att ha rätt i den saken makthavarna är felaktiga."

De som hävdade påtagliga brister i de så kallade stressexperternas grundresonemang blev istället utfrusna och marginaliserade. Ingen annan tes än den politiskt korrekta skulle tillåtas sin prövning.

Trots det visade det sig att den katastrofala profetian hade katastrofalt fel och för första gången sedan slutet av 90-talet minskar antalet sjukskrivningar avsevärt. Stressen hade antingen inte ökat i den kvantitet och utsträckning som det gjordes gällande, eller var det inte orsaken? "Vi har nog passerat krönet" sade nyligen Rolf Lundgren, sakkunnig på Riskförsäkringsverket, till TT (19/9-03).

Antalet personer som får ersättning från sjukförsäkringen fortsätter att minska och för första gången på länge minskar också antalet längre sjukfall. (SVT 20/9-03)

Undertecknad hade sagt exakt ett år tidigare att utbrändheten som diagnos var tidligt och kraftigt på väg ner (SvD 19/9-03). Samma sak-

kunnig på Riskförsäkringsverket uppgav nyligen att en av orsaken till minskningen i antalet sjuk-skrivningar som nu bekräftas kunde vara den

offentliga debatten omkring temat. Då har undertecknad gjort sitt. Utbrändhet var ju en modetrend.

★ Referenser

Englund L. (2000) *Sick-listing — attitudes and doctors' practice with special emphasis on sick listing practice in primary health care*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

Ferrada-Noli, M. (1997) A cross-cultural breakdown of Swedish Suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96: 2, 108-117.

Ferrada-Noli, M. (2000a) "Arbetsrelaterad stress och epidemiologin av plötsliga dödsfall", *Läkartidningen* 97: 5946-7.

Ferrada-Noli, M. (2000b) "Är arbetsrelaterad stress primär orsak till plötslig död?", *Läkartidningen* 97: 6108-10.

Ferrada-Noli, M. (2001a) "Arbetsrelaterad stress, självmord och utmattningsdepressioner", *Läkartidningen* 98: 3158-60.

Ferrada-Noli, M. (2001b) "Om utbrändhetens epidemiologiska belägg", *Läkartidningen* 98: 710-5.

Ferrada-Noli M. (2001c). "Traumatisk stress och flyktingars suicidbeteende — epidemiologiska fynd", *Läkartidningen* 98: 4888-90.

Ferrada-Noli, M. (2002a) "Om utbrändhet bland invandrare epidemiologiska invändningar", *Läkartidningen* 99: 3534-8.

Ferrada-Noli, M. (2002b) "Stort bortfall, svag vetenskap och pseudodiagnoser", *Läkartidningen* 99: 3877.

Ferrada-Noli, M. & Svanström, L. (2003) "Reported mental stress as leading cause for works hazards increases with higher socio-economic status". Abstracts, WHO- 12th International Conference on Safe Communities. Safety & Health Expo, Hongkong.

Hallsten, L. & Bellaagh, K. & Gustafsson, K. (2002) "Utbrändhet i Sverige — en populationsstudie", *Arbete och Hälsa*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet 2002:6.

Karasek, RA. & Theorell, T. (1990) *Healthy Work*. New York: Basic Books.

Rajs, J, m fl (2000) "Arbetsrelaterad stress bakom plötsliga dödsfall?" *Läkartidningen* 97: 5294-300.

Theorell, T. (2003) "Är ökat inflytande på arbetsplatsen bra för folkhälsan? Kunskaps sammanställning", Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Arbetsrelaterad stress, självmord och utmattningsdepressioner

Läkartidningen INr 26–27 I2001 IVolym 98

Världshälsoorganisationens, WHO, »Mental Health Day« (den 7 april)uppmärksammades i Sverige med ett intressant inlägg på DN debatt av professorerna Lars Jacobsson, Danuta Wasserman och Marie Åsberg [1]. Utöver den för WHO's hälsodag högst relevanta läges-beskrivningen av psykisk ohälsa i Sverige, relaterade man i inlägget sjukskrivningarna för utbrändhet / utmattningsdepression och själv-mordsproblematiken, i en argumentationsordning som implicit skulle antyda ett orsakssamband mellan dessa samhällsmedicinska fenomen.

Marcello Ferrada de Noli –professor i folkhälsovetenskap med inriktning mot epidemiologi, Högskolan i Gävle; f d lecturer in social medicine, Harvard Medical School mferrada-noli@hms.harvard.edu

»Utmattningsdepression« är en be-nämning som bygger på en tes som iSverige i första hand har drivits av professor Marie Åsbergs forskarlag vid Karolinska institutet.

Syftet med föreliggande artikel är att – utifrån epidemiologiskt perspektiv och belägg – testa pre-misserna i detta hypotetiska samband samt att ytterligare kommentera den diagnostiska benämningen utmattningsdepression.

Alla X är Y, Z är X, ergo Z är Y

Den refererade argumentationsordningen förde läsarnas tankar till Wissenschaft der Logik (1817) av den tyske filosofen GWF Hegel och den silogistiska kombinationen av Einzelheit, Besonderheit, Allgemeinheit [2] som byggde på den aristoteliska strukturen [3].

Här finns det berömda »Alla X är Y, Z är X, ergo Z är Y« (Alla män är dödliga, Sokrates är man, ergo Sokrates är dödlig), men också en varning om att det oavsiktligt lätt kan förväxlas i »alla X är Y, Z är Y, ergo Z är X« (Alla hundar är däggdjur, katter är däggdjur, ergo katter är hundar). En förväxlingsrisk inom logiken – om den nu tillämpas vid det ovan refererade hypotetiska sambandet – kan inträffa i fall man jämför utmattningsdepressioner (ett tillstånd förenat med depressioner) med depressioner.

Argumentationsordningen

Efter att först ha uppgett en till synes delvis överdriven statistik om omfattningen av självmord i Sverige avseendegrupper inom arbetsför ålder (se nedan), återges i inlägget argumentationsordningen med följande propositioner:

Proposition A: »Forskning har mycket övertygande visat att orsaken till självmord i mer än 90 procent av fallen står att söka i psykisk sjukdom. Den vanligaste diagnosen är depression«;

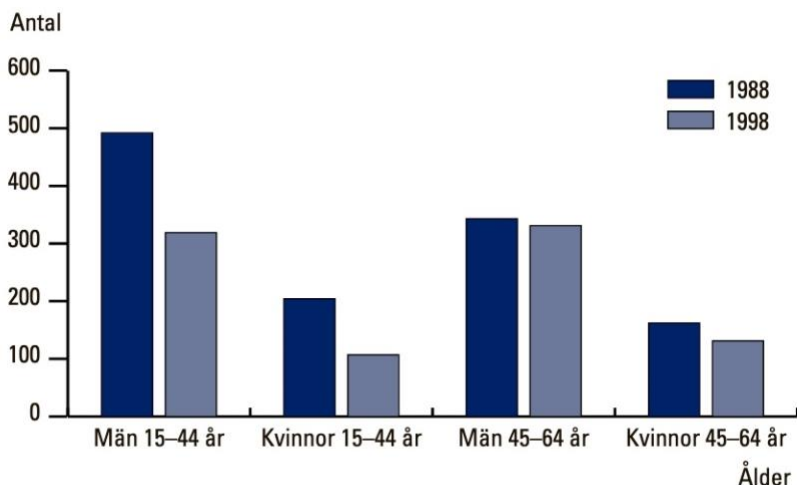
Proposition B: Depression är i sin tur den »vanligaste« orsaken till långtids-sjukskrivning i vissa av de arbetsförgrupper som nämnts, och är den diagnos som »ökar mest« i de andra. Sedan,

Proposition C: »Merparten av dessa långa sjukskrivningar (vanligast depression) tycks vara relaterade till stress i arbetet«

och är »vanligen förena-de med ... tillstånd som kallas utbränd-het« och som egentligen är »utmattningsdepression«.

Alltså, utmattnings-depressioner ökar. Men om självmorden inte ökar? En konsekvent logik enligt ovanstående skulle vara att, eftersom orsaken till självmord står att söka främst i depressioner, och dessa depressioner (som är förenade med utmattningsdepressioner) ökar, skulle därmed ergo självmord öka.

Men om självmorden inte ökar?



Figur 1. *Självmord i Sverige 1988 och 1998 avseende grupper inom arbetsför ålder.*

Eller om orsaken till merparten av dessa långsjukskrivningar inte är »vanligast depression« utan besvär från rörelseapparatens? Författarna inleder temat med uppgiften att självmord »är fortfarande den vanligaste dödsorsaken för män i åldrarna 15-44 år«. Emellertid, den vanligaste dödsorsaken för män i denna ålders-grupp i Sverige är dock olycksfall [4]. I sammanhanget är

det viktigt att kon-statera att självmordsfall för män i åldrarna 15–44 år minskade avsevärt mellan 1988 och 1998, från 492 till 321 (Figur 1).

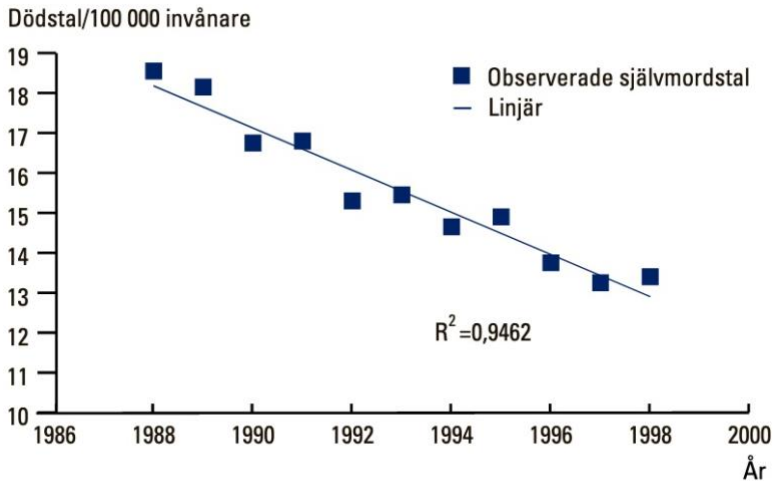
I åldersgruppen 15–24 år halverades till och med självmordsfallen bland män under samma period [4]. Självmord har minskat kraftigt bland grupper i arbetsför ålder. År 1988 inträffade 835 självmordsfall bland män i arbetsför ålder, vilket minskade till 652 fall 1998. Bland kvinnor inträffade 366 respektive 238 självmordsfall.

I åldersgruppen 45–64 år (i vilken » riskåldersgruppen« för de ökade arbetsstressrelaterade sjukskrivningarna –dvs de som är omkring 50 år – skulle be-finna sig) minskar faktiskt självmorden under samma jämförelseperiod till att utgöra 5 procent av dödsorsakerna bland män och endast 3 procent bland kvinnor 1998. Denna kombinerade andel är fyragånger mindre än i gruppen 15–44 år (där självmord utgjorde 16,5 procent av dödsorsakerna 1998).

Mellan 1997 och 1998 minskade åter-igen självmord bland övriga åldersgrupper, förutom den ovan nämnda och bland äldre, i vilka registrerades en marginellökning.

Emellertid, det totala självmordstalet bland kvinnor 1998 förblev oför-ändrat i sin lägsta nivå (7,6 per 100 000, standardiserade dödstal) och bland män ökade det med en 0,5 enhet! (Tabell 1B. Döda 1987–1998 efter underliggande dödsorsak enligt europeisk förkortad dödsorsakslista och kön) [4]. Dock medger professorerna att självmord i Sverige visade »en minskad trend«, men detta framstår som näst intill ett »understatement« i sammanhanget. I själva verket handlar det om en hög signifikant reduktion av självmordsfallen ($\chi^2 = 22,9$, $p = 0,0001$),

motsvarande en 30-procentig minskning (1 590 fall 1988 och 1 231 fall 1998, vilket motsvarar 18,6 respektive 13,4 självmordsfall per 100 000 invånare).



Figur 2. Trend i självmordstal i Sverige 1988–1998.

En trendanalys av dödstalsvariationen (självmord) över perioden 1988–1998 visar en varaktig (Figur 2) och hög signifikant nedåtgående trend. Trendanalysen gjordes med en linjär regression med tid som oberoende variabel («Adjusted RSquare» för regressionsmodellen = 0,94, ANOVA F = 158, sig F=0,0000). Tendensen höll för både män och kvinnor (Pearson korrelation=0,95, sig 0,01, 2-tailed). Min statistiska analys baseras på underlag från Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen [4].

Ökning eller diagnosförskjutning?

Enligt professorerna är – bland psykisksjukdom – depression den vanligaste diagnosen associerad till självmord: »Därför är det

desto mer oroande att sjukligheten i depression ökat dramatiskt i Sverige sedan ett par år tillbaka«. Men situationen kan tolkas annorlunda. Problemet kan också vara en tidigare underdiagnostisering – exempelvis bland individer i högre åldrar [5] – eller en överdiagnostisering.

Cecilia Bernsten, chef för Socialstyrelsens läkemedelsenhet, sammanfattade nyligen att »det faktum att fler får diagnosen depression behöver inte betyda att fler än tidigare är sjuka« [6]. Depressioner har minskat på grund av den moderna effektiva behandlingen; forskning har visat att i Sverige »The increased use of antidepressants appears, however, to be one of the contributing factors to the decrease in the suicide rate« [7]. Dessutom borde uppgifterna om en ökning av arbetsrelaterade depressionsdiagnoser de senaste åren också beaktas mot bakgrunden av den totala variationen av arbetsrelaterade diagnoser, alltså med tanke på den övriga diagnosför-skjutningen.

Medan exempelvis psykiska sjukdomar bland kvinnor ökade under 1990-talet, minskade andra arbetsrelaterade diagnoser i denna grupp [8].

Färre självmord, färre depressioner?

Om det åberopade sambandet mellan självmord och »diagnosen depression « skulle betyda att en ökning av depressioner kan motsvara en ökning av självmord, skulle man på samma sätt kunna åberopa att en minskning av självmord kan motsvara en minskning av depressioner (självmord, liksom andra stressrelaterade dödsorsaker, minskar ju i Sverige [9]).

Men skulle enbart detta samband kunna tillbakavisa påståendet att utmattningsdepressioner ökar? Inte om det tillstånd som är

förenat med utmattnings-depression (f d utbrändhet) ej kvalitativt motsvarar det psykiatriska tillstånd som forskarna refererade till vid associationen depression–själv mord.

Om då inte de ökande utmattnings-depressionerna är depressioner, vad är det då för mening att överhuvudtaget relatera dessa sjukskrivningar med alarmerande – och dessvärre inte helt uppdaterad – självmordsstatistik?

Ökar tillståndet eller sjukskrivningarna?

Dessutom: är det tillståndet utmattnings-depression som ökar eller är det sjuk-skrivningarna som rubriceras som sådana som ökar? Är utmattningsdepression ett särskilt tillstånd med »egen« etiologi och patogenes, eller är det i vissa fall bara en fas i utvecklingen respektive avvecklingen av en depression?

Exempelvis, under en klinisk examination vid en distrikts läkarmottagning presenterar en patient symtom som »liknar« en depression, men inte har den symtomkonstellation eller svårighetsgrad som tillstånd, vilka av DSM-IV kategoriseras som »depressive disorder«. Kan dessa i vissa fall vara ett depressions prodromalt symtom eller resultatet av en redan påbörjad återhämtning?

I så fall borde vi kanske hellre tala om »utmattade« depressioner?

Dessa »lindriga« depressioner kan – i vissa fall – förslagsvis vara depressioner vilkas ursprungliga kraftiga symtom kunnat försvagas vid en viss behandlingstidpunkt –dock inte helt elimineras – genom användning av exempelvis psykofarmaka. Jag har tidigare spekulerat om huruvida den framgångsrika behandlingen

med moderna antidepressiva »lyckats att decimera de mer allvarliga och karaktäristiska symtomen vid depression men lämnat kvar de övriga, mer diffusa symtom som nu omdiagnosticeras till psykiska besvär« [10].

Besvär från rörelseapparaten vanligast

Utöver privattjänstemännens sjukskrivningar nämnde författarna gruppen offentliganställda inom vård och omsorg. Det blev nyligen känt att bland landstings- och kommunalanställda är det inte »utmattningsdepression« eller »utbrändhet« som är vanligaste orsak till sjukskrivningar utan »besvär från rörelseapparaten – rygg, nacke, axlar och leder«, enligt en färsk undersökning från Karolinska institutet som gjordes med ett omfattande deltagarantal från olika regioner i Sverige [11].

Enligt tidigare uppgift av professor Åke Nygren skulle Gävleborg vara det landsting i vilket antalet sjukskrivningar för »mental diagnos« var störst problem 1997–1999. Av alla landsting leder Gävleborg ... med 14 stycken sjukskrivningar av denna diagnos per 100 000«. (»Gävleborg, när det i Dagens Nyheter var en professorskollega som skrev att det här inte finns«, inledde Nygren) [12].

Återigen, enligt mitt test om hypotetiskt samband mellan självmord och des-sa sjukskrivningar (karakteriserade –vanligast – av depression), särskilt blandanställda kvinnor, skulle Gävleborg ligga högt i självmordsstatistiken blandkvinnor. Dock, en kontroll av denna uppgift visade att Gävleborg 1998 hade ett lägre dödstal i självmord bland kvinnor än genomsnittet i riket. Gävleborg har till och med ett av Sveriges allra lägsta dödstal i självmord bland kvinnor (4 per 100 000) [4].

Ytterligare, om Jacobssons och arbetares formulering om att orsaken tillsjälvmod i mer än 90 procent av fallen står att söka i psykisk sjukdom [1]: vad innefattar »psykisk sjukdom«? Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2001 formulerar att »med psykisk sjukdom skulle avses det som förr kallades sinnes-sjukdom, företrädesvis psykotiska tillstånd som också kunde kallas allvarlig psykisk störning« [5].

Samma association till självmord?

Är alla typer av depressiva tillstånd lika associerade till självmord? Medför en allvarlig vårdkrävande depression samma självmordsrisk som en utmattnings-depression »orsakad« av »upprepade omorganisationer« och »ökad arbetsbelastning«?

Man har inte kunnat bevisa att »orsaken« till utmattningsdepression är »en-dast arbete« [8]. Dessutom: »Vi har kol-lat om det fanns några korrelationer(mellan sjukskrivningar och neddrag-ningar) ... men det går inte att hitta attneddragningar kan förklara det här«, harman sagt (Å Nygren) [12].

I presentations sammanfattningen av »utmattningsdepression« (Läkarsällskapets riksstämma. Symposiet »Utbrändhet«, den 30 november 2000) står att dessa patienter visar »hög frekvens självmordsförsök«. Emellertid, samtliga »utmattningsdeprimerade« i det material som rapporterade självmordsförsök »någon gång i sina liv« rapporterade också att episoden inträffade före den aktuella sjukskrivningsperioden och var oftast relaterad till »tidigare kriser i livet« [12].

Sammanfattning

Det hypotetiska sambandet mellan arbetsrelaterade utmattningsdepressioner– ett nytt föreslaget namn för utbrändhet– och självmord i Sverige går inte att fastställa med tillgängliga epidemiologiska data. Analysen av data över dödsorsaker [4] fastslår att självmord blandgrupper i arbetsför ålder har minskat avsevärt. Med en icke tillräcklig precisering av hypotesen i förhållande till övriga kliniska benämningar förvärras dessutom hypotesens logiska proposition.

Utmattningsdepression borde överhuvudtaget ha en mer utförlig symtombeskrivning, klara diagnostiska kriterier, tydlig differentiering gentemot nuvarande associerade benämningar, och däri en fastställd komorbiditet.

Följande Hegels logik i ett annat verk, *Philosophy of Right* (1821), »only in becoming something definite, i.e. something specifically particularized« [13], skulle utmattningsdepression kunna identifieras som ett nosologiskt begrepp. Ett *sine qua non*-villkor för att kunna tillförlitligt fastlägga dess epidemiologi.

Tecken på alienation

Slutligen en reflexion. Jag har blivit mer och mer övertygad om att svaret på dessa »nutidens« arbetsstressrelaterade enigma inte står att finna inom kliniska sammanhang, utan i de psykosociala och socioekonomiska förhållandena i ett samhälle med en högt alienerad utveckling, inte minst politiskt.

Till dessa hör paradoxen att sjukskrivningarnas ökning delvis öppnat en ny »marknad«, vilken många organisationer tjänar bra på. Delvis har dessa sjukskrivningar för många anställda blivit – efter den marknadsanpassade kapitulationen av dessföreträdare – ett vapen för att pressa fram legitima förändringar vid

oanpassade arbetsförhållanden. Visst kan – eller bör – forskningen stödja kampen för rättvisa, men för att detta stöd skall vara relevant måste det också vara vetenskapligt förankrat.

Referenser

1. Jacobsson L, Wasserman D, Åsberg M.»Dramatisk ökning av depressioner«. DN-debatt. Dagens Nyheter 2001 april 7.
2. Hegel GWF. Wissenschaft der Logik. Leip-zig: Verlag von Felix Meiner, 1948.
3. Aristoteles. Organon. Paris: J Vrin, 1947.
4. Socialstyrelsen. Dödsorsaker 1998. Stock-holm: Socialstyrelsen, 2001:33.
5. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2001.Stockholm: Socialstyrelsen, Epidemiolo-giskt Centrum, 2001.
6. Allt fler får medicin mot depression. TT.Sydsvenska Dagbladet 2000 november 30.
7. Isacson G. Suicide prevention – a medical breakthrough? Acta Psychiatrica Scandinavica 2000;102:113-7.
8. Ferrada-Noli M. Om utbrändhetens epidemiologiska belägg. Läkartidningen 2001;98:710-5.
9. Ferrada-Noli M. Arbetsrelaterad stress och epidemiologin av plötsliga dödsfall. Läkar-tidningen 2000;97:5946-7.

10. Ferrada-Noli M. Hälsoprofessor om sjukskrivningar: »Utbrändhet mest en mode-trend«. DN-debatt. Dagens Nyheter 2000 oktober 20.
11. Äldre får oftare ont i kroppen av jobbet. Intervju med Eva Vingård. Dagens Medicin, nr 15, 2001 april 15.
12. Svenska Läkaresällskapets riksstämma 2000. Symposium: »Utbrändhet«, Göteborg, 1 december 2000.
13. Hegel GWF. Philosophy of right. Oxford: Oxford University Press, 1979.

Utmattningssyndrom är en kulturellt betingad diagnos unik för Sverige

Den biologiska skillnaden mellan utmattningssyndrom och depression har inte belagts vetenskapligt, skriver forskaren Marcello Ferrada-Noli.¹

Socialstyrelsen ska inom en snar framtid återkomma med ett förslag avseende handlingssätt vid sjukskrivning. I det ursprungliga förslaget ifrågasatte man bland annat praxisen att sjukskriva vid lindriga former av utbrändhet / utmattningssyndrom. Detta ledde till kraftiga reaktioner från aktörer i högsta grad associerade med begreppet utmattningssyndrom samt behandlingsföretag.

Både docent Aleksander Perski och psykiater Jörgen Herlofson, deltagare i den arbetsgrupp som bearbetade Socialstyrelsens riktlinjer för utmattningssyndrom 2003 samt huvudmän för privata Stressmottagningen, respektive Empatica AB, tillbakavisade Socialstyrelsens sjukskrivningsförslag. Huvudsakligen på etisk grund.

Ytterligare, professor emeritus Marie Åsberg – också deltagare i den ovan nämnda arbetsgruppen vid Socialstyrelsen och forskningsverksam vid Stressrehab vid Danderyd sjukhus – hävdade inför allmänheten att diagnosen utmattningssyndrom är en biologisk sjukdom, och att allt tyder på att utmattningssyndrom och depression ”det är två olika sjukdomar”.

Professor Åsberg återgav också en biologisk iakttagelse som enligt henne skulle göra att fler länder godtar diagnosen: ”Ett sätt att se skillnaden är att testa hur patientens stresshormoner fungerar. Hos den deprimerade är det biologiska stresssystemet överkänsligt medan hos den utmattade är känsligheten för låg”, hävdade Marie Åsberg i Dagens Nyheter den 15 augusti. Fyndet refererades i Dagens Nyheter den 17 augusti till en artikel i *Biological Psychiatry*.

Påståendet ovan kan ha avgörande konsekvenser för det nuvarande resonemanget kring sjukskrivningsförslaget. Om utmattningssyndrom skulle ha unika biologiska egenskaper är begreppet sannolikt att betraktas av många som en vetenskaplig medicinsk diagnos som kräver viss sjukskrivning, och – självfallet – behandling och ”rehabilitering”. Detta skulle även inkludera dem som har drabbats av normala existentiella kriser och som uppvisar liknande symtom.

Här är det viktigt att konstatera att diagnosen utmattningssyndrom – enligt Åsbergs, Herlofsons, Perskis (med flera) framtagna riktlinjer till Socialstyrelsen 2003 – är att användas i diagnostikprocessen ”endast om en depressionsdiagnos inte föreligger”. Detta resonemang – att termen ”utmattningssyndrom” inte ska användas när en depression har utvecklats - upprepas vid flera tillfällen i Socialstyrelsens dokument om riktlinjerna för utmattningssyndrom.

Emellertid visar en närmare analys av det åberopade rönet i Biological Psychiatry att det fyndet inte refererade till diagnosen utmattningssyndrom utan till 29 selekterade långtidssjukskrivna, varav hela 26 patienter hade huvuddiagnosen ”major depression”.

Över hälften av patienterna hade dessutom som underliggande faktor både arbetsrelaterad och privatrelaterad stress.

I själva verket jämförde man alltså patienter med diagnosen depression – och som i mindre proportion hade rapporterat arbetsstress som enda underliggande faktor – med friska individer. Alltså har en skillnad i de biologiska mätningarna mellan just diagnosen utmattningssyndrom och diagnosen depression ej påvisats eller belagts i den studie som oriktigt har tolkats i media.

Därmed finns det helt enkelt inga vetenskapliga belägg för att diagnosen utmattningssyndrom entydigt skulle ha de orsakssamband som dess förespråkare åberopar, och inte heller för att antalet sjukskrivningar motsvarar ett egentligt sjukfallstal i medicinsk och epidemiologisk mening.

Urvalet i den kommenterade studien i Biological Psychiatry innefattade individer som uppfyllde huvudkriterierna sjukskriven över 90 dagar, diagnosen ”depression” eller ”maladaptive stress syndrome with depressed mood”, och självrapporterad arbetsstress som en huvudunderliggande faktor. Författarna hävdar därtill att individer med dessa egenskaper skulle svara för den ökning av långtidssjukskrivningar som nyligen inträffat i Sverige.

Faktum är att antalet långtidssjukskrivningar med de diagnoser som sammanfattas i den studien minskar i Sverige sedan tre år tillbaka. Men trots den faktiska minskningen i antal har de psykiska sjukdomarna blivit de vanligaste orsakerna till sjukskrivningar, som en följd av att sjukdomarna i rörelseorganen under de senaste åren har minskat. Detta stödjer också min slutsats att de ”epidemiologiska” variationerna av dessa diagnoser mest är att betrakta som kulturellt betingade.

Alltsedan Socialstyrelsen 2006 fastställde att det ofta är "huvudsakligen patientens egen berättelse som ligger till grund för bedömningen av hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan" kan man sannerligen betvivla att sjukskrivningarnas tal motsvarar talet av egentliga sjukdomsfall.

Allt tyder på att det svenska "utmattningssyndromet", i stället för en internationellt användbar diagnos, ändå skulle kunna finna utrymme i DSM series, det vill säga den klassifikation av psykiatriska sjukdomar som används i internationella sammanhang, under rubriken "Cultural bound syndroms". Där återfinns ett tjugotal nationsbegränsande syndrom som "amok", Malaysia, "brain fog", Västafrika, och "falling-out", Karibien.

Gemensamt för dessa är enligt DSM den överväldigande "distress" som individen kommunicerar genom "symtomen" och uttalat behov av socialstöd. Detta erbjuds i den svenska kulturen i form av långtidssjukskrivning, och som i sin tur kan förklara missuppfattningen att svenskar skulle ha världens högsta andel av "psykiskt sjuka".

Marcello Ferrada-Noli
är med dr i psykiatri och professor i internationell hälsa vid
Högskolan i Gävle, samt forskare vid Karolinska institutet.

¹ Publicerad i Dagens Medicin 3 oktober 2007.

Arbetsrelaterad stress och epidemiologin av plötsliga dödsfall

LÄKARTIDNINGEN • VOLYM 97 • NR 50 • 2000

Den vetenskapliga diskussionen om ett möjligt samband mellan stress och plötslig död är visserligen intressant utifrån såväl kliniska som rättsmedicinska perspektiv, men huruvida sambandet äger en bredare relevans är en annan fråga.

I den epidemiologiska kartläggningen av denna typ av dödsfall i Sverige kan vi, hur vi än analyserar dödsorsaksstatistiken, dra samma slutsats: det finns ingen »epidemi» av plötslig död. I synnerhet finns ingen signifikant ökning som skulle motsvara 1990-talets påstådda kraftiga arbetsorganisationsförändringar, vilka ofta uppges vara huvudorsak till en ökad incidens av arbetsrelaterad stress i Sverige.

Statistiska sammanställningar

- År 1998 refererade en statistisk sammanfattning till »plötslig död utan känd orsak» som allmänt begrepp vid angivande av underliggande dödsorsak; begreppet innefattas i kategorin »ofullständigt definierade och okända orsaker till död» tillsammans med obevitnad

död, ej angiven orsak, m m [1]. För denna kategori (kod 57) ser man ingen signifikant ökning under 1990-talet. Under de delar av 1990-talet som är klassificerade av Socialstyrelsen under ett och samma system (ICD-9) sker ingen dramatisk förändring (omkring 4 fall per 100 000 dödsfall årligen). Däremot finns under denna kod också andra kategorier («än plötslig död») inräknade.

- Den andra – mer specifika – sammanfattningen gäller samtliga fall av plötslig död kategoriserade som »ögonblicklig död» ingående i ICD-9s kod 798.1 samt ICD-10s kod R960. Vid en preliminär analys av dessa data (materialunderlag överlämnat till undertecknad av Epidemiologiskt centrum, dödsorsaksstatistiken, vid Socialstyrelsen), kunde det fastläggas att statistisk signifikans icke föreligger i jämförelse mellan dessa plötsliga dödsfall mellan 1990-talet och dödsfall under tidigare år ($\chi^2 = 0,26$, $p = 0,6$ ns).

Antalet fall av strikt »plötslig–ögonblicklig död» är faktiskt sällsynta i Sverige; det årliga antalet varierar relativt konstant mellan 15 och 36 fall. Även om man beaktar hela serien 1987–1997 (som började med 17 dödsfall 1987 och slutade med 18 fall 1997) visade trendanalysen inte heller någon signifikans i

den relativa ökning som då antyddes ($p=0,69$, ns). Analysen beträffande enbart 1990-talsserien visade snarare en trendminskning ($\beta=-0,11$), dock inte signifikant.

Endast 90 fall av plötslig vuxendöd i åldrarna 15–74 år inträffat i den analyserade 1990-talsserien. Mer än hälften av de totala plötsliga vuxendödsfallen ($N=182$) gällde människor i åldrar över 75 år!

- Det finns i dödsorsaksstatistiken en till plötslig död relaterad kategori under benämningen »död inom 24 timmar efter symtomdebut UNS» (798.2 och R961 i ICD-9 respektive ICD-10). Dessa dödsfall är emellertid ännu mer ovanliga, och enstaka fall inträffade endast under tre av de elva år som är analyserade. Införandet av dessa fall ($n=10$) i vår trendanalys påverkade inte de statistiska konklusionerna.

- Ett fjärde »epidemiologiskt» mått i samband med »arbetsrelaterad stress som orsak till plötslig död» återges i min analys av dessa plötsliga dödsfall bland individer i »arbetsför ålder» (20–64 år). Individer inom denna ålders-

grupp skulle enligt hypotesen eventuellt befinna sig i riskzonen för plötslig död i arbetsrelaterad stress. Men inte heller där finns någon ökande trend under 1990-talet, utan en måttlig minskning. Antalet fall bland män i arbetsför ålder var i genomsnitt 5,5 per år och bland kvinnor 1,8 dödsfall.

Faktum är att antalet plötsliga dödsfall bland kvinnor i arbetsför ålder har minskat konstant under 1990-talet i jämförelse med tidigare år; sålunda noterades tre fall av plötslig död bland kvinnor i arbetsför ålder 20–65 år 1994, ett fall 1995, noll 1996, och ett fall 1997. Som sagt refererar detta till människor i »arbetsför ålder», inte nödvändigtvis till arbetstagare. Dessutom var enligt uppgift åldersgruppen över 75 år på samma sätt överrepresenterad bland de kända dylika dödsfall som inträffade 1998 och efter.

Det behövs en grundlig epidemiologisk undersökning

Jag har redan i andra sammanhang [2] kommenterat hur de till synes överdrivna rapporteringarna samt en del av sjukskrivningarna med diagnosen »utbrändhet» inte äger förankring i vetenskapligt fastställda diagnostiska kriterier. Den nyare kopplingen nu mellan arbetsrelaterad stress och plötslig död,

som för övrigt bidragit till massmediala rubriker där »utbrändhet» kopplas till »plötslig vuxendöd drabbar allt fler», visar på nytt på behovet av en grundlig epidemiologisk undersökning av den verkliga utbredningen av »1990-talets negativa stress» inom arbetslivet i relation till dess eventuella påverkan på den svenska folkhälsan.

Även andra dödsorsaker har minskat

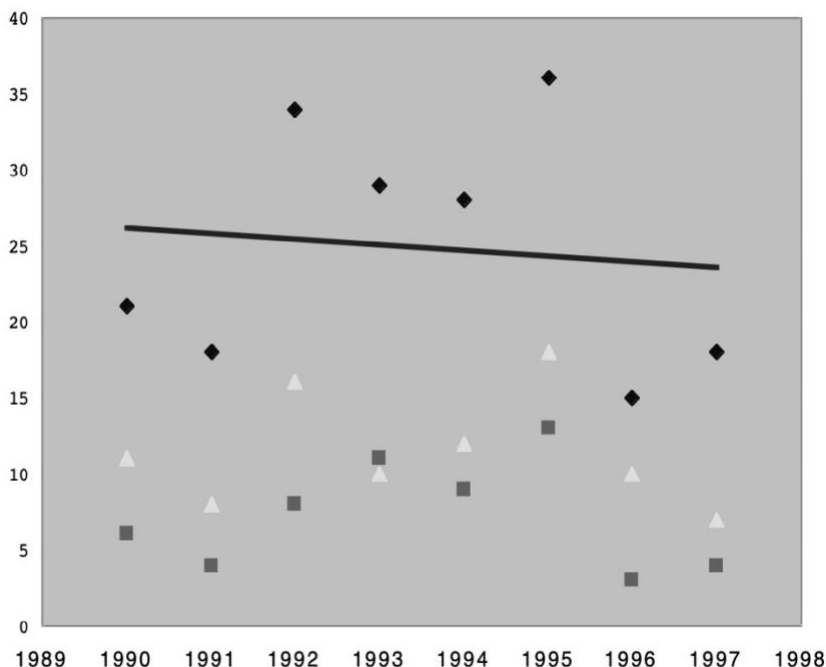
Andra angivna sjukdomar associerade till plötslig död, och som enligt forskningen, senast psykoneuroimmunologi, visat samband med negativ stress och psykisk ohälsa, har varit cirkulationssjukdomar, astma, självmord, olycksfall, m m. Faktum är emellertid att samtliga dessa dödsorsaker har minskat under det senaste decenniet, i vissa fall med tydlig trend [1].

Exempelvis har för män dödstalet i ischemisk hjärtsjukdom minskat väsentligt och beständigt mellan åren 1987 (51 per 10 000, åldersstandardiserade på 1995 års befolkning) och 1997 (34 per 10 000). Bland kvinnor uppmärksammades samma minskningstendens mellan 1987 (25 per 10 000) och 1997 (17 per 10 000). Antalet insjuknade minskade samtidigt med dödligheten [3].

Stroke bland män och kvinnor 15–74 år minskade också under denna period.

Minskning av astma som dödsorsak är betydande särskilt hos män: från 7,6 per 100 000 1987 till 2,8 1997; motsvarande siffror för kvinnor är 5,4 respektive 2,9.

Fig. 1 – Plötsliga dödsfall. Trend. 1990-1997



Svart = Total antal fall

Grå = Arbetsförålder

Vit. = Åldersgrupp > 75

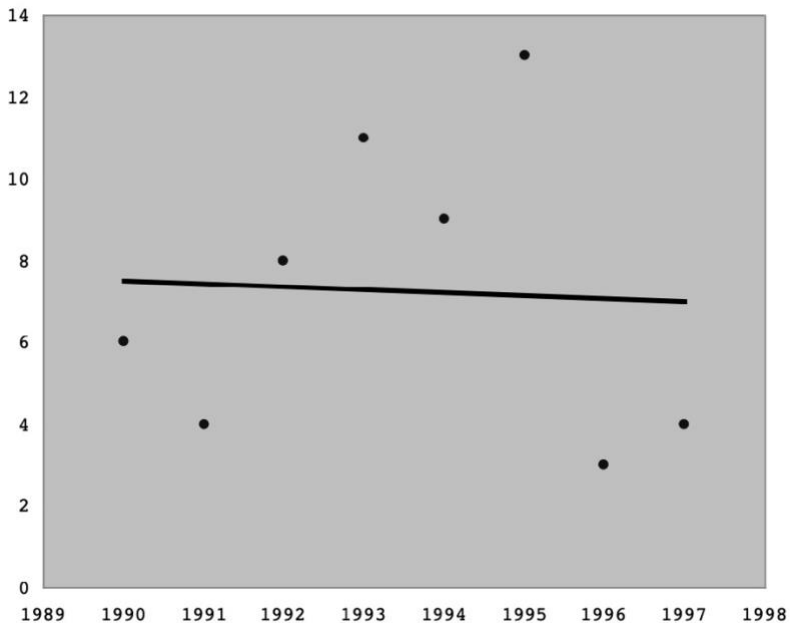


Fig. 2 – Plötslig död. Trend i arbetsföråldern 20-64

Hur är det med självmorden?

De senaste medierapporterna har även kopplat självmord till den »ökande stressen på jobbet», och återkommande refererar man till siffrorna från Japan som illustration.

Faktum är att i Sverige har även självmorden minskat, och det i en överväldigande takt för både kvinnor och män (25,4 män och 10,9 kvinnor döda i självmord per 100 000 1987, att jämföra med 18,9 män och 7,6 kvinnor döda i självmord per 100 000 1997). Japan å andra sidan har haft ett av världens högsta självmordstal sedan decennier, och senare års dödstal är i nivå med 1947 års siffror.

Andra orsaker finns, men ...

Visserligen finns det även en rad andra förklaringar till dessa minskningar, som kan vara relaterade till såväl förbättring av behandlingsstrategier och sjukvårdsorganisation som effektivare förebyggande insatser.

Bakom varenda en av dessa förbättringar finns inte bara en teknik, men även en människa, en arbetare, en skapare, ett företag. »Stressar» dessa mer för att möjliggöra att de allra flesta ska stressa mindre?

I en färsk rapport från WHO jämförs 191 länder med avseende på sjukvårdsstandard. Sverige kom i topp på listan över länder med den bästa sjukvården. Dessutom blev det nyligen känt att medellivslängden för män och kvinnor har ökat i Sverige; numera lever svenska män längst i Europa, och svenska kvinnor lever längre än män.

Stress må vara associerad till plötslig död, liksom ju egentligen allt i människans liv har samband med hälsa och ohälsa. Emellertid är det den totala hälsan inom befolkningen som helhet som epidemiologiskt sett kan ge det slutliga svaret på om den sociala, teknologiska och ekonomiska framgången i samhället verkligen har fått betalas med ökad inverkan av negativ stress i den antydda försämringen av folkhälsan.

Referenser

1. The National Board of Health and Welfare. Center for Epidemiology. Causes of death 1997. Table 1 A–B, Deaths 1987–1997 by underlying cause of death (European short list). Stockholm: Socialstyrelsen, 1998.
2. Ferrada-Noli M. Hälsoprofessor om sjuk-skrivningar: »Utbrändheten mest en mode-trend». DN-debatt. Dagens Nyheter 2000 oktober 20.
3. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 1997. SoS-rapport 1997:18. Stockholm: Social-styrelsen, 1997.

Är arbetsrelaterad stress primär orsak till plötslig död?

LÄKARTIDNINGEN • VOLYM 97 • NR 51–52 • 2000

I artikeln Arbetsrelaterad stress bak-om plötsliga dödsfall? av Jovan Rajs, Aleksander Perski, Vanja Blomqvist, Eskil Hammarström och Anna Hammarström (Läkartidningen 46/00, sidorna 5294-300) är författarnas sammanfattning angående två dödsfall som inträffade i hemmet (en av dessa personer hade tidigare »diagnos utbrändhet») att »efter uteslutande av andra dödsorsaker är arbetsrelaterad stress med åtföljande fatal hjärtarytmi den mest sannolika orsaken till dessa två unga människors förtida död». Rajs och medarbetares hypotes är intressant, och om den visade sig hållbarskulle den ge utrymme för intervention i förebyggande syfte i det fall en ökad spridning av sådana dödsfall skulle ske.

Kan det vara olika slags stress? Emellertid, med hänsyn till de personlighetsdrag samt övriga livsaspekter kring fallen som redovisades i artikeln är det, enligt min uppfattning, svårt att betrakta enbart arbetet som »den mest sannolika orsaken till död» i de aktuella fallen.

Kan det inte vara så att just de faktorer som svarar för ett sådant intensivt arbetsengagemang och hög arbetsprestation samtidigt kan vara avgörande förrisken för död i »åtföljande fatal hjärtarytmi»? Hur kan man »separera» en arbetsrelaterad stress från den stress dessa individer upplever i övrigt? Kan psykologisk obduktion visa andra orsaker? Kunde inte »psykologisk

obduktion» avslöja andra möjliga orsaker till den avlidnes nästintill självdestruktiva engagemang i sitt arbete? Var det krav från arbetet/verksamheten eller andraemotionella krav som framtvingadeöverarbetet?

Kan inte den psykologiskarekonstruktionen (post mortem) av den avlidnas egna upplevelser ha orsakat en förväxling mellan predisponerande och påskyndande faktorer eller mellan dessa och interaktion vid slutsatsen? Var det fråga om helt friska individer?

Enligt artikeln gällde dödsfallen »två unga och tidigare friska människor». Trots detta uppger man att den ena avlidna hade gjort flera läkarbesök som resulterade bl a i medicinering med»beta-2-stimulerande preparat och inhalationssteroider» (»patientens själv-uppgivna astma»). Dessutom hade hon en anamnes på yrsel samt minnesluckor, episodiskt »lågt blodsockervärde», övriga sjukskrivningar med angivna diagnoser, dystymiska besvär m m. Den andra avlidne hade en familjehistoria av svår snarkning samt flera gånger per natt upp till minutlånga andningsuppehåll.

Rekommenderar inte begreppet

Som stöd refererar författarna till Lecomte och medarbetare. Samtidigt som man hänvisar till dennes forskningsresultat påstår man även att uttrycket »stress-related sudden death», SSD, »rekommenderades» däri.

I den refererade artikeln »rekommenderar» Lecomte och medarbetare aldrig uttrycket SSD, utöver att de inledningsvis använder begreppet »possible stress-related sudden death». Inte heller finns i artikeln stöd för Rajs och medarbetares hypotes om »arbetsrelaterad stress efter uteslutande av andra dödsorsaker».

Vad Lecomte säger är uttryckligen något helt annat. För det första framgår att »SSD occurs primarily in those individuals with severe heart disease, especially coronary heart disease». Fyrtio (40) av Lecomtes 43 undersökta fall hade »severe cardiovascular disease». För det andra var stressorerna i Lecomtes material inte »arbetsrelaterade» i bemärkelsen kronisk negativ stress, utan av arten »akut emotionell stress», särskilt extrem skräck och/eller vrede[1].

Det stöd Lecomte fann för »akutemotionell stress» som plötslig dödsorsak har ingenting att göra med Rajs huvud tes, dvs att »arbetsrelaterad stress (kan sannolikt ligga) bakom plötsliga dödsfall». Om dessa (av Lecomte) beskrivna fall hade överlevt extremskräck-stressorerna förefaller det mer sannolikt att de – istället för »utbrändhet» – skulle utvecklat en komorbiditet mer typisk för posttraumautiskt stressyndrom [2].

Situationen i Japan

Rajs och medarbetare påstår vidare att »huruvida långvarig överansträngning och stress kan leda till döden är allt-så omdiskuterat i Västerlandet», medanförhållandet är en »självklarhet» i Japan. Den referens man uppger för begreppet »karoshi» (»död på grund av överarbete») är en översiktsartikel av Nishiyama och Johnson [3]. Men vad de refererade författarna uppger är att »One problem is that there continues to be considerable confusion about the concept of karoshi, and indeed, some re-searchers have considered the term itself problematic. Some describe it as 'not of pure medicine' but a socially constructed disease entity that is not 'real'».

Nisiyama & Johnson [3] framhåller uttryckligen att japanska forskare inte är överens om vad ska man kalla »karoshi»; begreppet kan stå för flera akuta dödsfall, däribland »suicide», »diabetic coma», »peptic ulcer», och även »delayed medical treatment because of lack of free time to see a doctor». »Case fatality rates also varies according to factors other than overwork.»

Enligt uppgift har i Japan »Guidelines of the Ministry of Labour» accepterat tesen om att »overload work may cause ... death due to cerebrovascular disease and anaemic heart disease». Samma källa uppger dock att »death due to cardiac standstill may happen if there are overload within a week». Faktiska kliniska fynd i varje refererat individuellt fall förblir en diskutabel fråga (»fact finding in each case is delicate») [Kotoro Mori, vetenskaplig attaché, Japans ambassad, Stockholm, personligt meddelande 23 november 2000.]

Trenden snarast minskande

Antalet plötsliga dödsfall i Sverige som inträffade bland människor i arbetsför ålder (inte nödvändigtvis »arbetande» eller under extrem stress) var i genomsnitt enbart 7,25 fall per år 1990–1997. Om kopplingen »arbetsrelaterad stress/plötsliga dödsfall» skulle vara epidemiologiskt hållbar skulle en ökning ha ägt rum under de »stressiga åren» i arbetslivet under 1990-talet. Trendanalysen visar emellertid ingen signifikant förändring av plötsliga dödsfall i arbetsför ålder under denna period, utan snarare en minskning.

Marcello Ferrada de Noli, professor i epidemiologisk folkhälsoforskning, Högskolan i Gävle; forskare, Karolinska institutet, marcello.ferrada-noli@ks.se

Referenser

1.Lecomte D, Fornes P, Nicolas G. Stressful events as a trigger of sudden death: A study of 43 medico-legal autopsy cases. *ForensicScience International* 1996; 79: 1-10.

2.Ferrada-Noli M, Åsberg M, Ormstad K,Lundin T, Sundbom E. Suicidal behavior after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behavior. *J Trauma Stress* 1998; 11:103-12.3.Nishiyama K, Johnson JV. Karoshi – death from overwork: occupational health consequences of Japanese production management. *Int J Health Serv* 1997; 27: 625-41.

Jovan Rajs och medarbetare avstår från att kommentera inlägget.(red)

Om utbrändhet bland invandrare – epidemiologiska invändningar

Läkartidningen INr 36 I2002 IVolym 99

»Skulle det inte vara enklare, om regeringen upplöste folket och val-de ett nytt?« reflekterade Brecht. Men det som regeringar inte får åstadkomma kan till synes populationsstudier göra. Genom ett stort bortfall kan befolkningens representativitet förvandlas till ett tack-samt, snävt, empiriskt urval. Genom att omdefiniera begrepp i studiens undersökta variabler blir egenskaperna hos populationen sökta istället för undersökta – och påträffade i konsonans med studie hypotesen.

En sådan underbyggnad skulle förvandla en hypotes från illusion till gloria, med risk att hypotesen slutligen hamnar i läget null, skriver Marcello Ferrada-Noli som ifrågasätter denna typ av under-sökningsmetoder som kan leda till ovetenskapliga slutsatser.

Trots den dokumenterade minskningen av diagnosen utbrändhet [1], och den marginella representationen av dessa diagnoser bland sjukskrivningar [2], florerar fortfarande i medierna rapporter om den ökade utbrändheten i samhället, särskilt i association med de ökade kostnaderna för sjukförsäkringen. Sjukförsäkringen uppges numera kosta samhället lika mycket som arbetsmarknadspolitiken och försvaret tillsammans (enligt SVTs Agenda den 2juni 2002). Samhällets tryck på berörda institutioner för att få förklaringar av fenomenet – och vilka

grupperingar som svarar för den tunga epidemiologiska ökningen – ökar naturligtvis.

Parallellt med debatten om sjukskrivnings kostnaderna har i Sverige – inte minst på grund av den aktuella dagordningen i EU – initierats en ny debatt om invandrapolitiken och i synnerhet om hur mycket invandrare kostar samhället.

Mot den bakgrunden skulle invandrar-befolkningen passa perfekt som synda-bock.

Arbetslivsinstitutets undersökning

Emellertid kan man lätt komma till felaktiga slutsatser avseende invandrare –även oavsiktligt. Nyligen presenterade Arbetslivsinstitutet (AI) en forsknings-rapport om »utbränning« i den svenska befolkningen [3]. Projektet genomför-des med finansiellt stöd från AFA (AMF Försäkring) och redovisas i publikationen *Arbete och Hälsa* 2002:6.

Utbrändhet bland invandrare

Mediernas presentation av rapporten in-leddes just med fyndet att utbrändhet skulle vara särskilt förekommande hos utlänningar. Som exempel kan nämnas att i ingressen till den berörda artikeln i Svenska Dagbladet stod: »[utbrändhet]är också vanligare bland kvinnor, en-samstående och personer med utländskbakgrund. Det visar en omfattandeforskningsrapport från Arbetslivsinstitutet« [4]. Detta var helt enligt den ovan nämnda forskningsrapporten, som notorisktuppger att andelen »utbränning« bland individer med »utländsk härkomst« är dubbelt så stor som bland infödda svenskar: 12,8 procent respektive 6,3 procent i åldersgruppen 18–64 år (enligt

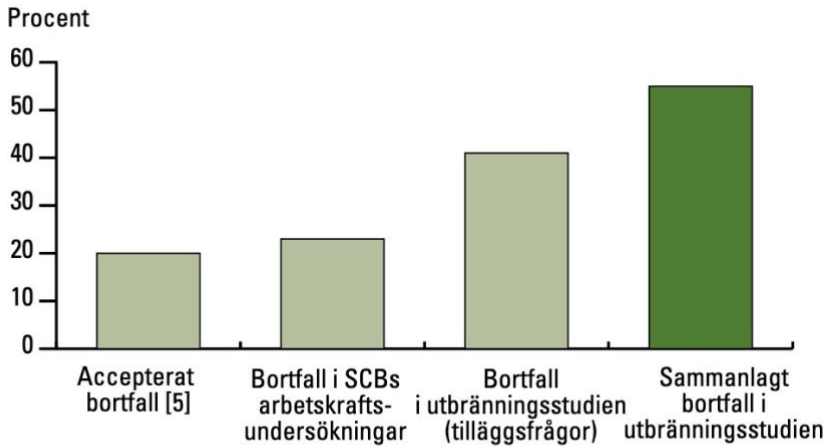
resultattabellen). I Figur 7 i rapporten anges dock att andelen »utbränning« bland personer med »utländsk härkomst« är 13,1 procent. Detta »fynd« tas upp även i rapportens resultatsammanfattning (i den engelska sammanfattningen uppges »high rates of burnout« – alltså utbränd-het enligt den sedvanliga översättningen – bland »immigrants«).

Stressrelaterad långtidssjukskrivning

Där står även – dock refererande till hela materialet i studien – att »stressrelaterad långtidssjukskrivning var klart mer frekvent bland dem som visade utbränning jämfört med dem inte visade detta«. Vad som inte togs upp i resultatsammanfattningen i AIs rapport – information gavs endast i förbigående i övriga rapporttexten – är att invandrare inte var signifikant mer representerade än svenskar bland stressrelaterade långtidssjukskrivningar (andelarna var 4 respektive 3,5 procent), vilket klart förändrar den bild som är relevant vad gäller kostnaderna för långtidssjukskrivningar.

Hur många »totalt utbrända invandrare«?

År 2000 fanns mer än 750 000 utrikesfödda invandrare i Sverige i åldersgruppen 18–64 år. Statistiken i sammanhang av arbetskraftsundersökningar talar om mindre än 400 000 sysselsatta utrikesfödda i arbetsför ålder, enligt uppgifter som jag erhållit från SCBs arbetskraftsundersökningar (AKU). Skulle de ovan nämnda slutsatserna av AIs undersökning vara statistiskt korrekta och därmed representativa skulle detta betyda att det fanns närmare 100 000 utbrända invandrare i Sverige (med »utbrännings-tecken«) respektive 30 000 invandrare som hade enbart stressrelaterad långtidssjukskrivning! Om det skulle finnas 30 000 utrikesfödda som var långtidssjukskrivna endast i



Bortfall avseende utrikes födda i SCBs arbetskraftsundersökningar (AKU), Arbetslivsinstitutets utbränningsstudie samt vetenskapligt accepterat bortfall [5].

association med »stress och psykiska påfrestningar i arbete« – en anledning som endast gäller en mindre del av totala antalet långtidssjukskrivningar – hur många 10 000-tals fler utrikes födda skulle vara långtidssjukskrivna av övriga anledningar? Cirka hälften av de to-talt sysselsatta?

En sanning med modifikationer

Hur har denna AIs undersökning lyckats nå »fyndet« att invandrare skulle vara så pass »överrepresenterade« bland dem som visar tecken på utbrändhet i Sverige eller är si eller så representerade i långtidssjukskrivningar?

Först: bortfallsfaktorn. AIs undersökning bestod av tilläggsfrågor till 7056 »personer vilka tidigare deltagit i SCBs arbetskraftsundersökningar, AKU« år 2000. Det var alltså personer som svarat på den ursprungliga SCB-undersökningen.

Emellertid fanns det där redan ett bortfall på 22 procent bland de cirka 280 utrikes födda i det urvalet. De utrikes födda som svarade på AIs tilläggs-frågor avseende utbrändhet utgjorde endast 574 av de resterande ca 980. Alltså ett nytt bortfall på hela 41 procent (utöver det tidigare bortfallet).

Sammanfattningsvis kan konstateras att av alla utrikesfödda i det totala urvalet i den ursprungliga AKU-gruppen var det 55 procent som inte deltog i Arbets-livsInstitutets enkät om »utbrändning« (Figur 1). Allt detta redovisades inte tydligt och direkt i AIs rapport utan man uppger blott att andelen »ej född i Sverige« var 18,7 procent av det (totala) bort-fallet i enkätstudien.

I själva bortfalls-analysen avseende enkäten uppger författarna enbart att det fanns »en övervikt« av lågutbildade yngre män med utländsk bakgrund som – enligt författarna– redan var noterad i det ursprungliga AKU-urvalet. Men denna sista kommentar är en sanning med högst signifikanta statistiska modifieringar, eftersom i verkligheten bortfallet bland de utrikes födda i AIs enkätstudie var nästan dubbelt så stort som bortfallet bland de utrikes födda i SCBs arbetskraftsundersökningar ($\chi^2=0,241$, $P=0,0001$, enligt mina beräkningar).

Vidare uppger rapportförfattarna (sidan 42): »Det framgick av bortfallsanalysen i Bilaga 3 att effekterna av svars-bortfallet med hänsyn till individuella bakgrundsvariabler sannolikt var små«!

Faktum är att det specifikt höga bort-fallet i invandrargruppen gör resultatet avseende »burnout among immigrants in Sweden« icke relevant och ej representativt. Därmed kan det förefalla miss-ledande att dessa uppgifter avseende in-vandrare figurerar som »fynd« i den övriga resultatsammanfattningen av rap-porten.

Krav inom statistiken

En konkret hänvisning om extern be-dömning av den vetenskapliga nivån gällande sådana resultat (avseende den låga svarsfrekvensen respektive storabortfallet) finns i tidskriften Evidence-Based Medicine (1995). Här uppges minst 80 procent »response-rate« och 80procent »follow-up rates in post-tests «för att en forskningsrapport skall inkluderas i tidskriftens review- och abstract-system [5].

Response-rate för invandrargruppen var i AI-rapporten endast 45 procent i förhållande till det ursprungliga urvalet i AKU-gruppen.

Vad menas med långtidssjukskrivning?

Utbrändhetsutredarna rekonstruerar vidare begreppet »långtidssjukskrivning« till det näst intill absurda: det »grundas på personernas egna uppgifter om sammanlagt antal sjukskrivningsdagar under de senaste 12 månaderna«.

Således: »Långtidssjukskrivning motsvaras även sammanlagd sjukskrivningstid på minst en månad« (kursiverat i AI-rapporten. Är det följaktligen så att man kan vara förkyld en vecka på vintern, en vecka igen till hösten, osv och då hamna i kategorin långtidssjukskrivning i AIs statistik?

Detta motsvarar definitivt inte be-greppet långtidssjukskrivning enligt Riksförsäkringsverket (RFV), berördforskning eller vad som i praxis uppfattas av politiker och allmänheten. Vad be-greppet egentligen refererar till är enligt RFV en kontinuerlig period av sjukskrivning i minst 60 dagar (i vissa undersökningar minst 90 dagar) eller längre.

Ännu besynnerligare – metodologiskt sett – är hur de undersökta, och där-till invandrare, hamnar i undersökningens konstruerade kategori »stressrelaterad långtidssjukskrivning«: »Långtidssjukskrivna som bedömt att deras sjukskrivning, helt eller delvis orsakades [av] stress och psykiska påfrestningar i arbetet ingår således i gruppen med stressrelaterad långtidssjukskrivning'« (AIs rapport, sidan 21).

Betyder detta att kategorin »stressrelaterad långtidssjukskrivning« innefattade även sjukskrivningar som huvudsakligen orsakades av andra faktorer än stress/psykiska påfrestningar i arbetet, exempelvis ett somatiskt tillstånd vållat av fysiska eller yttre förhållanden? Eller stresstillstånd som primärt ej orsakades av arbetet utan uppkom i andra livssammanhang? Eller att ett vad-som-helst-tillstånd stressade den sjukskrivne just »i arbetet«? I så fall, vem skulle sanningsenligt uppge sig vara icke stresspåverkad – åtminstone delvis – av sjukskrivning oavsett orsaken till denna?

Vilka var invandrarna?

Vilka var egentligen invandrarna i AIs rapport? Trots den ursprungliga presentationen av en av de valda »demografiska variablerna« (»utländsk/svensk härkomst«, som refererade till »de som var födda i Sverige och i utlandet«) växlarrapporten frikostigt mellan begreppen »utländsk härkomst«, »utlandsfödda« och »utländsk bakgrund«.

Emellertid refererar dessa begrepp allmänt i forskningen till minst två olika populationer med sina egna epidemiologiska/kulturella egenskaper: »första generationens« respektive »andra generationens« invandrare. Därutöver kan en person med utländsk bakgrund mycket väl vara en infödd svensk

som endast har en av sina föräldrar född utomlands. Därtill finns det även svenskar som är födda utomlands.

Utbrändhet eller försämrade villkor?

Slutligen är det väl känt att invandrare är överrepresenterade i den svenska självmordsstatistiken, bland de arbetslösa, de fattiga, i lågstatusjobb, bland de mindre privilegierade i samhället. I exempelvis Stockholms län är endast 49,8 procent av de utomnordiska invandrarna sysselsatta; mer än hälften har alltså inget jobb [6].

AI:s rapport refererar endast till arbetslöshet och »sämre ekonomi« som »förhållanden som bidrog« till de utrikesföddas höga poäng i studien. Vidare medges lakoniskt att detta med den större andelen utbrändhet bland utlandsfödda var »föga förvånande med tanke på de välkända svårigheter som många utländskt födda numera upplever i Sverige«.

Andra faktorer kan förklara

Faktum är att dessa »svårigheter« i sig inte nödvändigtvis genom att medverka i den påstådda utbrändhetsprocessen ger upphov till samma påstådda »symtom«. Exempelvis är flyktingar överrepresenterade bland individer med erfarenhet av krig och traumatiska upplevelser och därtill av posttraumatisk stress eller depressiva tillstånd [7]. Av konkret klinisk anledning kan de drabbade personerna visa en symptomkonstellation som inkluderar de flesta av de »tecken« som in-gick i mätinstrumentet i AI:s utbränningsstudie.

Därtill kommer »anpassningssvårigheterna« hos invandrare som lyckats få ett arbete. Men är dessa svårigheter huvudsakligen

utbrändhetsrelaterade? En under-sökning gjord av Svenska kommunal-tjänstemannaförbundet (SKTF) bland anställda med utländsk bakgrund i svenska kommuner visade att 22 procent uppgav sig ha varit diskriminerade av sin arbetsgivare på grund av sin etniska bakgrund, och 35 procent ansåg sig ha en tjänst som inte motsvarade deras kompetens [8].

Med tanke på denna sociala och kliniska verklighet är de ovan nämnda ovetenskapliga slutsatserna om ökad utbrändhet bland invandrare – särskilt mot bakgrund av den agiterade associationen mellan utbrändhet och ökade kostnader för sjukskrivningar – inte bara missledande för allmänheten utan en förenkling av invandrarnas livssituation i Sverige.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

- 1 .Riksförsäkringsverket . Långtidssjukskriv-na – diagnos, yrke, arbetsgivare och åter-gång i arbete. Stockholm: Riksförsäkringsverket; 2002.RFV redovisar 2002:3.
- 2 .Ferrada-Noli M . Om utbrändhetens epidemiologiska belägg. Läkartidningen 2001;98:710-5.
- 3 .Hallsten L, Bellaagh K, Gustafsson K . Utbränning i Sverige – en populations studie. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2002. Arbete och Hälsa 2002:6.
- 4 .Danielsson A . Jobb minskar risken för utbrändhet. Svenska Dagbladet 5 juni 2002.

5 .Bowling A . Research methods in health .Philadelphia: Open University Press; 1999:163.

6 .SKTF . Första generationens invandrare i Stockholms län har svårt att få jobb. Stockholm: SKTF-centret i Stockholm; 2002.

7 .Ferrada-Noli M . Traumatisk stress och flyktingars suicidbeteende – epidemiologiska fynd. Läkartidningen 2001;98:4888-90.

8 .SKTF . Kommunerna, facket och mångfalden. Stockholm: SKTF; 2001. Rapport1/01.

Rapportförfattarna har erbjudits att svara i ett kommande nummer. Kolleger som har egna sammanställningar eller studier som kan belysa ämnet är väl-komna med artiklar eller debattinlägg (red).

Stort bortfall, svag vetenskap och pseudodiagnoser

Måhända att utbrändhetsforskarna behöver sina resultat, men de fattiga arbetslösa eller diskriminerade flyktingar som tillfrågades i studien behöver inte – för sina »symtom« – åtgärder i enlighet med pseudodiagnoser, svarar Marcello Ferrada de Noli.

Docent Lennart Hallsten kunde – och borde – ha redovisat bortfallets storlektydligt och sanningsenligt i rapporten [1]. Som läsaren själv kan konstatera anges där aldrig det totala invandrarbortfallet (hela 55 procent av det grund-läggande urvalet).

Uppgiften att enbart 45 procent av de utlandsfödda i det ursprungliga urvalet svarade på utbränd-hetsenkäten medger han först i sin replikovan, och endast efter att den beräkningen avslöjades i inlägget i Läkartidningen [2].

Betydelsen av bortfallets storlek

Vad gör Hallsten när det stora utländskabortfallet växer sig tyngre och tyngre och sänker resultatet allt djupare i en sjö av »elak« statistik? Jo, han försöker övertyga läsaren att: a. principiellt är bortfallets storlek ändå inte så viktigt b. invandrarevar ändå inte centrala i studien. Det är viktigt att erinra om att bortfallets storlek sällan är av avgörande betydelse för att kunna dra slutsatser från en studie«, skriver nu psykologen Hallsten. Är detta seriöst? Teoretiskt: Om nästan ingen av de tillfrågade svarade på en viss enkät, hur skulle man då överhuvud ta-get kunna dra några

slutsatser? Praktiskt: Även ett litet bortfall – om systematiskt – kan vara katastrofalt avgörande för studiens resultat.

Nåväl, om bortfallet i Hallstens studie hade föga betydelse, varför förtegg han dess sanna storlek? Dessutom – i såväl internationellt som svenskt sammanhang – avser den vetenskapliga rapporteringen av bortfallet inte enbart ett korrekt återgivande av dess storlek utan även sättet och tydligheten som rapporteringen sker på i publikationens texter, tabeller och abstrakt («Hiding the non response problem») [3].

Vidare: Vem har påstått någon »tro«, i motsats till att Hallsten syftade till hela Sveriges utbränning, och inte avsåg att »beskriva invandras livssituation«? Det försvaret är avledande, eller bara irrelevant. Emellertid kvarstår en studie som ändå i högsta grad drar slutsatser om gruppen invandrare, konsekvent med a priori-definierade variabler utifrån härkomst.

Resultat redovisades förde utrikesfödda separat och som distinktgrupp. Hallsten skildrar noggrant jämförelsen mellan svenskar och invandrare avseende »utbränning« och vad han kallar »långtidssjukskrivningar« (några dagar hit eller dit – sammanlagt minst en månad!).

Vidhåller min slutsats

Förvisso är det inte felaktigt att inkludera invandrare i sådana studier, utan vad som föresvävar mig är oriktigt är att förbeslutsfattare och allmänhet redogöraför oroväckande »fynd« utan att återge hela sanningen om underlaget. Jag vidhåller att studiens slutsatser om invand-rare förefaller ovetenskapliga, och inte endast på grund av bortfallet. Notera att Hallsten i sin replik

inte till fullo bemöter mina epidemiologiska invändningar om en variabels homogenitet och jämförlighet.

Uttalade mig endast om epidemiologin

Slutligen är Hallstens påstående att jag »har svårt att acceptera och förstå« andras synsätt än mitt eget lika avledande som osant. Jag uttalade mig i inlägget aldrig om vare sig mitt eller andras »syn-sätt på fenomenet«. Jag enbart påvisade det epidemiologiskt ohållbara i studien –med facit. Även en anhängare av Hallstens synsätt på fenomenet utbrändhetskulle väl kunna kritisera det vetenskapligt bristfälliga i slutsatserna. Hallstenspersonliga angrepp synes därmed onödigt och inte ägnat att förbättra hans sats.

Vad flyktingar behöver

Måhända att utbrändhetsforskarna behöver sina anslag, men de fattiga arbetslösa eller diskriminerade flyktingar som tillfrågades i studien behöver emellertid inte – för sina »symtom« – åtgärder i enlighet med pseudodiagnoser.

Vad de primärt behöver är vad de har rätt till: arbete, fristad och mänsklighet.

Marcello Ferrada de Noli –med dr i psykiatri, professor i folkhälso-vetenskap med epidemiologisk inriktning, Högskolan i Gävle, även knuten till Karolinska institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, avdelningen för socialmedicin
Marcello.Ferrada-Noli@phs.ki.se

Referenser

- 1.Hallsten L, Bellaagh K, Gustafsson K. Ut-bränning i Sverige – en populationsstudie.Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2002. Arbete och Hälsa 2002:6.
- 2.Ferrada-Noli M. Om utbrändhet bland in-vandrare – epidemiologiska invändningar. Läkartidningen 2002;99:3534-8.
- 3.Taube A. A statistician's comments of JSAP: The nonresponse problem. J SocAdm Pharm 1987;5:33-8.Slutreplik:Stort bortfall, svag vetenskap och pseudodiagnoser.

DN DEBATT

DN Debatt. DN DEBATT: Hälsoprofessor om sjukskrivningarna: "Utbrändheten mest en modetrend"

PUBLICERAD 2000-10-20



Läs senare 

Utbrändhet är troligen mest en modetrend. Det är osäkert om utbrändheten existerar som vetenskapligt begrepp, skriver Marcello Ferrada-Noli, professor i hälsovetenskap och knuten till Högskolan i Gävle och Karolinska institutet. Om utbrändheten i vissa yrken vore så omfattande som det rapporterats, skulle Sverige i dag vara delvis förlamat. Mängden sjukskrivningar i "utbrändhet" har dock allvarliga konsekvenser, både ekonomiskt och för den svenska folkhälsans internationella anseende, skriver Ferrada-Noli.

Dagligen rapporteras i medierna om olika yrkesgruppers stress och utbrändhet. Skulle vi utgå från dessa rapporter vore läget en

nationell katastrof. Om nästan en tredjedel av viktiga yrkesgrupper som läkare (särskilt kvinnliga), sjuksköterskor, poliser, tjänstemän vid försäkringskassan med flera drabbats av sådana psykiska störningar att de är helt eller delvis oförmögna att utföra sitt arbete, skulle landet vara nära nog förlamat. Den offentliga sektorn samt därtill stora delar av näringslivet skulle närmast befinna sig i kaos. Produktionen av varor och tjänster borde ha minskat med minst en tredjedel. Så är dock uppenbarligen inte fallet.

Kvinnorna är de som sägs vara mest drabbade av stress/utbrändhet, framför allt kvinnor inom den offentliga sektorn. Riksförsäkringsverkets statistik skall visa att sjukskrivningarna hos sistnämnda grupp år 1999 ökat med 24 procent jämfört med tidigare år. Arbetsrelaterad stress skulle utgöra den mest betydande orsaken till ökningen. Till detta skall läggas alarmerande siffror om att svenska barn numera tycks ha drabbats av patologisk stress.

Redan i våras (25/4) visade en förfrågan som Aftonbladet gjorde bland sina Internetläsare, att hela 62 procent av de nästan 3 000 svarande rapporterade sig "drabbade av utbrändhet". Tidigare i år har problemen i andra stora grupper i samhället redovisats, såsom universitetsstudenter ("Studenter mår dåligt av att plugga").

Det är sant att forskningen sedan länge har kunnat fastslå, att negativ stress utgör en riskfaktor vid en lång rad sjukdomstillstånd. Svenska forskare anses stå i främsta ledet inom den internationella forskningen på stress vid hjärt- och kärlsjukdomar, arbetslivsrelaterad stress eller stressrelaterad depression. Vad som i detta inlägg ifrågasätts är inte dessa vetenskapliga fynd, utan dels den rapporterade omfattningen och dels den påstått kliniska och vetenskapliga förankringen av diagnosen "utbrändhet". Jag vill också problematisera uppfattningen att stress på arbetet särskilt drabbar kvinnor, liksom att arbetsförhållandena ses som huvudorsaken till upplevd negativ stress.

Det är visserligen riktigt att de huvudsymtom, som tillskrives utbrändhet, kan förekomma vid vissa somatiska eller psykiatriska tillstånd (se nedan), men i den omfattning som "utbrändhet" just nu är känd, kan den mycket väl utgöra resultatet av ett inlärt socialt beteende eller helt enkelt bestå i en "trend", både som upplevelse och som diagnosbenämning.

För det första, det förhållandet att "utbrändhet" numera används som en populär benämning för att sammanfatta vissa symtom, eller till och med användes som en diagnos, betyder inte nödvändigtvis att "utbrändhet" existerar som ett vetenskapligt begrepp. Faktum är att "utbrändhet" (burnout) inte finns upptaget i de av Socialstyrelsen officiellt sanktionerade klassifikationssystem som används i Sverige både inom forskningen och inom klinisk verksamhet.

De symtom som oftast brukar tillskrivas tillståndet "utbrändhet" utgörs av fysisk samt affektiv utmattning och kognitiva rubbningar. Emellertid förekommer dessa symtom vid en rad såväl somatiska som psykiska tillstånd såsom kroniskt trötthetssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom, asteniskt depressiva syndrom eller vid andra depressiva tillstånd.

Det är märkligt, att samtidigt som antalet rapporterade sjukskrivningar orsakade av "psykiska besvär" (hit räknas "utbrändhet") ökat de sista åren, så har sjukskrivningarna orsakade av "psykisk sjukdom" minskat. Jag baserar min iakttagelse på ett färskt forskningsmaterial gällande Gävleborgs län (materialet framställt enbart för forskningsändamål, ej för statistiskt ändamål) och som vi nu håller på att analysera. Hos både män och kvinnor registrerades mellan 1998 och 1999 en ökning av arbetshinder till följd av psykiska besvär, men samtidigt sågs en minskning av arbetshinder grundade i psykisk sjukdom (utom missbruk/drogberoende). Hos kvinnorna var denna ökning i arbetshinder till följd av psykiska besvär större än motsvarande för män, men samtidigt minskade bland kvinnorna rapporterade arbetshinder grundade i besvär i nacke/axlar samt i "övriga sjukdomar i rörelseorganen". Man kan här fråga sig vart föregångaren "fibromyalgi" - också den omdebatterad - tagit vägen

Är det så, att det är fler kvinnor än män som känner sig outhärdligt stressade på jobbet, eller är det fler kvinnor än män som går till läkaren för detta

Det underlag jag har tyder mer på det sistnämnda. Exempelvis visade en undersökning som gjordes för några månader sedan av Sifo på ett rikstäckande urval att det inte fanns någon direkt skillnad mellan män och kvinnor i 50-årsåldern i uppfattningar huruvida påfrestningar på jobbet försämrat deras hälsa (de flesta sade att så inte var fallet). På samma sätt visade det material jag refererade ovan angående Gävleborgs län, att ökningen 1988-89 av andelen sjukskrivningar i diagnosgruppen "samtliga psykiska besvär/sjukdomar" bara marginellt är högre för kvinnor än för män (en procentenhets skillnad).

Parallellt finns det rapporter om att antalet självmord minskat i ungefär samma takt (ungefär 25 procent) som användandet av de modernare antidepressiva läkemedlen ökat. Man kan spekulera om huruvida dessa läkemedel lyckats att decimera de mer allvarliga och karaktäristiska symtomen vid depression men lämnat kvar de övriga, mer diffusa symtom som nu omdiagnosticeras till "psykiska besvär". Det är också viktigt att konstatera att det inte är läkare med specialistkompetens i psykiatri som utfärdar de flesta sjukskrivningarna grundade i arbetsrelaterade psykiska besvär eller utbrändhet, utan det är allmänläkare.

Ytterligare något som bör ifrågasättas är den automatiska kopplingen som görs mellan negativ stress och arbete, att man alltså skyller på arbetsförhållandena när man anser sig vara utbränd, utan att beakta det faktum att den upplevda stressen utgörs av en totalsumma (stressekvationen) som består av alla livsmomentfaktorer, inklusive familjeförhållanden, parrelation, och inte minst det naturliga åldrandet. Jag funderar på om inte

arbetsförhållandena vid denna koppling kommit att bli syndabocken.

Hur pass relaterad till arbetsförhållandena är egentligen den upplevda stressen

Ta till exempel den drastiska ökningen av antalet sjukskrivningar orsakade av stressrelaterade problem i arbetslivet, särskilt hos kvinnor i 50-årsåldern. I den nämnda rikstäckande Sifundersökningen frågade man intervjupersonerna om "stress på jobbet" gjorde det "svårt att orka" med det man skulle göra hemma.

Här fann man en tydlig skillnad mellan män och kvinnor. Det var alltså fler kvinnor än män som tyckte så, och särskilt i åldersgruppen 30-39 år, men inte i åldern 15-29 år (då man ännu inte så ofta har hunnit att leva i äktenskapsliknande förhållanden).

Detta väcker frågan om det inte skulle vara ojämlikheten i arbetsbördan i hemmet mer än förhållandena på arbetet som är boven i dramat. I så fall håller vi på att skjuta fel skurk när vi huvudsakligen riktar in oss på arbetsrehabilitering som behandling vid "utbrändhet".

Något som delvis skulle stödja hypotesen ovan är ett fynd som för en tid sedan gjordes av professor Kristina Orth-Gomér och medarbetare vid Karolinska institutet. De studerade källor till social stress bland cirka 300 kvinnor med hjärt- och kärlsjukdomar i Stockholm och kunde konstatera att stress i

samband med äktenskapsproblem eller skilsmässa innebar större risk för kardiovaskulär sjukdom (hjärt- kärlsjukdom) än stress relaterad till arbetslivet.

Vad är det då som gör att spridningen av denna "icke-existerande" sjukdom, utbrändhet, ändå verkar vara så stor i Sverige

Människor kan uppleva sig ha en symtombild som ibland inte riktigt stämmer med den kliniska bilden, som den ter sig för läkaren, men som ändå delvis kan påverka den diagnostiska processen. Upplevelsen av vissa symtom påverkas av vår kultur, av utbildningsnivå, av förebilder etcetera. Desutom är symtomen på "utbrändhet" mycket lätta att beskriva, eller "känna igen".

Eftersom det enligt myten bara är de som jobbar "för mycket" som antas utveckla utbrändhet, kan utbrändhet tolkas som ett tecken med positiv klang. En sorts förtjänsttecken som visar på flit och arbetskapacitet. Utbrändhet erbjuder dessutom en väldigt enkel beskrivning som det är lätt att "passa i".

Läkare från olika regioner, eller med olika teoretiska eller kliniska traditioner, kan ha olika benägenhet att diagnosticera när det gäller psykiska besvär. Detta fenomen har klarlagts exempelvis i Norge.

På försäkringskassan är det såvitt jag vet inte tillåtet att föra in diagnosen i statistiken. Detta gör att det är svårt att fånga exakt incidens och prevalens av just "utbrändhet" om det nu är så att denna diagnos över huvud taget uppgivits av sjukskrivande läkare.

Konkret föreslår jag, att samma institutioner som i dag stödjer de olika program som finns för att hantera "utbrändhetens" konsekvenser hos den därför sjukskrivna delen av befolkningen, också stöder medicinsk och folkhälsovetenskaplig forskning som syftar till att identifiera den kliniska existensen av "utbrändhet". Likaså att dessa institutioner stöder en nationell epidemiologisk insats med målet att vetenskapligt kartlägga den egentliga förekomsten av stressrelaterade sjukdomar.

Egentligen är det så, att man i Sverige vet mycket mer om spridningen av somatiska sjukdomar än av de psykiska. Trots att detta uppmärksammats av Socialstyrelsen har man fortfarande inte genomfört en rikstäckande kartläggning av dessa sjukdomars utbredning.

När det gäller psykisk sjukdom/beteendestörningar vet man ganska exakt hur många som dör av dessa i Sverige: 31 per 100 000 år 1997. Fastän detta tal ligger näst högst i Europa, vet vi fortfarande inte vilka individer som under sin livstid drabbas av vilka psykiska störningar. Så länge vi inte har kunskap om dessa förhållanden, kommer olika trender och modediagnoser att fortsätta att dyka upp med jämna mellanrum. Ibland - som nu i fallet med den påtagliga mängden sjukskrivningar till följd av "utbrändhet" - får det allvarliga konsekvenser inte enbart ekonomiskt, utan även för den svenska folkhälsans internationella renommé.

Människan har bemött stress i ungefär sju miljoner år. Det är inget större fel med stress, egentligen. Det är det svar som vi har till stressen som gör skillnaden och därtill de resurser vi har att möta stressen.

Marcello Ferrada-Noli

Går mer till doktorn. Kvinnor är egentligen inte mer stressade på jobbet, skriver professor Marcello Ferrada-Noli.

DN DEBATT

DN Debatt. DN Debatt: "Vi jobbar inte ihjäl oss"

PUBLICERAD 2000-11-18



Läs senare



Alarmerande rapporter om utbrändhet och plötslig vuxendöd stämmer inte alltid med vetenskapliga fakta. Senaste exemplet är ett uppmärksammat fall av plötslig död i hemmet. Det pekade på ett "sannolikt" samband mellan dödsfallet och stress i arbetet. Den förklaring som en stressforskare gav via medierna var att "man kan säga att det är som en muskelelektrisk katastrof, som ett strömavbrott". Man har även antytt att "plötslig vuxendöd drabbar allt fler".

Det finns emellertid inga epidemiologiska belägg för att påstå eller antyda att "plötslig död" skulle ha ökat i Sverige de senaste åren. Statistiken över samtliga dödsorsaker i Sverige 1987-1996 visar att inga signifikanta variationer i denna dödsorsak har inträffat. Denna dödsorsak är i stort sett oförändrad med omkring fyra dödsfall per 100 000 invånare. Den ökning som registrerades 1997 (senaste officiella statistik) har sitt ursprung i Socialstyrelsens nya klassifikationssystem. Det inkluderar även fall med ofullständiga eller saknade uppgifter i dödsattesterna.

De uppgifter som jag har beträffande information om "plötslig död" efter 1997 pekar inte heller på en dramatiskt ökning.

Eftersom det tidigare fastslagits att negativ stress utgör en riskfaktor för hjärt-kärlsjukdomar så har rapporter i medierna om "ökande stress på jobbet" (särskild på grund av förändringar inom den offentliga sektorn under 90-talet) flitigt kopplats till påståendet om att "utbrändhet" hänger samman med en försämring av befolkningens totala hälsa. Men är det så

Faktum är att inte heller dödsorsaken "ischemisk hjärtsjukdom" eller "stroke" har ökat de senaste åren. Precis tvärtom. Dödstalet bland män har minskat avsevärt och konstant mellan åren 1987 (52 per 10 000, åldersstandardiserade) och 1997 (35 per 10 000). Bland kvinnor registrerades samma minskningstendens mellan 1987 (25 per 10 000) och 1997 (18 per 10 000). Sanningen att säga förefaller förnuftig rationalisering, särskilt inom den offentliga sektorn, ha givit den svenska befolkningen en ännu bättre hälsa. Vi ska vara enbart glada över att påståendet "Sverige arbetar ihjäl sig" inte har stöd i den vetenskapliga epidemiologin.

Marcello Ferrada-Noli

Professor i hälsovetenskap

DN Debatt. DN

Debatt/REPLIKEN:

"Barnafödandet ökar igen trots tal om stress"

PUBLICERAD 2000-12-17



Läs senare 

Under det gångna året har den svenska allmänheten fått läsa påståenden att stressen på jobbet kan göra människor sjuka eller till och med döda oss. Nu sägs det att denna stress kan förklara nedgången i den svenska nativiteten.

TCO:s ordförande Sture Nordh skriver på DN Debatt 12/12 att 77 procent i deras undersökningen instämde i påståendet att stressen får många att avstå från att skaffa barn.

Emellertid var TCO:s undersökning inte inriktad på kvinnor i barnafödande åldrar (eller deras partner). TCO valde att fråga ett urval kvinnorna - 42 procent i åldern över 50 och en del till och med över 65 år. Man kan konstatera att just gruppen 50-64-åringar var den enda åldersgruppen bland kvinnorna som i större utsträckning än män tyckte att stressen i arbetslivet var en faktor bakom mins-kat barnafödande.

Undersökningens frågeställning "Tror du att stressen i arbetslivet gör att många avstår från att skaffa sig barn eller spelar den inte någon roll för barnafödandet

- ger inget svar om den intervjuades personliga förhållanden utan mäter i stället den tillfrågades uppfattning om "att stressen i arbetslivet gör att många avstår".

De allra flesta av mina studenter tyckte inte att det var konstig att "många" männen svarade som de gjort med tanke på den ensidiga rapporteringen om "ökad stress på jobbet". För några av studenterna betydde många "över hundra", för andra "över tusen", för några "mer en två".

Sanningen är att barnafödandet i Sverige ökar och inte minskar. Trendanalysen kan visa att det inte enbart är en tillfällig förekomst för året 2000, utan ett fenomen som kan iaktas sedan flera år tillbaka. Under 1997 uppgick minskningen i det svenska barnafödandet till 5 procent jämfört med 1996, 1997-1998 "reducerades" minskningen till 1,6 procent, 1998-1999 till 1 procent. Hittills i år registrerades en ökning på 1,9 procent. Ökningen under detta år har varit konstant månad efter månad.

TCO-ordföranden sammanfattar i sin artikel: "Det mesta talar för ett starkt samband mellan stressen i arbetslivet, ökande sjuktal och lägre födelsetal." Om detta starka samband som Sture Nordh hävdar håller, så skulle den faktiskt ökade nativiteten i Sverige det senaste året innebära att stressen i arbetslivet håller på att minska. En konsekvens av detta måste bli att de senaste årens kraftigt höjda sjukskrivnings-tal måste utredas närmare.

Marcello Ferrada-Noli

Professor

LEDARE

Ledare: Inlägg

PUBLICERAD 2006-07-07



Läs senare

**UTVALD LÄSNING I DIN MEJLBOX**

DN:s chefredaktör Peter Wolodarski väljer ut veckans mest läsvärda artiklar.

[Skaffa nyhetsbrev](#)

Rehabilitering

Chefen för den privata stressmottagningen vid Karolinska institutet, Kl, Aleksander Perski, uttalar en rad osanningar i sitt inlägg i DN 4/7 samt på stressmottagningens hemsida.

Det faktum att hjärtsjukdomar har minskat samtidigt som stressen sägs öka, avfärdar Perski med att numera ”går det inte att se vilket bidrag stress har för uppkomsten av dessa sjukdomar”. Perski hävdar att stresssjukdomar ”syns tydligt” i bland annat ökning av självmordsförsök. Socialstyrelsens data (Folkhälsa – lägesrapport 2005) visar att självmordsförsök i Sverige fortsätter att minska för alla, med undantag av en ”viss ökning” bland unga kvinnor i åldern 15–24 år. Här inkluderas skärningar.

Perskis påstår att jag ”aldrig publicerat något vetenskapligt arbete kring stressjukdomar”. Jag disputerade vid KI i ämnet posttraumatiskt stressyndrom och suicidalitet – handledare var professor emeritus Marie Åsberg – och har flera vetenskapliga artiklar publicerade i ämnet. Posttraumatiskt stressyndrom placeras tydligt i KI:s

stressmottagnings egen lista över stressjukdomar.

Marcello Ferrada-Noli

Medicine doktor i ämnesområdet psykiatri, professor i
folkhälsovetenskap inriktning epidemiologi

Professor dömer ut sjukskrivningar

SvD, publicerad 2002-09-19

Professor dömer ut sjukskrivningar

För några år sedan hävdade Marcello Ferrada-Noli, professor i folkhälsovetenskap, att det inte fanns någon sans eller balans i debatten om utbrändhet och att diagnoserna var få. Nu kritiserar han uppfattningen att stress i arbetslivet skulle göra folk sjuka.

- **Om stressen ökar** borde det påverka förekomsten av de typiska folksjukdomarna. Men de ökar inte. Alltså finns det inget vetenskapligt samband, säger han.

Många som är sjukskrivna på grund av stress borde arbeta. Dåligt kan de må av olika skäl. Men det har inte med sjukdom i klassisk bemärkelse att göra. Den salvan avlossar Marcello Ferrada-Noli, professor i folkhälsovetenskap.

– Jag vet att detta är känsligt. Men någon måste säga som det här, säger han, och kallar den nuvarande debatten för "kejsarens nya kläder".

För några år sedan kritiserade Marcello Ferrada-Noli diskussionen om utbrändhet. Det fanns ingen sans och balans i debatten, hävdade han.

– Alla talade om hur mycket utbrändheten ökade. Men det visade sig att antalet diagnoser var mycket få. Nu visar siffror från Riksförsäkringsverket att antalet diagnoser har minskat ytterligare, säger han. Det visar att problemet är minimalt i förhållande till den uppmärksamhet det fått, anser han. Numera handlar debatten mer om att stress i arbetslivet gör folk sjuka. Det är en bild Marcello Ferrada-Noli vänder sig mot.

- **När vi tittar på** utvecklingen av folkhälsan finns det inget samband. Om stressen ökar borde det påverka förekomsten av de typiska folksjukdomarna. Men de ökar inte. Alltså finns det inget vetenskapligt samband, säger han.

Enligt forskningen finns det ett samband mellan negativ stress, psykisk ohälsa och problem i cirkulationsorganen. Men trenden i Sverige när det gäller cirkulationsorgan och dödlighet är att dödligheten minskar, argumenterar han.

– Dödsfallen på grund av hjärtsjukdomar, akut hjärtinfarkt, astma har minskat. Samma sak gäller självmord, säger han. Mer forskning behövs på de diagnoser de sjukskrivna har, anser han.

– Vi måste helt enkelt veta mer om detta. Idag vet vi mycket lite om sambanden, men i debatten blir sambanden tvärsäkra. Det är något som irriterar mig oerhört.

Marcello Ferrada-Noli tror att många sjukskrivningar är direkt felaktiga. Han påstår inte att det beror på fusk, utan snarare på en värderingsförskjutning.

- **Patienter kommer till** läkare och säger att de är för trötta för att arbeta. Läkarna ställer motfrågor, men hittar ingen diagnos som stämmer. Patienten vidhåller, och ibland ger läkaren upp och det blir en sjukskrivning på grund av psykiska skäl, säger han. Då vilar sjukskrivningen på grunder som inte är medicinskt verifierad, hävdar han. egentligen kanske tillståndet hos patienten är orsakat av en chef som inte fungerar eller ett samarbetsklimat som är dåligt.

– Att då kalla det en stressrelaterad sjukdom är direkt felaktigt, säger han.
När fokuseringen på stressen ökar, växer också andelen

sjukskrivna med diffusa stressrelaterade diagnoser. En kulturell inlärningsprocess, kallar han det.

– Tidigare var fibromyalgi en vanlig diagnos bland kvinnor och uppmärksammades. Den har minskat, medan andelen psykiska sjukdomar ökat.

Att människor påverkas av samhällsdebatten visar också utvecklingen av antalet personer som fått diagnosen utbrändhet det senaste året. Diagnoserna har minskat. Andelen långtidssjukskrivna kvinnor som fått diagnosen har minskat från 3 till 2 procent och för män 2 till 1 procent

– Det är en halvering när det gäller männen och en kraftig minskning när det gäller kvinnor. Jag har svårt att tänka mig att sjukdomsbilden förändrats så radikalt på kort tid. Det handlar om svängningar i debatten, diagnosen utbrändhet har ifrågasatts mer, säger han.

Hur många sjukskrivningar som är felaktiga med hans egen definition vill han inte sia om.

– Nej, det är just det som är problemet. Ingen vet, säger han. Utvecklingen av psykiska sjukdomar i förhållande till hur anställda uppfattar sin psykiska hälsa visar på motstridigheten, anser han.

– Andelen som upplever sig stressade eller upplever psykisk påfrestning har minskat mellan år 2000 och 2001. Samtidigt har andelen psykiska diagnoser ökat bland lågtidssjukskrivna, konstaterar han. Om diagnoserna blir tydligare och forskningen kan följa utvecklingen, blir det också lättare för politiker och andra att fatta riktiga beslut om vilka åtgärder som är nödvändiga för att minska sjukfrånvaron, anser han.

– Till min glädje har jag noterat att fler nu talar om att annat än arbetslivet kan framkalla stress. Det finns självklart ett helt spektra av orsaker.

Personligen är han övertygad om att mycket av den höga sjukfrånvaron bland äldre kvinnor kan förklaras av dubbelarbete - lönearbete på jobbet och oavlönat arbete hemma.

– De här kvinnorna har arbetat sedan 1970-talet. Att deras kroppar säger ifrån mer än männens är inte konstigt, med tanke på den dubbla belastning kvinnorna har, säger han.

Allmänläkarnas roll är ytterligare något som bör ifrågasättas eller åtminstone undersökas, anser han. Sjukskrivningarna sker oftast av allmänläkare, men när det gäller psykiska diagnoser behövs specialistkunskap.

Fördelningen av stressrelaterade besvär mellan arbetare och tjänstemän är ytterligare något som Marcello Ferrada-Noli vill uppmärksamma. Enligt hans bearbetningar av siffror från Statistiska centralbyrån, är det främst kvinnliga högre tjänstemän som rapporterar stressrelaterade besvär. Andelen kvinnliga arbetare är mycket lägre.

– Högutbildade kvinnor är överrepresenterade. Högutbildade har ett annat språk än mindre utbildade. Det kan innebära en annan möjlighet att uttrycka en mer nyanserad sjukdomsinsikt vid ett eventuellt läkarbesök, säger han.

Anna Danielsson

08-13 52 92

Svenska Dagbladet söndag 29 september 2002

Svenska Dagbladet
Skriv till SvO Synpunkt 305 17 Stockholm. Tel
Red. förbehåller sig rätten att stryka i

Utbrändhetsdiagnoser på reträtt

I **Synpunkt 23/9** polemiserar professorn i psykologi Gunnar Aronsson och medarbetare, omkring en SvD-intervju med undertecknad publicerad 19/9. Aronsson återger kärnpremisser i utbrändhetstesens "människor som psykiskt och existentiellt bryter samman inför överkrav", att orsakerna inte är medicinska och därtill avsevärt relaterade till arbetsförhållandena.

Inledningsvis varnar Aronsson Lisaren för en rad "medicinska" definitioner såsom "hälsan är frånvaro av sjukdom", som i själva verket tagits ur från folkhälsovetenskapen för ett halvt sekel sedan (se WHO hälsodefinition 1946). Dessutom antyder han att jag i min psykiatrforskning eller psykoterapiverksambet skulle mena med sjukdom "en kroppsfunktion som avviker från det normala"!

Med hjälp av dessa föreställningar blir det lätt att underkänna vad han kallar "klassiskt" medicinskt

synsätt och i stället erbjuda: "I ett holistiskt perspektiv är det just individens upplevelse av hälsa eller ohälsa och hennes fungerande som är det centrala och inte om det finns en så kallad sjukdom".

Men problemet med utbrändhet är knappast människans holistiska rätt att uppleva sig som hon vill, utan övertygelsen att hennes upplevelse av samhället skall betrakas som sjukskrivningsberättigande.

Utfärdande av diagnos behövs inte. Denna "upplevelsehypotes", den på nytt födda utbrändhetstesens, upphäver kraven att få tillståndet erkänt som sjukdom.

Genom detta slipper man att vetenskapligt belägga utbrändhetens kliniska existens och epidemiologiska omfattning. (Se i Läkartidningen nr 36 och 39 min pågående debatt med Arbetslivsinstitutets utbrändhetsforskare). För det kan man helt enkelt inte. Jag för inte en diskussion om människans rätt att



Marcello Ferrada-Noli

uppleva sig sjuk eller frisk eller om hennes rätt att uttala sig om detta. Men kanske leder upplevelsehypotesen till att sjukskrivningarna ökar ytterligare. De viktigaste frågorna kvarstår:

✓ Ska icke sjukliga tillstånd berättiga till sjukskrivning?

✓ Ska läkare ha rätt att sjukskriva individer som inte är sjuka?

✓ Hur skall politiker kunna fatta beslut om sjukförsäkringen, utan utan att ens ungfår veta hur många av de rapporterade sjukskrivningarna som motsvararas av sjukdomstillstånd?

✓ Har forskare rätt att rapportera oroväckande "fynd" om stress/utbrändhet utan tillförlitliga vetenskapliga underlag?

✓ Vilket ansvar tar medierna som propagera dessa "resultat" utan

nödvändig granskning.

✓ Kan samhället reagera sunt inför pseudoepidemier eller modediagnoser som slutligen belastar med sin överdrivna kostnad inte enbart företagen eller statskassan, utan den stora gruppen mindre privilegierade som inte sjukskriver sig för "stress" i samma utsträckning.

Ingen har kunnat förklara varför kvinnliga tjänstemän med angenämare villkor rapporterar dubbelt så hög stress /psykiska besvär i arbetet än de med ogynnsammare sådana, att dessa rapporterade besvär minskar sedan 2000. Att utbrändhetsdiagnoser nästan halverades under 1999-2001, ändå ökar sjukskrivningarna. Utbrändhet tycks ha blivit en medelklassens indiskreta charm.

MARCELLO FERRADA-NOLI

professor i folkhälsovetenskap
Karolinska Institutet

Schibsted Aftonbladet är en del av Schibsted. Schibsted är ansvarig för dina data på denna sida. [Läs mer här](#)

”Utbrändhet är ett påhitt”

PUBLICERAD: TOR 14 APR 2005 | UPPDATERAD: TIS 08 MAR 2011

Hälsa

Professorn till attack mot den nya trenden av sjukskrivningar

Hälsoprofessorn Marcello Ferrada-Noli rasar mot sjukskrivningarna:

- Utbrändhet är ett påhitt.
- Många sjukskriver sig för att de inte trivs på jobbet.

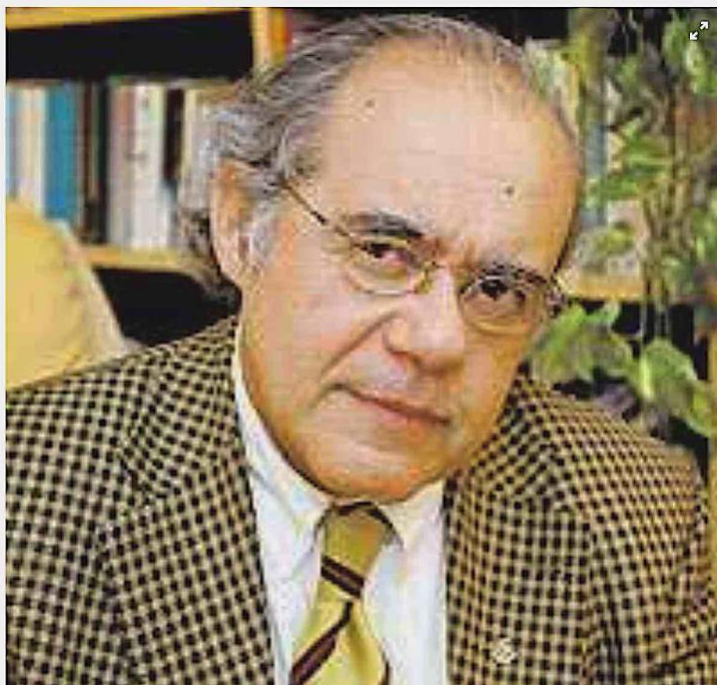


FOTO: BJÖRN LINDAHL

Marcello Ferrada-Noli är professor i hälsovetenskap. Han menar att folk sjukskrivs för lättvindigt. "Utbrändhet är ett modebegrepp", säger han.

Marcello Ferrada-Noli menar att läkarna lyssnar för mycket på trötta patienters önsningar om sjukskrivning.

- Många som är sjukskrivna på grund av stress borde arbeta.
- De kan må dåligt av andra saker. En dålig chef till exempel, säger han.

Ingen lösning

Han är professor i hälsovetenskap, knuten till högskolan i Gävle och Karolinska institutet, och medicine doktor i psykiatri.

Att sjukskriva sig på grund av att man har det kämpigt hemma och stressigt på jobbet håller inte, menar han. Och att gå hemma i flera år är ingen lösning på problemen.

- Läkarna ska inte sjukskriva personer som de inte kan ställa en medicinsk dia-gnos på.

En modediagnos

Marcello Ferrada-Noli hävdar att utbrändhet och den nyare benämningen utmattningsdepression inte är något riktigt sjukdomstillstånd.

– Det är ett akademiskt påhitt, en modediagnos. Om stressen ökar i samhället så borde även folkhälsosjukdomar öka. Men det gör de inte.

- Alltså finns det inget vetenskapligt samband, säger han.

Han menar att det har gått inflation i utbrändhet, särskild bland kvinnor i tjänstepositioner.

– Det har alltid funnits folk som är missnöjda med sin arbetssituation. Men nu har man tagit det missnöjet och gjort en medicinsk dia-gnos av det. Och det är fel, säger Marcello Ferrada-Noli.

”Har haft 0 patienter”

Stressforskaren Aleksander Perski suckar när han får höra Marcello Ferrada-Nolis sågning:

– Jag och mina kollegor har haft 700 patienter på stressmottagningen på Karolinska institutet. Han har haft noll.

– Det har skett en fördubbling av psykiska åkommor i västvärlden sedan 80-talet. En del av dem är stressrelaterade, därför är fler utbrända, säger Aleksander Perski.

AFTONBLADET

NYHETER SPORT PLUS TV LOKALT NÖJE GODARE KULTUR LEDARE D

Schibsted Aftonbladet är en del av Schibsted. Schibsted är ansvarig för dina data på denna sida. [Läs mer här](#)

Nyheter

Rättelse

PUBLICERAD: FRE 15 APR 2005 | UPPDATERAD: TIS 08 MAR 2011

NYHETER

Professor har haft patienter

I gårdagens artikel "Utbrändhet är ett påhitt" påstod stressforskaren Alexander Perski att professor Marcello Ferrada-Noli inte haft några patienter.

Detta stämmer inte. Professorns avhandling i psykiatri vid Karolinska institutet baseras på över 200 patientfall. Ämnet är traumatisk stress och handledare var psykiatriprofessorn Marie Åsberg.

Aftonbladet

Förtydligande om utbrändhet

Av: **Zendry Svärdröna** ✉

PUBLICERAD: TIS 19 APR 2005 | UPPDATERAD: TIS 08 MAR 2011

Hälsa

Ang artikeln om utbrändhet förra veckan, vill professor Marcello Ferrada-Noli även komma med följande förtydliganden.

Jag hävdar att: 1) Diagnosen utbrändhet inte har kunnat vetenskapligt beläggas.

2) Upplevelse av negativ stress hos en individ har multifaktoriella orsaker och är således ej endast arbetsrelaterad.

3) Den ökande uppmärksamheten omkring stress temat är jämförelsevis ovanligt stor i Sverige och inte i förening med en försämrad folkhälsa.

4) Problemet är mest påtalat bland högt utbildade kvinnor i tjänstpositioner, och har även stora sociala och geografiska variationer.

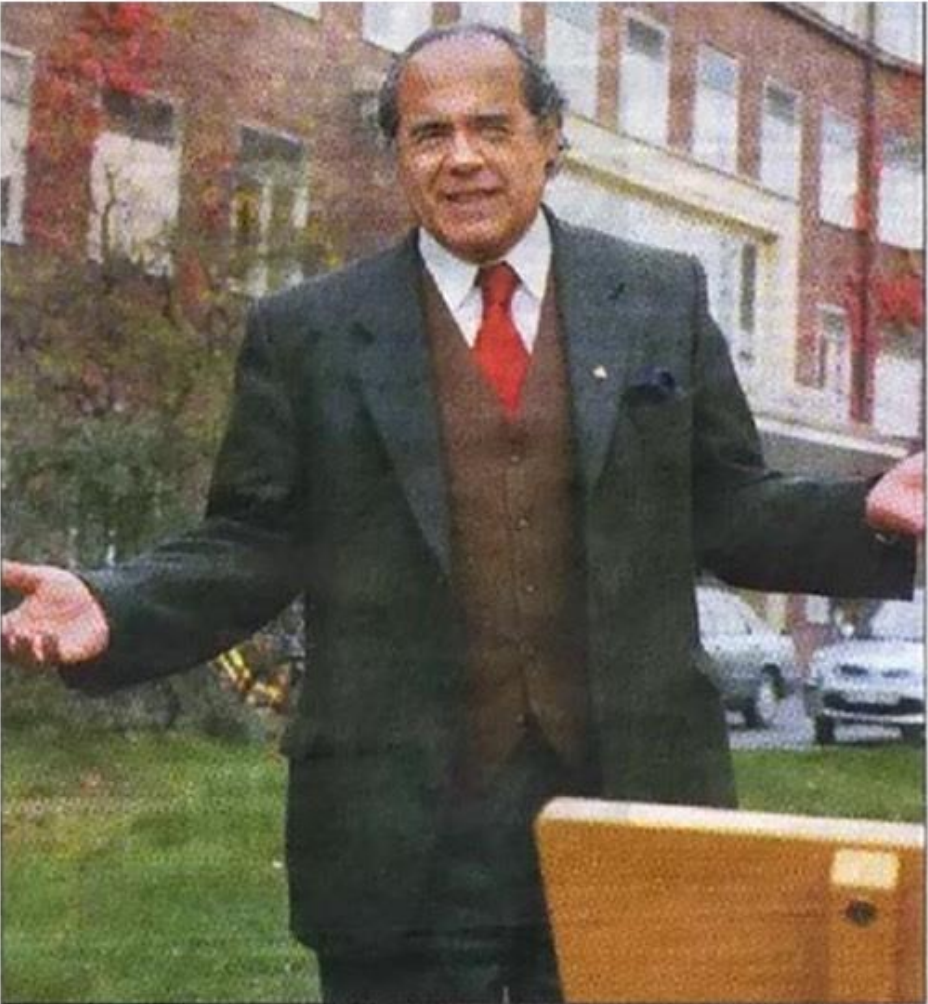
5) Den "epidemilänkande" omfattningen av s k utbrändhetssymptomen är i mycket ett resultat av berörda forskares överdrivna uttalanden, och av agerandet av övriga vinstorienterade yrkesutövare och företag.

6) Det finns förvisso individer - oavsett deras felaktiga diagnostiska benämningar - som mår dåligt, är direkt sjuka, eller/och har en försämrad arbetsförmåga.

Emellertid borde det kliniska belägget bakom stressrelaterade diagnoser i sjukskrivningarna utredas.

Sjukskrivningstal är inte detsamma som antal sjuka!

Marcello Ferrada-Noli, med dr, professor i folkhälsovetenskap med inriktning på epidemiologi.



BARA EN MYT? *Marcello Ferrada-Noll, hälsoprofessor och forskare vid Karolinska institutet, menar att den utbredda utbrändhoten troligen är en myt. "Man glömmer bort att andra saker än jobbet gör oss trötta och utmattade."*

Foto: LARS NYBERG

Expressen has removed this article from their archives. The newspaper has also removed published rebuttals by the author on Expressen's editorial articles that I have considered libellous.

HÖGRE STATUS? Utbrändhet är en diagnos som ställs ofta. Enligt Socialstyrelsens nya regler ska utbrända inte längre ha mycket på jobbet och kanske lite status att vara utbränd", säger läkaren Peter Randmaa

Professor i Gävle: "Precis vad jag förespråkade"

GÄVLE

Marcello Ferrada-Noli är omskriven för sin åsikt att utbrändhet är en påhittad diagnos.

Nu välkomnar Gävleprofessorn Socialstyrelsens rekommendationer till läkarkåren.

– Det här är precis vad jag har förespråkade.

Socialminister Cristina Husmark Pehrsson förevarande i går de nya riktlinjerna genom att hänvisa till att det snarare

handlar om bättre kvalitet på vården för de sjukskrivna än hårdare tag.

"Gör ingen nytta"

Detta instämmer Marcello Ferrada-Noli i.

– Att ge någon diagnosen utbrändhet och isolera honom eller henne från arbetskamraterna gör ingen nytta, säger han.

Marcello Ferrada-Noli är medicine doktor i psykiatri och professor i hälsovetenskap vid högskolan i Gävle. Han väckte

debatt när han för sju år sedan skrev på DN debatt under rubriken "Utbrändhet mest en modetrend".

Ferrada-Noli håller fortfarande fast vid sin åsikt och har snarare stärkts i övertygelsen sedan dess.

Livskriser i medelåldern

– Det finns inget vetenskapligt underlag för att utbrändhet existerar i medicinsk mening, säger han.

Marcello Ferrada-Noli pekar

på att utmattningssyndrom mest förekommer hos välutbildade kvinnor och menar att fenomenet kan ha andra orsaker än pressad arbetsituation; till exempel normala livskriser i medelåldern när barnen flyger ur boet eller ojämn fördelning av arbetet i hemmet.

– Botemedlet är inte sjukskrivning utan ett mer mänskligt samhälle, säger han.

Eva Carlsdatter

Tel. 026-15 93 48

eva.carlsdatter@arbetaerbladet.se

Att ge någon diagnosen utbrändhet och isolera honom eller henne från arbetskamraterna gör ingen nytta



Foto: Stefan Tharjén

Stressjukdomar. Aleksander Perski uttalar en rad osanningar

Hanne Kjöllers har skrivit en förträfflig analys om rehabiliteringsgeschäft i en artikelserie i Dagens Nyheters ledarsida. Hanne Kjöllers slutkläm:

"Klart är i alla fall att Perski gjort sig en karriär på att för dyra pengar lära människor att välja den längsta kön på Konsum".

Jag återger här publicerade texter (skannade) med synpunkter jag uttalade i intervjun i hennes artikel i DN den 21/6, Aleksander Perki s inlägg den 4/7 med Hanne Kjöllers svar, och mitt inlägg i DN:s ledarsida den 7/7 2006.

Aleksander Perski antyder i stressmottagningens hemsida att jag skulle ha "inspirerat" DN:s artikelserie ovan: <<. . . en ung journalist på Aftonbladet skrev faktiskt en artikel förra året, med löpsedelsrubriken "Utbrändhet är en bluff" och även denna artikel var inspirerad av "stressexperten" Marcello Ferrada Noli>> påstår Perski. Vilket är inte bara kränkande mot dessa journalister utan rent absurt. Istället är det de katastrofala konsekvenserna i samhället av dessa pseudo hälsofenomen som inspirerar - och skall fortsätta att inspirera - seriös svensk journalistik.

Det är flera påståenden i Alexander Perskis inlägg som är osanningsenliga, både avseende saken i fråga och om mig. (se mitt svar längst ner). Att jag - enligt Perski - "aldrig publicerat något vetenskapligt arbete kring stressjukdomar" är rent förtal och återigen ett absurt och märkligt offentligt påstående från samma stressmottagningsansvarige som har kategoriserat PTSD

(posttraumatiskt stress syndrom) som en stressjukdom på stressmottagningens hemsida.

Faktum är att jag disputerade på Karolinska Institutet med - mig veterligen - den i Sverige första medicinedoktorsavhandlingen med temat posttraumatiskt stress syndrom.

Alexander Perski uttalade i P1 för ett par dagar sedan att stressmottagningen är "en av de bäst fungerande klinikerna på Karolinska Institutet" ([Studio Ett. Utbrändhet P1 6/7 2006](#)). Med facit av det som avslöjades vid DN:s granskning över rehabiliteringsbranschen, i synnerhet stressmottagningen - "en helprivat rörelse med vinstintresse" med tvivelaktig rehabiliteringsframgång samt utvärdering (se nedanför) - borde KI:s ledning agera nu!

Stressjukdomarnas monopol

Det nya svenska stressdyrkandet samt den massiva utbrändhetsupplevelsen är inte någon egentlig epidemi utan en ny religion, med några äkta sjuka och många äkta troende i ett tempel med en och annan företagsam månglare i drift. Profeterna av dessa nya arbetsrelaterade/stressrelaterade modediagnoser har dock inte hitintills kunnat – cirka ett decennium efter den aggressiva lanseringen av sina begrepp i den oförberedda svenska sjukförsäkringsmarknaden – ge en otvivelaktig vetenskaplig bevisning om det orsakssamband som de åberopar.

De nya arbetsrelaterade / stressrelaterade modediagnoser, samt det rehabiliteringsgeschäft som därtill producerades –av samma forskningsgrupperingar som tidigare lanserade ”diagnosen utbrändhet” i Sverige– har fått ödeläggande insyn i DN: s ledarserie av Hanne Kjöllner [1].

En huvudpoäng i DN: s analys var att den dyra rehabiliteringen inte har kunnat övertyga om dess effektivitet/nödvändighet, och inte har förankrats i vedertagen vetenskaplig sed.

För en angelägen erinran var att samma yrkesmän/forskare som var med att ”fynda” den svenska utbrändheten var de som fått Socialstyrelsens uppdrag att legitimera sina egna diagnostiska kriterier, av allt att bedöma utan opartisk insyn. Vidare, samma grupp hade rekommenderat just de rehabiliteringsåtgärder som i vissa fall motsvarar dessa i sina egenstyrda vinstorienterade

rehabiliteringsföretag (DN 17/6). Utbrändhetsetablissemangets reaktion har varit ju underligt dock inte minst hotande för ett seriös vetenskaplig debatt. Jag vill här kommentera den exkluderande/monopoliserande inriktning som - med redskap av oseriösa argument - den debatten till synes vill knuffas till.

I Christina Spjuts inlägg i Läkartidningen [2] och Alexander Perkins i DN [3]) ser man - istället för ett bemötande av sakfrågorna i rehabiliteringskritik - följande ologiskt tillvägagångssätt: a. falacia argumentum ad-hominem, alltså att angripa personens egenskaper i stället för innehållet i sin diskurs. b. den Straw Man uppläggnigen, att först hitta på ett fiktivt påstående som motståndaren aldrig hade sagt, och sedan "försvarar" sig mot det. 3. falacia argumentum ad-baculum (true-in-authority) eller endast en auktoritet kan uttala kunskapssanningen.

Falacia argumentum ad-hominem

Psykiatern Christina Spjut fokusera i sitt inlägg på DN journalisten Hanne Kjöllers personliga erfarenheter och uppger att HK hade skrivit en bok "som handlar om hur hennes och andras liv förändrats efter en fetmaoperation", osv., och som inget med den aktuella rehabiliteringsdebatten hade att göra. Vidare i sammanhanget kan man logiskt bekräfta att, oavsett Kjöllers argument i hennes bok Operation: nytt liv, (Brombergs; 2006), ger åberopandet av dessa inga bevis vare sig för eller emot för att samma författare hade i saken rätt när hon skildrade i sin artikelserie de absurda kostnaderna för den rehabiliteringen som exempelvis stressmottagningen förespråkar.

Föreställ Dig ett slagsfält i vilket två soldater är avsedda att kämpa varandra. Sedan tillverkar en av dessa snabbt ett slags fågelskrämma som skulle representera den riktiga motståndaren som står bredvid. Sedan lätt och okomplicerat "dödar" sin "fiende" med hundra svärthugg, tills han själv tröttnar. Ja, den verkliga motståndaren står fortfarande bredvid, utan en skråma. Detta är det som i logiken är känd som Straw Man falacy.



Straw Man

Vidare, Spjut/Perski tillskriver HK centrala påståenden som denna aldrig har sagt, och sedan förstås frikostigt argumenterar "emot". Alexander Perski skriver "stressjukdomar (utmattningssyndrom) finns inte. Bevis – Hanne Kjöllner tycker det...Ferrada-Noli tycker det" [4]. Sedan använder sig Perski av det vid flera tillfällen för att "tillbakavisa påståendet". Samma sak övar Spjut: HK "menar att de sjukdomarna (med stressrelaterad diagnos) inte finns" [2].

Sanningen är att HK inledde uttryckligt sitt DN inlägg ”Jag har aldrig påstått att stressjukdomar inte existerar. Jag har ifrågasatt omfattningen, att så många blev sjuka samtidigt, att fenomenet i stort sett bara existerar i en handfull länder med generösa ersättningssystem, samt att de mätbara stressrelaterade sjukdomarna sjunker under samma tid som de mer diffusa stressjukdomarna mångdubblats i Sverige” (DN 4/7). Samma sak har jag tidigare skrivit i flera sammanhang [5-8].

Spjut & Perski angriper även undertecknad och ifrågasätter ad hominem huruvida var befogat att jag uttalade mina åsikter i intervjun vid ledarartikeln ”[Lidande är inte lika med sjukdom](#)” (DN, 21/7). Spjut hävdar i det sammanhanget att sjukskrivningsbedömningen åligger som regel ”erfarna distriktsläkare och att de anser att det (diagnosen utmattningssyndrom) är frågan om en sjukdom med en tydlig funktionsstörning” [1]. Faktum däremot är att hos de flesta distriktsläkare är mer patientens önskning än den kliniska bilden det som determinerar sjukskrivningen [9]. Ytterligare, Socialstyrelsen bekräftade nyligen att ”Ofta är det huvudsakligen patientens egen berättelse som ligger till grund för bedömningen av hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan” [10].

Om att utbrändhet/utmattningsdepression är ”folksjukdomar”

Spjut själv i andra sammanhang sagt ”Det är så många att psykiska sjukdomar nu är folksjukdomar, som depression, bipolär sjukdom, ångest och utmattningsdepression” [11]. Således, antingen är i riket utbrändhet/utmattningsdepression ”folksjukdomar” och då är Spjuts invändningar – mot att en

svensk folkhälsoprofessor uttalar sig om svensk folksjukdomar – logiskt absurda. Eller egentligen är dessa inte folksjukdomar alls.

Perski faller också i detta bristande följdriktighet. I KI:s stressmottagnings hemsida förklarar han utförligt att posttraumatiskt stress syndrom (PTSD) är en stressjukdom, för att sedan menar i DN – för den skull att blockera min kritiska uttalande - att vetenskapliga publikationer inom PTSD området inte är att betrakta som stressjukdomsrelaterat! [12].

Vad gäller diskussionen, egentligen

Sanningenligt, de påstådda bestridande ”in persona” kan knappast gälla en annan fråga än att kritikerna har i saken starkt ifrågasatt utbrändhetsforskningens premisser. Om huruvida är dessa något annat en klassisk pseudovetenskap. Om det endast är ”stressen” som har orsakat sjukskrivningarnas ofantliga ökning [5-8]. Och – det till synes känsligast – att jag har offentligt krävt att vetenskapliga bevis ges till allmänheten för de överdrivna påståendena avseende stressjukdomarnas verkliga epidemiologi (bortom antal sjukskrivningar) och orsaksförhållandet.

Således, delvis saknas det belägg för att den symtombilden är nödvändigtvis stressrelaterad och inget annat. Delvis – om så vore fallet - att den stressen i sin tur är arbetsrelaterad, endast. Och delvis – om så vore fallet – att de negativa arbetsförhållanden som beskrivs är endast strukturella (typ omorganisations relaterade) eller har också att göra med individens egen benägenhet, arbetsideologi och beteende. Detta är det som istället debattörerna ovan borde konfrontera.

Falacia ad baculum

Den fråga som den här debatten har istället tagit nu i dagordning är således ”Vem har rätt, eller är befogad att uttala sig om stressjukdomar”. Men följaktligen Spjuts syllogism (se ovan) skulle endast distriktsläkare vara åtrådda att uttala sig om den sjukskrivningsprocessen. Fast det gör hon själv ändå, som inte heller är distriktsläkare. Ytterligare enligt Spjuts invändning, den som är disputerad i psykiatri skulle inte heller ”få” uttala sig över den forskning som lett till den psykiatrirelaterade diagnos som nu används av distriktsläkare. Fast det gör det hon själv ändå som ej är, mig veterligen, disputerad forskare.

Och andra sida, att ”vår kunskap om sjukdomar bygger på det arbetssätt som professor Marie Åsberg och hennes forskningsgrupp har använt vid avgränsning och definiering av utmattningssyndromet” är enligt Spjuts ad baculum argument en självklarhet.

Inte geschäft?

För Aleksander Perski är saken enklare om var man skall precis finna kunskapen om stressrelaterade sjukdomar och dess påföljd: hos honom själv! I sitt svar vid KI:s stressmottagnings hemsida inför Perski “Man kan istället bekanta sig med en ingående introduktion till ämnet i min bok” och marknadsför därefter detaljer om bokförlag, när skall komma ut i disken, etc. [4].

Det nya svenska stressdyrkandet samt den massiva utbrändhetsupplevelsen är inte någon egentlig epidemi utan en ny religion, med några äkta sjuka och många äkta troende i ett tempel med en och annan företagsam månglare i drift. Profeterna av

dessa nya arbetsrelaterade/stressrelaterade modediagnoser har dock inte hitintills kunnat – cirka ett decennium efter den aggressiva lanseringen av sina begrepp i den oförberedda svenska sjukförsäkringsmarknaden – ge en otvivelaktig vetenskaplig bevisning om det orsakssamband som de åberopar.

Det råder i det annars så demokratiska Sverige en till synes hård kartell avseende stressjukdomar, om vilka som får delta eller ej vid epidemiologiska eller folkhälsovetenskapliga formuleringar. Den diskrimineringen handlar knappast om ursprung eller yrke, utan om ideologiska, vetenskapliga positioner och en tung prestigefylld olust att konfrontera granskning i saken. Kritiker får aldrig utrymme inom kretsar av självutnämnda. Frågor kvarstår ej svarade, människor förbli, om inte sjuka, sjukskrivna, eller sjukskrivna och lurade, eller bara lurade i väntan på sin tur. Emellertid mår det privata rehabiliteringsgeschäft - med offentliga medel- hur gott som helst i den lilla världen av stressjukdomarnas monopol.

Referenser

1. Kjöllner H. Om Rehabilitering. Artikelserie i DN ledare 17/6 – 4/7 2006.
2. Spjut C. Dubbelmoral om sjukskrivningar på Dagens Nyheters ledarsida. Läkartidningen, 2006; 28:2162-3.
3. Perski A. Om Rehabilitering, Inlägg i DN 4/7 2006.
4. Perski A. Hanne Kjöllner på Dagens Nyheter gillar inte rehabilitering. Stressmottagning.nu.

5. Ferrada-Noli M. Är arbetsrelaterad stress primär orsak till plötslig död?, Läkartidningen. 2000: 97: 6108-10.
6. Ferrada-Noli M. Om tbrändhetens epidemiologiska belägg. Läkartidningen 2001;98:710-5.
7. Ferrada-Noli M. Arbetsrelaterad stress, självmord och utmattningsdepressioner, Läkartidningen. 2001;98: 3158-60.
8. Ferrada-Noli M. Kjesarens utbrända kläder. Sociologisk Forskning. 2004:1. 19-26
9. Englund L. (2000) Sick-listing — attitudes and doctors' practice with special emphasis on sick listing practice in primary health care. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
10. Socialstyrelsen. SOS har granskat sjukskrivningsprocessen. Pressmeddel. 2006-03-15.
11. Socialstyrelsen. Nytt från Socialstyrelsen. Nytt extra från läkarstämman. 2005-11-30.
12. Ferrada-Noli M. Om rehabilitering. Inlägg i DN 7/7 2006.

"Karolinska" stänger stressmottagningen?

Dagens Nyheter rapporterade 21/3 2007 att Stressmottagning är så gott som stängt (Matilda Uusijärvi, "Karolinska stänger stressmottagningen"). Mottagningschef, Dr Aleksander Perski, ger som anledning: Att Försäkringskassan inte längre levererar finansiering till mottagningen.

DAGENS NYHETER

Den 4 juli 2006:

Perski hävdar att 86 procent av deras patienter återgår till "arbetslivet", vilket inte ska tolkas som arbete eftersom även arbetsträning ingår. Det han inte säger är att cirka 20 procent var i arbete/arbetsträning när de påbörjade rehabiliteringen och att det är lika många som är i heltidsarbete efter. Ett nollsummespel, således.

3. Stressmottagningen är en helprivat rörelse med vinstintresse. Det är möjligt att Alexander Perski personligen inte plockar ut några förmåner ur stiftelsen. Klart är i alla fall att Perski gjort sig en karriär på att för dyra pengar lära människor att välja den längsta kön på Konsum.

HANNE KJÖLLER

Klipp ur "Inlägg - Rehabilitering", DN 4/7 2006

Första frågan, vad har egentligen stressmottagningen - som "en helt privat rörelse med vinstintresse" - numera att göra med Karolinska Institutet?

Det är i sammanhanget viktigt att klargöra att Stressmottagning

är en stiftelse som inte tillhör vare sig till Karolinska Institutet eller också IPM (Institutet för Psykosocial medicin). En helt annan företeelse är att docent Aleksander Perski är som forskare anknuten till en av KI:s institutioner.

Perski uppger i den berättelse till DN:s läsare att "Karolinska" är tvungen att stänga stressmottagningen p.g.a. bristande uppdrag från Försäkringskassan. Emellertid förefaller det förnämt – inte minst med aktning till deras patienter under "behandling" eller "rehabilitering" - att , inte med ett enda ord nämner man att redan 2006 hade man planerat att den betydande del av verksamheten - och akademiska aktiviteter omkring - skulle flyttas över till psykologiska institutionen vid Stockholms universitet!

Och forskningen då?

Enligt stressmottagningens egen utsago (Aleksander Perski) innebär forskningen i sammanhanget att "all rehabiliteringsverksamhet följs upp och utvärderas vetenskapligt". Vidare, i DN artikeln 21/3 står "Den egna forskningen (Stressmottagningens) visar att mer än 80 procent av patienterna gått tillbaka till arbete direkt efter behandlingen."

Vad det utvärderas vid "rehabiliteringen"

Min andra fråga här avser:

Vad är det som egentligen utvärderas vid "rehabiliteringen" hos stressmottagningen. Är den kliniska förbättringen av "patienterna", eller är den byråkratiska skickligheten som består att lyckas få dessa människor accepterades vid arbetsmarknaden vid återanställningsförsök – oavsett huruvida deras "rehabilitering" har fullförts?



Detta sade Aleksander Perski vid en Studio-ett intervju (P1, 19/12 2005) *

– Perski: "När jag skulle starta denna klinik så fick jag från en äldre kollega råd att <<oberoende vad Du gör anställ någon från Försäkringskassan som skall hjälpa er att hitta vägar för patienter>>. Och Det gjorde jag. Det var min lyckoträff . Så vi har tre personer från försäkringskassan som är jätte duktiga på att vara handläggare för patienterna att underlätta denna process. Jag tror att de stora framgångarna beror på det, att vi är så bra på lagar, paragrafer, beredningar, för att kunna hitta ett bra sätt."

– Studio 1: "Hur framgångsrika är ni?"

– Perski: "Jag tycker att det går strålande, ungefär 86 procent av våra långtidssjuka (då är det personer som varit sjukskrivna mellan ett och tre år) återkommer efter ungefär halv års program."

Således, de framgångsrika 80 procent-plus, som Stressmottagningens Public Relations redovisas överallt, refererar ej till andel tillfrisknade stress-sjuka patienter i samband med en effektiv behandling/rehabilitering vid stressmottagningen. Det vad i stället refereras är procent av lyckade återanställningar, "framgången som beror på" --som Perski själv erkänner-- de skickliga insatserna av f.d. Försäkringskassepersonalen som var anställda hos stressmottagningen.

Correct me if I am wrong!

Och slutligen. Egentligen tror jag inte att Karolinska Institutet - en statligt finansierad verksamhet - har, eller borde ha, någonting att göra med det privat vinstdrivande företag.

Sjukskrivningar allenast för de sjuka!

Avseende Socialstyrelsens utredningen om riktlinjerna i samband med sjukskrivningar. Stressetablissemang reagerar – förväntat - reflexmässigt. I dag genom inlägget i DN-debatt rubricerad "[Socialstyrelsen nedvärderar våra osynliga stressjukdomar](#)". Man där refererar återigen till de "utsatta människorna". Den argumentationen bemötes här nedanför.

Forskningen visar att hos de flesta distriktsläkare är mer patientens önskning än den kliniska bilden det som determinerar sjukskrivningen, och en omfattande studie av SOS 2006 konstaterade att "Ofta är det huvudsakligen patientens egen berättelse som ligger till grund för bedömningen av hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan".

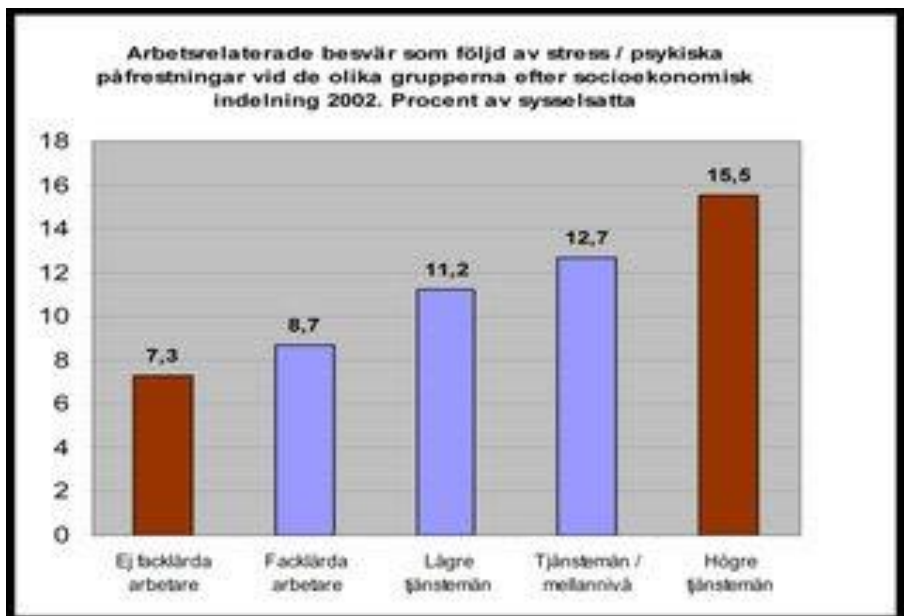
En RFV-studie från 2004 visade att "Fyra av tio anser sig berättigade till sjukpenning när de känner sig trötta. En av tio anser att konflikter med chefen eller arbetskamrater alltid är ett godtagbart skäl till sjukskrivning, var tredje kan tänka sig det". (Se inlägget "[Trötta sjukskriver sig](#)" av Anna Hedborg i DN-debatt 17/9 2004).

Socialstyrelsen utreder nu huruvida utbrändhetsdiagnoser i allmänhet – lätta utmattningsdepressioner inkluderade - är berättiga sjukskrivningar. Riktlinjerna beräknas bli klara om ett par månader. Detta annonserades först i DN (se [här](#)) och senare kom även en kommuniké av Socialstyrelsen ([här](#)). Svenska media – som i vissa fall har okritiskt spridit utbrändhetsmyten eller naivt fallit för lobbyister från de kommersiella intressen som profiterar av den pseudo diagnosen utbrändhet – rapporterade genast om reaktioner omkring utredningen.

Absolut förväntat uttalar sig Aleksander Perski - i sammanhanget "förloraren" tillsammans med hela vinstdrivande rehabiliteringsindustri - om frågan. Perski presenteras av DN som "docent på institutet för psykosocial medicin på Karolinska institutet och chef för den privatägda Stressmottagningen som behandlar människor med utmattningssyndrom".

– "Det här låter som ytterligare ett försök att spara pengar. Det kommer främst att rikta sig mot kvinnor och svaga grupper i samhället", åberopar Aleksander Perski (DN 11/8 07).

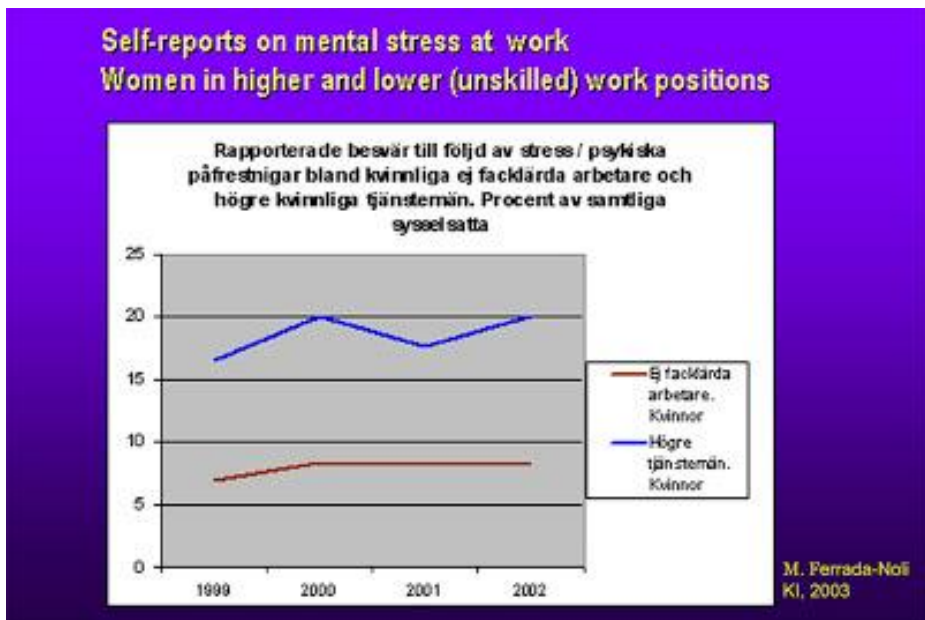
I själva verket är det just sådana grupper som avses vinna med Socialstyrelsens förslag. För att de inte skall behövas luras till en påhittad diagnos eller en sjukskrivning förenad med en påhittad behandling utan vetenskaplig validering. Och självklart skall alla privata/vinstdrivande mottagningar, kvacksalverister, coachgurus, m.m. starkt ogilla förslaget.



Men, vilka är de "svaga grupperna" Perski talar om?

Faktum är att - bland samtliga som ingick i de rikstäckande arbetsbesvärs undersökningarna - var nämligen de mest högt utbildade kvinnorna, i höga tjänstemannapositioner, dessa som visat högst benägenhet för att identifiera stress och psykiska påfrestningar som anledning till deras arbetsbesvär.

Allt detta i enlighet med vår forskning på Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, avdelning för socialmedicin, 2002-2003. Källdata från Arbetsmiljöverket.



Redan 2002 hade jag i ett inlägg i Svenska Dagbladet (Utbrändhetsdiagnoser på reträtt, SVD 23/9 2002) slagit fast att det så kallade utbrändhetsfenomenet är mest en elitföreteelse och som mer vanligt hör hemma hos högt utbildade kvinnor. Således inga "utsatta" grupper i social mening - som Perski och utbrändhetsförespråkare försöker att göra nu gällande. Åren efter

presenterade vi fyndet ("Reported mental stress as leading cause for works hazards increases with higher socio-economic status") * i en internationell vetenskaplig konferens om skadeprevention i Hongkong.

Vår analys identifierade inte individer med utbrändhetsdiagnoser, utan att utifrån socioekonomiska variabler som fanns i Arbetsmiljöverkets årliga rapporter (utbildningsindelning inkluderade) syftade vi att identifiera vilka grupper inom den aktiva arbetssektorn visade mer benägenhet att medge stress som huvudorsak till arbetsbesvär.

Faktum är också att vårt fynd i *den bemärkelsen* väl stämde med studien av Marie Åsberg & Åke Nygrem m.fl. med materialet avseende "långtidssjukskrivna för psykiska problem" och som - enligt TT - visade bland annat att "De flesta av dem som drabbats är chefer på mellannivå. Det är flera kvinnor än män och majoriteten är i medelåldern" **

Så, vilka då "svaga, utsatta grupper i samhället"?

. . . förklara varför
kvinnliga tjänstemän med angenämare
villkor rapporterar dubbelt så hög stress
/psykiska besvär i arbetet än de med
ogynnsammare sådana. . .

Utbrändhet tycks ha blivit
en medelklassens indiskreta charm.

Det nya svenska stressdyrkandet
samt den massiva utbrändhetsupplevelsen
är inte någon egentlig epidemi utan en ny religion,
med några äkta sjuka och många äkta troende
i ett tempel med en och annan företagsam månglare
i drift.

Profeterna av dessa nya arbetsrelaterade/
stressrelaterade modediagnoser har dock
inte hitintills kunnat – cirka ett decennium
efter den aggressiva lanseringen av sina begrepp
i den oförberedda svenska sjukförsäkringsmarknaden
– ge en otvivelaktig vetenskaplig bevisning
om det orsakssamband som de åberopar.

MF-N

Därefter summerar Aleksander Perski till DN sitt perspektiv avseende hela "problemets" kärna (egentligen orsakad av den påhittade utbrändhetsdiagnosen och de onödiga sjukskrivningarna) och hävdar därmed, helt fräckt:

– ”Problemet har varit att ingen velat satsa resurser på behandling”.

Alltså på den behandling som drivs till ex. i den privata Stressmottagning som han är chef till!

Det verkar osannolikt, dock står faktiskt Perskis citat ovan i tidningens intervju med honom (se artikel av Amanda Billner / Åsa Nilsson i DN 11/8 07).

En nödvändig rättelse till DN: s artikelförfattare. Den ovan refererade Stressmottagningen har i själva verket inte något att göra med Karolinska Institutet. (Se [här Karolinska stänger Stressmottagningen](#))

Dagens Nyheters ledarsida däremot prisar Socialstyrelsens initiativ och kallade det för ”ett arbete som imponerar” i den utmärkt belysande huvudledaren *Från offer till aktör* (läs [här](#)). ”Om läkarna vill bli tagna på allvar bör de förslagsvis börja med att ta sig själva på allvar. Och att sluta intyga saker de inte själva tror på” säger DN.

Det skulle kanske ytterligare ha hjälpt läsaren om DN samtidigt hade informerat att en omfattande studie 2006 visat att över hälften att de sjukskrivningar som producerades vid distriktsläkarmottagningarna i riket har utfärdats mestadels enligt patienternas uttryckliga önsknings. Ej p.g.a. av den kliniska bilden.

Journalisten och utbrändhetsförespråkare Johanne Hildebrandt - i uppriktighetens namn, också känd för sin modiga insats som krigskorrespondent i Irak - påstår i sin kolumn i Aftonbladet.¹ Och för övrigt anser sig var fjärde kvinna mellan 16 och 34 år vara deprimerad. Trots detta finns ingen vård att få och ingen kommer det att bli heller, för nu ska alla ta sig i kragen och jobba på.” Och sammanfattar:

- ”Det är inte utan att man undrar vad som håller på att ske: om

¹ *Hur vet vi vem som är en belastning?* AB 12/8

<https://www.aftonbladet.se/nyheter/kolumnister/a/yv52RE/hur-vet-vi-vem-som-ar-en-belastning>

detta land, som faktiskt varit ganska hyfsat, är på väg att återuppstå eller om det verkligen är på väg att braka samman totalt.”

Emellertid finns det oerhört avgörande fakta som bestrider den ovan apokalyptiska sammanfattningen. Det finns nämligen kliniskt relevanta skillnader mellan att episodiskt eller lätt ”känna sig deprimerad” – en upplevelse som kan tillskrivas människans normala existens - och att egentligen ha depressiva symtom enligt diagnostiska kriterier som beskrivs till ex. i DSM-IV.

Vem har sagt att de som lider av depression i psykiatrisk mening inte är och förbli föremål för lämpliga sjukskrivningar och en hyfsad vetenskaplig baserad behandling inom det svenska vårdsystemet?

I samma Aftonbladet den 10/8 uppmärksammas en TT-intervju med projektledare på Socialstyrelsen Jan Larsson i vilken han uttryckligt förklarade angående vem det är som inte skulle behövas sjukskrivas:

- a) ”Det är en person som upplever lätta besvär som egentligen är kopplade till livssituationen, besvär som man kanske får lära sig att hantera men som egentligen inte är sjukdom”
- b) riktlinjerna handlar om normalfallen, ”Man kan mycket väl göra avsteg från riktlinjerna”

Referenser

* Ferrada-Noli, M. & Svanström, L., "Reported mental stress as leading cause for works hazards increases with higher socio-economic status", Abstract, 12th International Conference on

Safe Communities. Safety & Health Expo, Honkong, March 2003.

** Ferrada-Noli, M. *Arbetsrelaterad stress, självmord och utmattningsdepressioner*. Läkartidningen, Vol 98 nr 26-27.

**KEJSARENS
UTBRÄNDA
KLÄDER**

**(The emperor's
burnout clothes)**

Marcello Ferrada de Noli
©Libertarian Books Europe
ISBN 978-91-88747-01-3