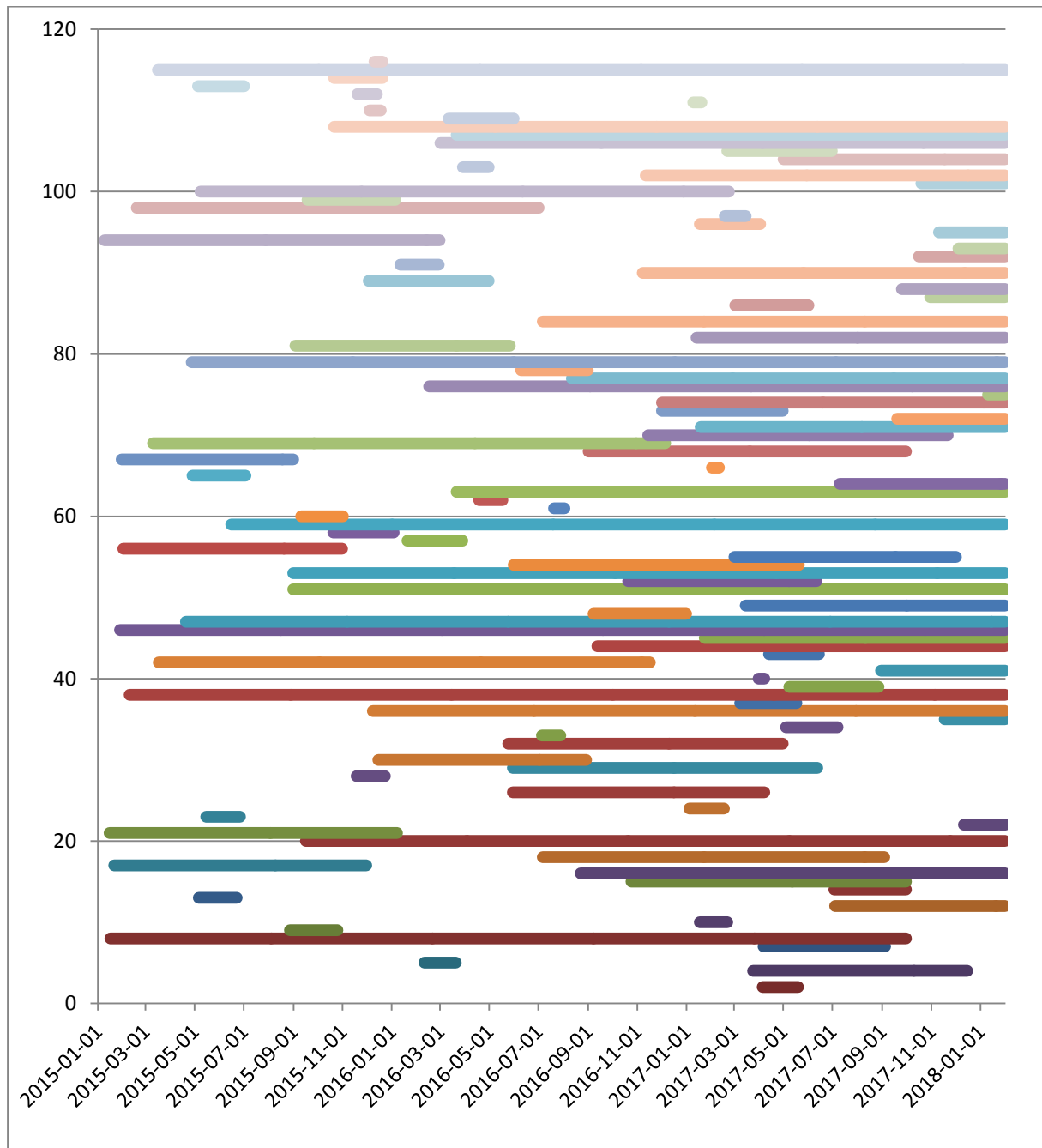


Utmattningssyndrom och dess behandling på en vårdcentral i Eskilstuna Sörmland 2015-2017



Sjukskrivningslängder för patienter som fått diagnos Utmattningssyndrom på VC Smeden 2015-2017

2019-11-12

Skriftligt individuellt arbete under handledning enligt vetenskapliga principer SOSFS2015:8

Torbjörn Larsson ST-läkare Allmänmedicin

Handledare: Henrietta Norman med. Dr, läkare

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning.....	2
Introduktion/bakgrund.....	3
Allmänt om sjukskrivning	3
Allmänt om utmattningssyndrom	5
Vårdplaner för utmattningssyndrom	5
Behandling av utmattningssyndrom	6
Personlighet och utmattningssyndrom	7
Syfte och forskningsfråga	8
Material och metod.....	9
Etiska överväganden och uppdragsgivning	10
Resultat.....	12
Beskrivning av studiepopulationen	12
Behandling.....	14
Läkares inverkan.....	18
Diskussion.....	20
Studiepopulationen.....	20
Behandling.....	20
Läkares inverkan.....	21
Slutsatser, styrkor/svagheter och fortsatt forskning	21
Bilaga A, Västra Götalands Regionala medicinska riktlinjerna för Utmattningssyndrom	23
Bilaga B, Journalgranskningsprotokoll	24
Referenslista.....	25

Sammanfattning

Bakgrund:

Utmattningssyndrom är en diagnos som ställs hos patienter som besvärar av trötthet/utmattning orsakad av långvarig stressbelastning. Det finns viss evidens att en multidisciplinär intervention med samtalsterapi och mindfulness kan reducera antalet sjukskrivningsmånader. I Region Sörmland finns det ingen vårdplan för patienter med utmattningssyndrom.

Metod:

I denna studie gjordes en retrospektiv journalgranskning gällande patienter med utmattningssyndrom i syfte att utforska ålder, kön, behandling och sjukskrivningslängd/sjukdomsduration. Denna studie gjordes på Vårdcentralen Smeden i Eskilstuna mellan 2015-2017

Resultat:

Under 2015-2017 fick 113 patienter diagnosen utmattningssyndrom, vilket motsvarar 0,8 % av de ca 13000 listade patienterna på vårdcentralen. Av dessa 113 patienter var ca 80% kvinnor. Medeldurationen av sjukskrivningslängd var 275,5 dagar för männen och 361 dagar för kvinnorna, detta var ingen statistiskt skillnad (oberoende T-test, 2-tailed mellan medelvärdena, $p=0,333$). Ingen skillnad i sjukskrivningslängd kunde noteras mellan patienter som fått samtalsterapi och de som inte fått det (Oberoende T-test, 2-tailed, $p=0,067$). Det fanns däremot en skillnad i sjukskrivningslängd där den blev kortare ju tätare läkaruppföljning det var (Pearson korrelation 2-tailed, $p<0,001$).

Slutsats:

Resultatet talar för att tät läkaruppföljning kan förbättra omhändertagandet av patienter med utmattningssyndrom. Det fanns inte i denna studie någon skillnad i sjukskrivningslängd för patienter som fått samtalsterapi eller inte. Man bör i Region Sörmland ta fram en vårdplan för behandling av patienter med utmattningssyndrom.

Introduktion/bakgrund

Allmänt om sjukskrivning

Samhälle utvecklas ständigt tekniskt och ekonomiskt. Människor lever allt längre och vi botar idag sjukdomar vi tidigare inte gick att bota. Vi har även fått ökad ekonomisk standard.

Kostnaderna för psykisk ohälsa i Sverige är nästan 8 miljarder Euro eller 70 miljarder kronor enligt en OECD rapport 2013. Psykisk ohälsa är den vanligaste orsaken att personer i arbetsför ålder i Sverige står utanför arbetsmarknaden (1).

Sjuktalet¹ har mellan åren 2002 och 2010 sjunkit för både män och kvinnor, se diagram 1. Denna minskning tros bero på en kombination av lågkonjunktur med högre arbetslöshet och restriktiva förändringar i regelsystem som karensdag, sänkt ersättning första sjukveckan, som kan förstärka varandra (2). Det finns ingen enighet om vad de snabba svängningarna beror på, politiska förändringar i lagstiftning eller regelsystem, eller om arbetsgivare med hög personalfrånvaro uppmärksammat problemen och vidtagit åtgärder eller att de mest sjukfrånvarande i gruppen över 50 år pensionerats och ersatts av andra (3). Sedan 2010 har sjuktalet ökat igen och nu med större skillnad mellan könen igen. Och båda könen har minskat åter från 2016 (4).

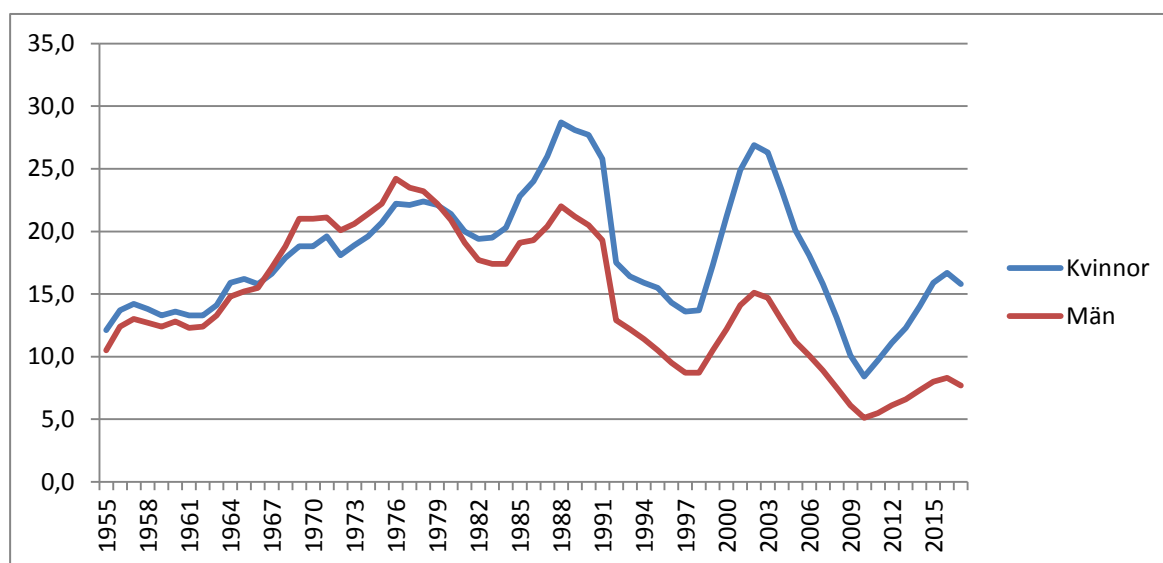


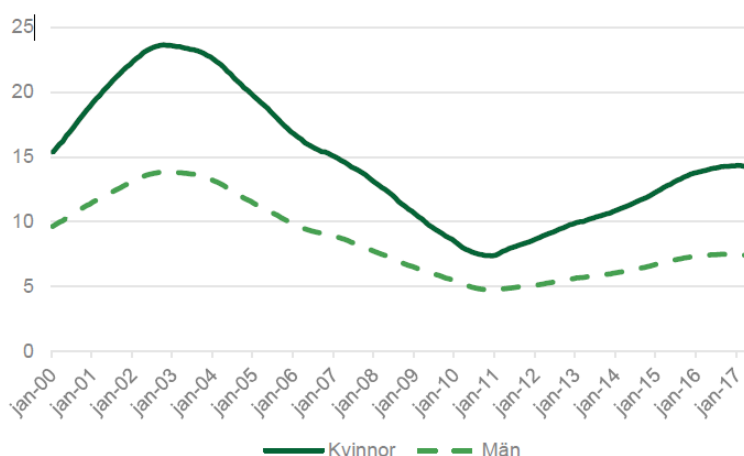
Diagram 1. Sjuktalet¹ 1955-2017.

¹ Sjuktalet tom. år 1997: Antal utbetalda dagar med sjukpenning per sjukpenningförsäkrad. Sjuktalet from. 1998: Antal utbetalda dagar med sjukpenning per registrerad försäkrad i åldrarna 16-64 år exklusive försäkrade med hel sjukersättning eller aktivitetsersättning (före år 2003 hel förtidspension eller helt sjukbidrag). Dagar med sjuklön från arbetsgivare ingår inte i sjuktalet. Arbetsgivaren betalar de första 14 sjukdagarna sedan år 1992, så siffror före och efter 1992 är inte helt jämförbara. Alla dagar räknas som EN dag oavsett om omfattningen är hel, halv osv.

Minskningen i sjuktalet från slutet av 2016 till 2017 har berott bl.a. på andelen avslag av Försäkringskassan, i beslut om sjukpenning stigit från runt 1 % till 3 % (5).

I september 2016 beslutade regeringen att sänka sjukpenningtalet² till högst 9,0 dagar i december 2020 (6), vilket skulle vara i nivå med sjukpenningtalet år 2013 (då cirka 8 dagar), och i nivå med andra jämförbara länder, och att nivån bedömdes rimlig av socialförsäkringsutredningen SOU 2015:21 (7).

De senare årens utveckling stämmer med ovanstående även med Försäkringskassans nya mått inom sjukförsäkringen, sjukpenningtalet (8), se diagram 2.

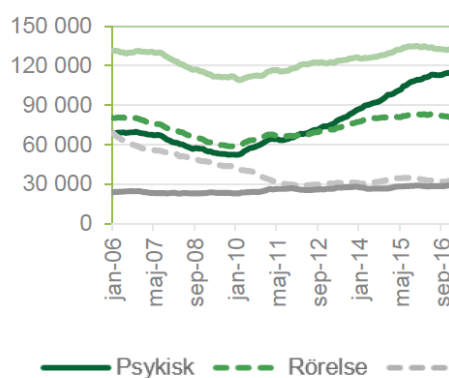


Källa: Försäkringskassan

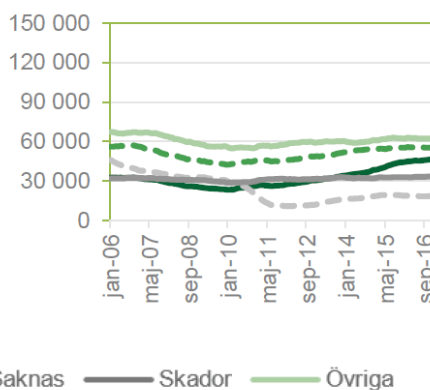
Diagram 2. Sjukpenningtalets utveckling för kvinnor och män, januari 2000-maj 2017.

Psykisk ohälsa har ökat, och då framför allt bland kvinnor (9), enligt diagram 3 och 4.

a) Kvinnor



b) Män



Källa: Försäkringskassans databas MiDAS.

² Antal utbetalda nettodagar (nettodagar innebär att partiellt ersatta dagar omräknas till heldagar) med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning eller rehabiliteringspenning per registrerad försäkrad (är alla svenskar och utländska medborgare som har fyllt 16 år och som är bosatta eller arbetar i Sverige. Antalet registrerade försäkrade mäts den sista i varje månad) i ålderna 16-64 år (exklusive försäkrad med hel SA = sjukersättning och aktivitetsersättning).

Diagram 3 och 4. Antal startade sjukfall 2006-2016 fördelat på de tre största diagnosgrupperna och övriga.

Allmänt om utmattningssyndrom

Hos Försäkringskassan är det svårt att statistiskt särskilja specifika diagnoser eftersom statistik endast förs på 3-ställig nivå, som t.ex. *F43 Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress*. Detta gör att diagnoserna inom den 3-ställiga diagnosen F43 inte kan analyseras i dess undergrupper, F43.0 Akut stressreaktion, F43.1 Posttraumatisk stressyndrom, F43.2 Anpassningsstörning, F43.8 Andra specificerade reaktioner på svår stress, F43.8A Utmattningssyndrom, F43.8W Andra specificerade reaktioner på svår stress än utmattningssyndrom, F43.9 Reaktion på svår stress, ospecificerad.

Av de i riket registrerade 5 888 679 försäkrade individer i åldern 16-64 år i december 2015, stod de psykiatriska diagnoserna, F00-F99 i december 2015, för 28 % av startade fall. F43 stod för 49 % av startade fall inom hela diagnosområdet F00-F99. För Eskilstuna var siffrorna 60 680 registrerade försäkrade individer, 25 % psykiatriska diagnoser F00-F99, F43 stod för 43 % av de totala psykiatriska diagnoserna (10).

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE) beskriver i sin kunskapsöversikt från 2015 (11) att spänt arbete, dvs höga krav med små kontrollmöjligheter, obalans mellan ansträngning och belöning, orättvisa och understimulering, rollkonflikter, mobbing och katastrofupplevelser, rationaliseringar, anställningsformer, yrken, skiftarbete och jourberedskap alla ökar risken för s.k. CMD (Common Mental Disorders, begrepp som används i internationell vetenskaplig litteratur, omfattar diagnoserna depression, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, specifika fobier, tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom).

Den tidigare använda diagnosen *Utbrändhet Z73.0* togs bort och diagnosen *Utmattningssyndrom F43.8* infördes och godkändes av Socialstyrelsen 2005-01-01 (12). Diagnosen används endast i Sverige och gör att kunskapsbasen är begränsad (12).

Vårdplaner för utmattningssyndrom

Anvisningar om hur patienter med utmattningssyndrom behandlades i Sörmland beskrevs tidigare i skriften "Behandling av affektiva sjukdomar hos vuxna 2006, Vårdprogram för landstinget Sörmland". Denna uppdaterades 2013. Då hade Primärvården och Psykiatrin skilts åt organisatoriskt. I reviderade utgåvan beskrivs inget om behandling av patienter med utmattningssyndrom. I den länsgemensamma vårdöverenskommelsen mellan Primärvården och Psykiatrin framtagen 2007-06-01 och som i senaste upplagan giltig från 2013-06-24 tom

2015-05-31 står att patienter med utmattningssyndrom utan komplikationer, som t.ex. svår depression skall skötas av Primärvården (13). Primärvården har inte några riktlinjer för behandling av utmattningssyndrom vare sig med eller utan komplikationer i dagsläget. Psykiatrien har inget skrivet om hur patienter med utmattningssyndrom med komplikationer ska behandlas. I Region Sörmland finns ingen vårdplan för utmattningssyndrom i dagsläget. Västra Götaland är ett av få landsting med ett vårdprogram för denna diagnos. Där har Institutet för Stressmedicin (ISM) beskrivit en modell av utmattningssyndromets förlopp. Förloppet börjar med att patienten går på högvarv för att upprätthålla samma funktionsnivå som tidigare, varefter kaos inträffar med mental och fysiskt sammanbrott med förlust av all energi, därefter infaller återhämtning då symtomen långsamt avklingar under behandlingen, därefter följer en nyorientering då patienten återhämtar funktioner och förmågor (14). Västra Götaland i samråd med ISM uppdaterade, i juli 2019, de Regionala medicinska riktlinjerna för Utmattningssyndrom. Där finns konkreta behandlingsriktlinjer, se bilaga A (15).

Behandling av utmattningssyndrom

Socialstyrelsen gjorde 2003 en sammanställning för underlag till samsyn av utredning, diagnostisering, behandling och rehabilitering av begreppet utmattningssyndrom (16). Där beskrevs bl.a. olika behandlingars evidens. Det finns evidens för *avspänningsmetoder* gällande friska personer men inte för utmattningspatienter. Detsamma konstaterade en tysk studie 2012, där evidensläget 2006-2011 beskrivs (17).

Angående *fysisk träning* såg Socialstyrelsen att det 2003 fanns evidens för positiv inverkan på psykiska hälsan för alla former för fysisk aktivitet (16).

Samtalsbehandling hade positiva effekter men nästan alla studier var preventiva behandlingsinsatser i arbetsrelaterade stressreducerande situationer. Socialstyrelsen konstaterade att ett strikt vetenskapligt underlag för att bedöma effekterna av samtalsbehandling saknades (16). Det kom en studie 2012, som gav stöd för positiv effekt på ”burnout” med *KBT-behandling* (17). Där framgick att av totalt 17 granskade studier behandlar 13 studier effekt av psykoterapi och psykosociala interventioner, och KBT leder till förbättring i sjukdomsläget i majoriteten av studierna.

Nyligen publicerade tidningen Allmänmedicin, som är en tidskrift för svensk förening för allmänmedicin, en artikel där SBU:s Upplysningstjänst hjälpt till med att bl.a. ta reda på vad primärvården bör göra för att rehabilitera dessa patienter (18). SBU:s Upplysningstjänst konstaterade redan 2015 detta då de besvarade en fråga om behandling och fann då att bara ett

fåtal studier fanns och SBU inte kunde göra en evidensgraderad sammanställning (19). I en av de ingående studierna konstaterades, som tidigare nämnts (17), att *beteendeterapi* har effekt vid tillståndet burnout, men det angavs inte hur mycket. I artikeln redovisades även svar från SBU: Upplysningstjänst där de redovisar studier om *arbetslivsinriktade insatser* vid utmattningssyndrom (20). Det finns få studier gjorda och behov av ytterligare forskning behövs. Det finns två studier som tittat på psykoterapi kombinerat med arbetsplatskontakt. Den ena studien (21) med 268 deltagare från 2013, återgick 67 procent av deltagarna till arbetet, som fick multidisciplinär intervention med samtalsterapi, mindfulness och frivillig arbetsplatsdialog, efter 3 månaders intervention. Av de som fick psykologsamtal, dvs. standardbehandling återgick 36 procent, och av de som bara stod på väntelista återgick 26 procent efter 3 månader. I den andra studien (22) från 2017, med 163 deltagare, jämfördes tre grupper, en som fick stresshanteringsintervention med KBT och frivillig arbetsplatsintervention, en som fick klinisk bedömning och en som inte fick någon klinisk bedömning. Skillnad i hur lång tid det tog att komma tillbaka till arbete var 15 veckor för första gruppen, 19 veckor för andra gruppen och 32 veckor för tredje gruppen. Momentet med den frivilliga arbetsplatsinterventionen alt. dialogen valdes bort av de flesta deltagarna i de båda studierna så det går inte att uttala sig om betydelsen av arbetsplatskontakt. I den nyligen utgivna boken Psykiatri för primärvården, (23) konstaterades det att utmattningssyndrom troligen är lätt att *förebygga* men desto svårare att behandla. Det föreslås att på arbetsplatser med flera sjukskrivningar p.g.a. utmattningssyndrom, planmässigt med hjälp av HR-avdelningen, enkäter och intervjuer skall arbeta förebyggande för att försöka ringa in personer i riskzonen. Det ansågs viktigt med ett tidigt samarbete mellan företagshälsovården och arbetsplatsen. Fokus bör ligga på återgång i arbete. Det talas även om vila i ett inledningsskede av sjukdomen med sjukskrivning, men även om psykologisk behandling, arbetsinriktad rehab och stresshantering. Det nämns även farmakologisk behandling med SSRI. Avslutningsvis konstateras att det inte finns särskilt mycket specialistkunskap i ämnet och att vården inledningsvis kan ske på vårdcentral och sedan vid behov remitteras till stressbehandlingsenhet.

Personlighet och utmattningssyndrom

Big five modellen av personlighet är välkänd, först utvecklad av McCrae & Costa (24).

Den beskriver en persons personlighet i fem dimensioner: Dimensionen **Samvetsgrannhet** som innehåller de s.k. facetterna Duglighet, Ordningssamhet, Plikttrogenhet,

Prestationssträvan, Självdisciplin och Eftertänksamhet. Dimensionen **Extraversion** som innehåller facetterna Tillgivenhet, Sällskaplighet, Självhävdelse, Vitalitet, Spänningssökande samt Gladlythet. Dimensionen **Öppenhet** som innehåller Fantasi, Estetik, Känslor, Aktiviteter, Tankar och Värderingar. Dimensionen **Neuroticism** med facetterna Ångest, Irritationsbenägenhet, Nedstämdhet, Självosäkerhet, Impulsivitet och Stresskänslighet. Samt slutligen dimensionen **Sympatiskhet** men Tillit, Rättframhet, Osjälviskhet, Följsamhet, Blygsamhet och Ömsinhet.

Det är ofta bättre att använda de s.k. facetterna än de större dimensionerna vid beskrivningar och testningar, för de stämmer ofta bättre (25).

Det börjar samlas en del forskning om personlighet och utmattningssyndrom. Bland annat fann Bianchi *et al.* (26) att hos neonatalsjuksköterskor i Australien att neuroticism och sympatiskhet relaterad till utmattningssyndrom (burnout). En annan intressant studie i Schweiz (27) visar att utmattningssyndrom (burnout) var mer kopplat till personlighetsdraget neuroticism än till arbetskontextuella faktorer. En svensk studie från Lund (28) fann att de som hade utmattningssyndrom enligt KEDS självskattningsskala hade högre poäng på neuroticism och öppenhet men lägre poäng på extraversion, sympatiskhet och samvetsgrannhet än personer som inte hade utmattningssyndrom. I en holländsk studie 2016 (29) konstateras att det viktigaste personlighetsdraget för utmattningssyndrom (burnout) var neuroticism.

Dessa studier pekar mot att personer som är mer neurotiska och öppna är mer drabbade av utmattningssyndrom. Och att dessa drag är oftare förekommande hos kvinnor. (30),

Syfte och forskningsfråga

Syftet med projektet var att kartlägga patientens, ålder, kön, yrke och hur många som drabbas av utmattningssyndrom. Vilken behandling i form av fysisk träning, information om sjukdomen, utbildning t.ex. sömnskola, läkemedel, samtal i form av KBT-behandling eller liknande som förekommer, även sjukdomslängd och sjukskrivningslängd som dessa personer får hos Vårdcentralen Smeden i Eskilstuna, och även läkares påverkan på sjukskrivningslängd och behandling.

Denna kartläggning var tänkt som en pilotstudie för en eventuellt framtida studie där olika behandlingar och dess betydelse för sjukdomstid och sjukskrivningslängd skulle undersökas. Men att då även funderar kring sårbarhet hos vissa individer beroende på personlighetstyp, olika arbetens stressvärden/stressbelastning och om det eventuellt skulle kunna gå att hindra

sjukdomen genom att personer kartlades, utbildades, ev. skyddades, eller följdes noga eller rent av inte utsätts för vissa arbeten.

Material och metod

Studien genomfördes på vårdcentralen Smeden som är en privat vårdcentral i Eskilstuna.

Vårdcentralen har ca 13000 listade patienter och där jobbade under 2015-2017, större delen av tiden 3 specialister, 4 ST-läkare, en underläkare och en AT-läkare, 9 sjuksköterskor men även sjukgymnaster, arbetsterapeut, kuratorer och undersköterskor (31).

Studien var en retrospektiv deskriptiv journalgranskande studie. Inklusionskriterier var patienter som fått diagnosen utmattningssyndrom F43.8A under 2015-01-01—2017-12-31 på Vårdcentralen Smeden för första gången eller även åter fått diagnosen. De patienter som fått diagnos tidigare och fortfarande var sjuka/sjukskrivna under 2015-2017 exkluderades.

Patienter identifierades med hjälp av rapportgeneratoren MedRave4, ur journalsystemet. Deras journaler granskades i journalsystemet NCS. Vid granskningen fylldes uppgifter om patienten och dennes sjukdomslängd, uppföljningslängd med mera in i ett Exceldokument. Uppgifter viktiga enligt ”Regionalt vårdprogram utmattningssyndrom Västra Götalandsregionen april 2010” togs med. Även uppgifter om sjukskrivande läkare, psykofarmaka och andra typer av behandling som kunde identifieras i personens journal togs med, se

Journalgranskningsprotokoll bilaga B.

Journalerna granskades av en person, först en gång för att fylla i protokollet, därefter ytterligare minst en gång för att komplettera det. Sjukskrivningens längd, uppföljningslängd och sjukdomslängd beräknades i Exceldokumentet. Personernas identitet i form av personnummer sparades i ett Exceldokumentet och varje patient tilldelades ett nummer.

Både uppföljningslängd och sjukdomslängd beräknades eftersom det kan befara att beräkningen av sjukdomslängd inte alltid kan göras pga. att patienten tillfrisknar och sedan inte genomför ett avslutande besök hos läkare vid tidpunkten för tillfrisknandet.

Sjukskrivningens längd beräknades i antal dagar från och med första dagen för sjukskrivning till sista dagen för sjukskrivning, med diagnosen utmattningssyndrom. Detta oavsett om personen var hel eller deltidssjukskriven. Om en person t.ex. varit sjukskriven från 2015-01-01 till 2015-01-31 motsvarar det 31 dagar och inte 22 (antal vardagar), inte heller 20 (antal arbetsdagar). Uppföljningslängden beräknades som antal dagar mellan första besök då patienten får diagnosen utmattningssyndrom till och med sista besök med denna diagnos på samma sätt.

Totalt granskades 153 journaler. Det slutliga antalet personer med utmattningsdiagnos var 113 st. Detta efter att ett antal journaler exkluderats på grund av att patienten fått diagnosen tidigare än 2015-01-01. Granskningen gjordes i Vårdcentralen Smedens lokaler i Eskilstuna. Granskningen gjordes uppdelat på flera enstaka dagar under höst 2018 och vår 2019. Vid ett tillfälle under hösten 2018 gjordes granskningen under fler sammanhängande dagar. Statistiska beräkningar gjordes i samarbete med statistiker från FoU-enheten centralt. Det som beräknades som gjordes var medelvärden, Chi2 tester, oberoende T-test 2-tailed mellan medelvärden, oberoende T-test och Pearson korrelationen 2-tailed, samtliga med statistisk signifikans $p < 0,05$.

Etiska överväganden och uppdragsgivning

Enligt de etiska regler och riktlinjer som finns om etikprövning i medicinsk forskning, skall enligt Lag 2003:460 och de ändringar som kom i lagen 2008 (32), behandling av känsliga personuppgifter bygga på grunden att ”forskning bara får godkännas om den kan utföras med respekt för människovärdet och att mänskliga rättigheter och grundläggande friheter alltid skall beaktas vid etikprövningen.”.

Enligt dessa grundläggande principer löpte inte de patienter, vars journaler har granskats, någon risk att skadas då de varken intervjuades, utsattes för provtagning, kontaktades eller besvärades på något sätt. Visserligen granskades deras journal att granskas av en person som i ett flertal fall inte har en vårdrelation med dem. Eventuellt skulle detta kunna uppfattas som kränkande men då granskaren har generell tystnadsplikt och av sina chefer fått skriftlig dokumentation om att studien skall genomföras för att i framtiden kunna ge bättre vård, är risken för att patientens människovärde eller mänskliga rättigheter inte respekteras eller kränks minimal. Däremot kan de eventuellt få en förbättrad behandling framöver tack vare den utbildande effekt granskaren får genom arbetet. Studien har dokumenterats i denna rapport och kommer även att redovisas, dels för kollegor på vårdcentralen och dels för kollegor inom länet.

Eventuellt kan denna sammanställning uppfattas som att frågetecken eller kritik riktas mot tidigare behandling eller behandlande läkare men att detta skulle kunna skada patienten nu eller framöver är sannolikt små.

Granskaren har kunnat identifiera patient och patientens behandlande och sjukskrivande läkare, men att detta skulle utgöra en någon risk för patienten bedöms som små.

Journalgranskaren skulle kunna dölja eller förringa egna misstag eller underlåtande i behandlingen av de egna patienterna men då inte granskaren har något sådant uppsåt utan snarare önskar förbättra sin egen kunskap och sina patienters behandling är risken ytterst små även här.

Data från journalerna sparades temporärt i ett Exceldokument, med lösenord och på dator med säkerhetsinloggning och password. Endast journalgranskaren hade tillgång till patientdata.

Efter rapportens godkännande förstördes alla dokument med patientdata.

Sammantaget ger de etiska övervägandena att ingen risk för patienten bedöms föreligga utan snarare att en eventuell vinst vid en framtida förbättrad behandling kan föreligga. Och i och med att denna pilotstudie inte kommer publiceras så det krävs inte någon speciell etikprövnings-ansökan.

Ett dokument var framtaget och signerat innan arbetet med granskningen startade, där det framgår att VD för Smeden Holding och vårdenhetschefen för Vårdcentralen Smeden ger i uppdrag till ST-läkaren att genomföra dessa journalgranskningar. Där framgår att journalgranskningarna görs dels i utbildningssyfte och dels i syfte att förbättra kvaliteten på vården inom enheten framöver.

Resultat

Beskrivning av studiepopulationen

Antal personer som fått diagnos utmattningssyndrom 2015-2017 var 113 stycken. År 2015 fick 36 personer diagnosen, 2016 fick 33 personer den och 2017 fick 44 personer diagnosen utmattningssyndrom någon gång.

Av de 113 personerna var 90 stycken, eller 80%, kvinnor och 23 stycken, eller 20%, män.

Andelen kvinnor var signifikant högre än andelen män (Chi2 test, $p < 0,00$).

Åldersfördelningen framgår av diagram 5 nedan. Där är andelen kvinnor signifikant högre än andelen män i åldrarna 30-39, 40-49, 50-59 och 60-69 år (Chi2 test, $p < 0,00$; $p < 0,00$; $p < 0,00$; $p < 0,02$).

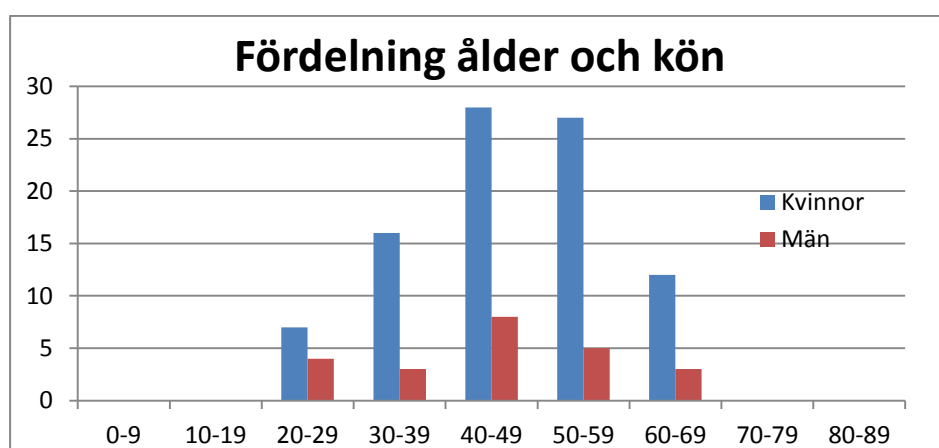


Diagram 5. Åldersfördelning av kvinnor och män som fått diagnos utmattningssyndrom 2015-2017.

I diagrammet ovan framgick även att det är flest av både kvinnor och män i åldersgruppen 40-49 år, tätt följt av åldersgruppen 50-59 år.

Antalet personer som fick diagnos 2015 var 36, 30 kvinnor och 6 män, 2016 var det 33 personer, 26 kvinnor och 7 män, och 2017 var det 44 personer, 34 kvinnor och 10 män.

Fördelningen för de olika åren åldersmässigt och mellan kön framgår av diagram 6 nedan.

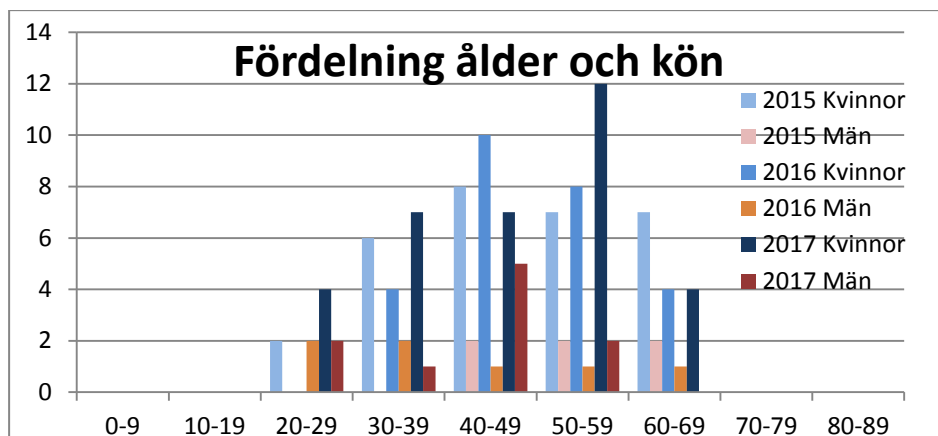


Diagram 6. Åldersfördelning av kvinnor och män för respektive år 2015, 2016 och 2017.

Sysselsättning/yrke representerade bland de sjukskrivna, framgår av nedanstående lista:

- | | |
|------------------------|-------------|
| 1. arbetssökande | 13 personer |
| 2. förskollärare | 9 personer |
| 3. USK | 8 personer |
| 4. SSK | 6 personer |
| 5. lärare | 6 personer |
| 6. chef | 6 personer |
| 7. socialsekr/socionom | 6 personer |
| 8. administration | 4 personer |
| 9. personlig assistent | 3 personer |

Dessa ovanstående utgjorde 61 personer av de totalt 113 personerna. Efter denna lista följer ett antal sysselsättningar/yrken med 1-2 personer, samt ett stort antal personer där sysselsättning eller yrke inte klart framgår som t.ex. handläggare, utredare, lager, ekonom, säljare, biträde, timvikarie, telefonist, informatör, konsult, utbildare, förvaltare.

Vanliga andra diagnoser bland de med diagnos utmattningsdiagnos var följande, depression 31 personer, ångest 29 personer, stress 19 personer, myalgi/fibromyalgi 18 personer, trötthet 18 personer, smärta 17 personer, ryggvärk 16 personer, utmattning 15 personer (dvs personerna har haft utmattningssyndrom även tidigare), sömnstörningar 7 personer, ADHD 5 personer. Det skall dock påpekas att här har endast andra diagnoser för åren 2015-2017 medtagits, och att en person kan ha flera andra diagnoser.

Avvikande labbprover förekom mycket sällan i journalerna, endast några enstaka gånger fanns det registrerat. Exempel på avvikande labbprover är TSH, glu och Hb.

Avvikelser i psykstatus förekom relativt ofta men då bara med sänkt stämningsläge och gråt som angiven avvikelse, andra avvikelser endast någon enstaka gång.

Behandling

Patienternas behandling i form av kartläggning av stresskällor identifierades i endast 4 fall. I journaltexten förekom beskrivningar av tänkbara stressorer som gör att arbete kunde identifieras som trolig stressorer i 32 fall och familj som tänkbar i 16 fall.

Identifiering av patientens egna resurser och stödjande faktorer fanns i enstaka omfattning angivna

Samtalsterapi eller samtal i någon form kunde identifieras i journaltext och i bedömningar hos 44 patienter. Det har inte gått att mer i detalj få fram typ av samtal/terapi utom i enstaka fall, eller vilka mål samtalen haft, eller hur målen uppnåtts, eller vilken effekt samtalen haft.

I 12 fall fanns det i journalerna angivet diskussion om fysisk träning med patienten på besöket. Om patienten verkligen genomförde fysisk träning går inte att se av dokumentationen. I 11 fall fanns dokumenterat diskussion om stresshantering med patienten. Uppföljning och utfall av diskussionen kunde inte följas.

Det har inte kunnat identifieras i något fall om arbetsplatsen sedan varit föremål för åtgärder, såsom t.ex. arbetslivsinriktad rehabilitering eller arbetsplatsanpassning till patientens kognitiva och fysiska förmåga. Kontakt från vårdens sida med arbetsgivaren fanns angiven i 27 fall. Det gick inte att få klarhet i uppföljning och utfall.

Sömnskola fanns inte angivet som behandling för någon patient.

Läkemedelsbehandlingar som de 113 patienterna har fått är framför allt SSRI, sömnläkemedel och PPI, men även läkemedel mot diabetes, blodtryck och KOL/astma förekom. Det är dock en mycket liten andel av patienterna som fått respektive läkemedel.

Det framgick att endast 10 patienter, av de totalt 113 patienterna inte varit sjukskrivna.

Antalet personer med ingen, respektive olika antal månaders sjukskrivningslängd framgår av diagram 7 nedan.

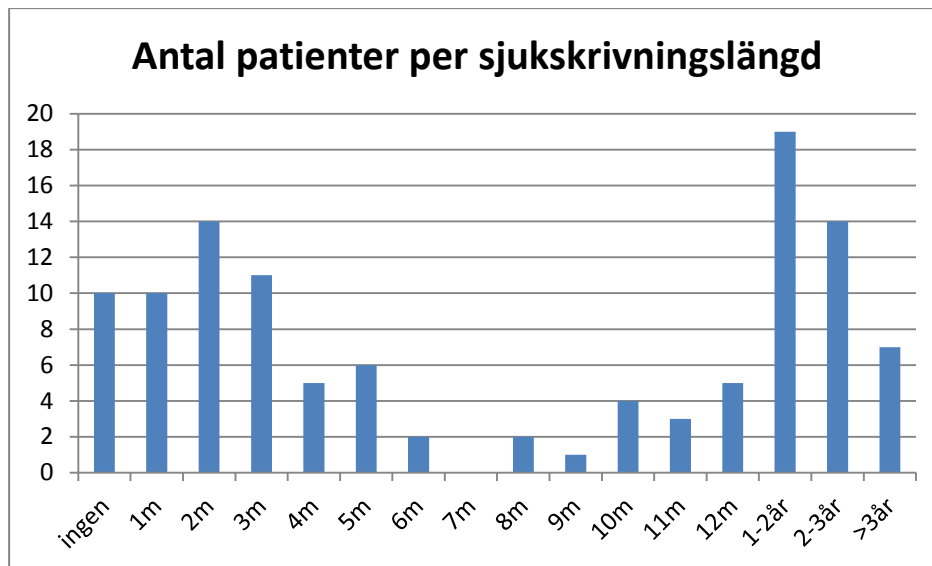


Diagram 7. Antal patienter per sjukskrivningslängd 2015-2017.

Mäns medelvärde på sjukskrivningslängd var 275,5 dagar och kvinnornas medelvärde på sjukskrivningslängden var 361,0 dagar. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan män och kvinnors sjukskrivningslängd (oberoende T-test, 2-tailed mellan medelvärdena, $p=0,333$). Andelen sjukskrivna män fördelat per sjukskrivningslängd skiljde sig inte från andelen kvinnor (oberoende T-test, $p=0,335$; $p=0,129$), enligt diagram 8 nedan.

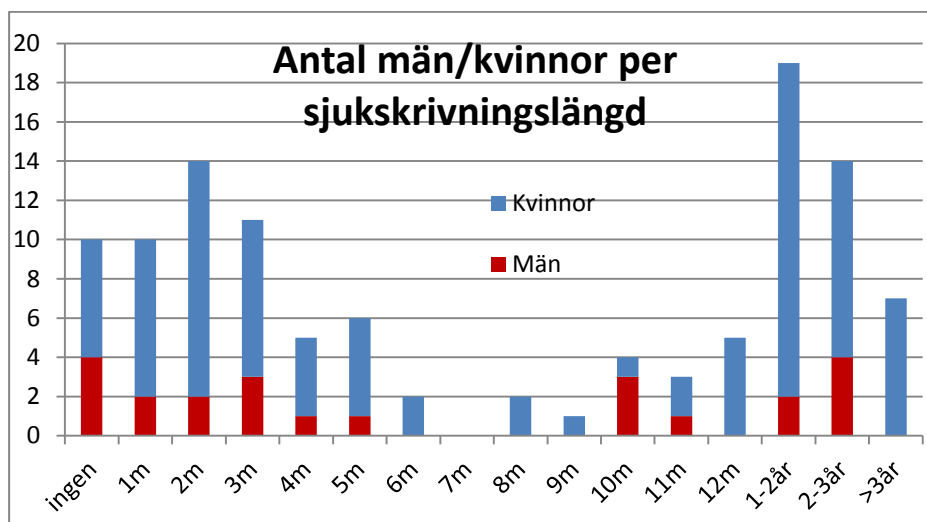


Diagram 8. Antal män och kvinnor per sjukskrivningslängd.

En persons sjukskrivningslängd och om personen haft samtalsterapi eller inte haft samtalsterapi framgår av diagram 9 nedan.

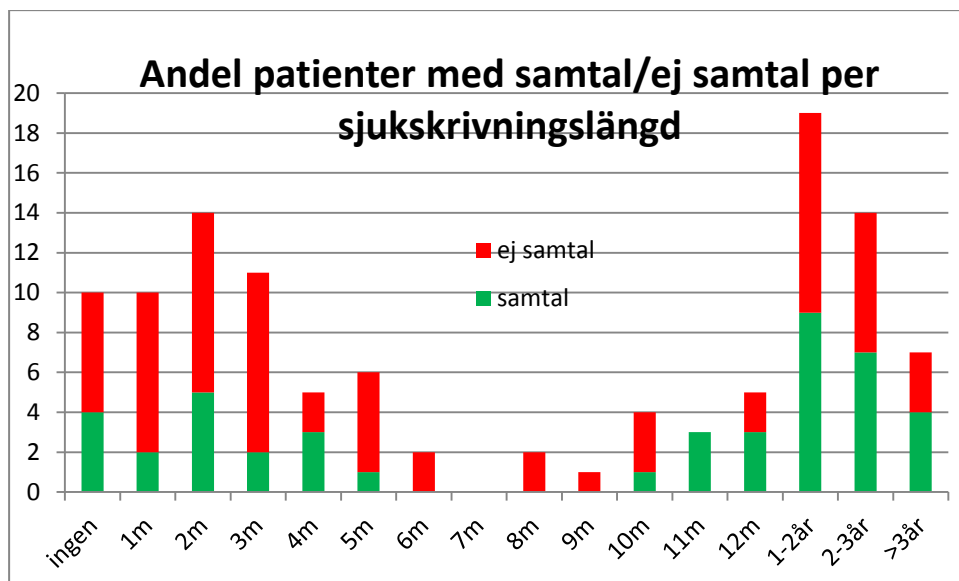


Diagram 9. Antal patienter med samtal, resp. utan samtal uppdelat per sjukskrivningslängd.

Patienternas kön och om de haft samtal eller inte haft samtal framgår av diagram 10 och 11 nedan.

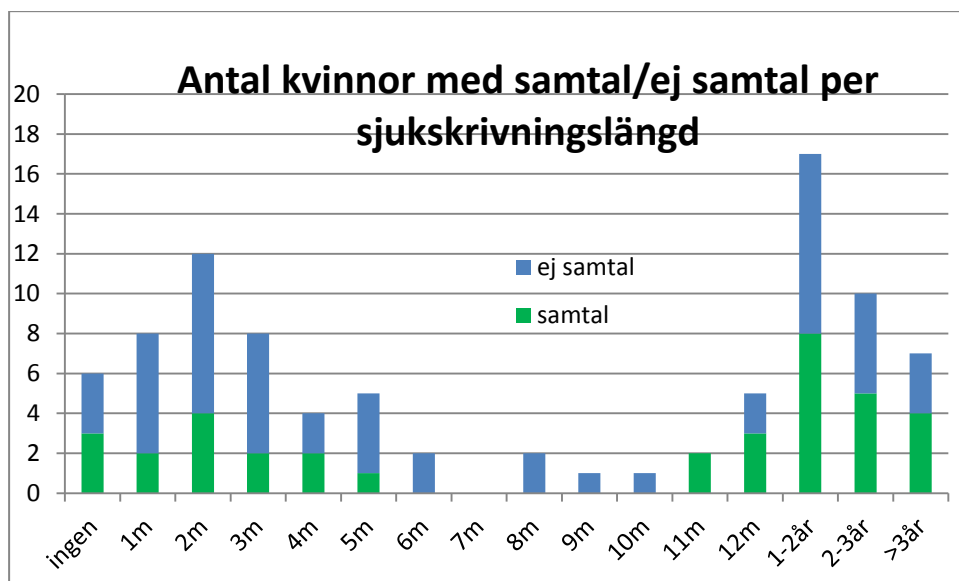


Diagram 10. Antal kvinnor med samtal, resp. utan samtal uppdelat per sjukskrivningslängd.

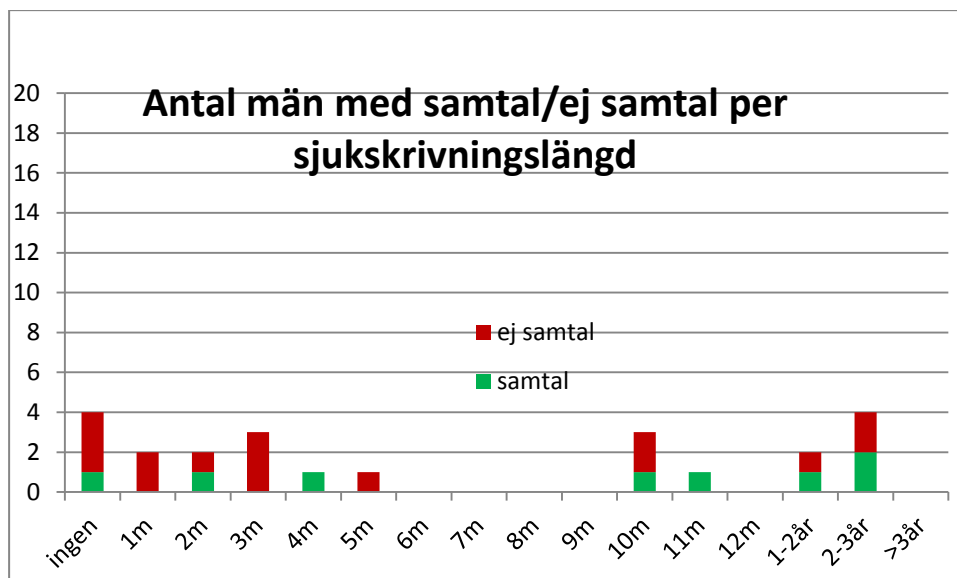


Diagram 11. Antal män med samtal, resp. utan samtal uppdelat per sjukskrivningslängd.

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan sjukskrivningslängd hos personer som fått och de som inte fått samtal (Oberoende T-test, 2-tailed, $p=0,067$). Det fanns inte heller någon signifikant skillnad mellan sjukskrivningens längd hos män som fått samtal och män som inte fått samtal. Och det fanns inte heller någon signifikant skillnad i sjukskrivningens längd mellan kvinnor som fått samtal och kvinnor som inte fått samtal.

Längd på sjukskrivningen korrelerade med antalet dagar mellan uppföljningarna. D.v.s. ju kortare mellan uppföljningarna desto kortare sjukskrivning. Korrelationen var signifikant (Pearson korrelation 2-tailed, $p<0,001$). Detta framgår av diagram 12 nedan.

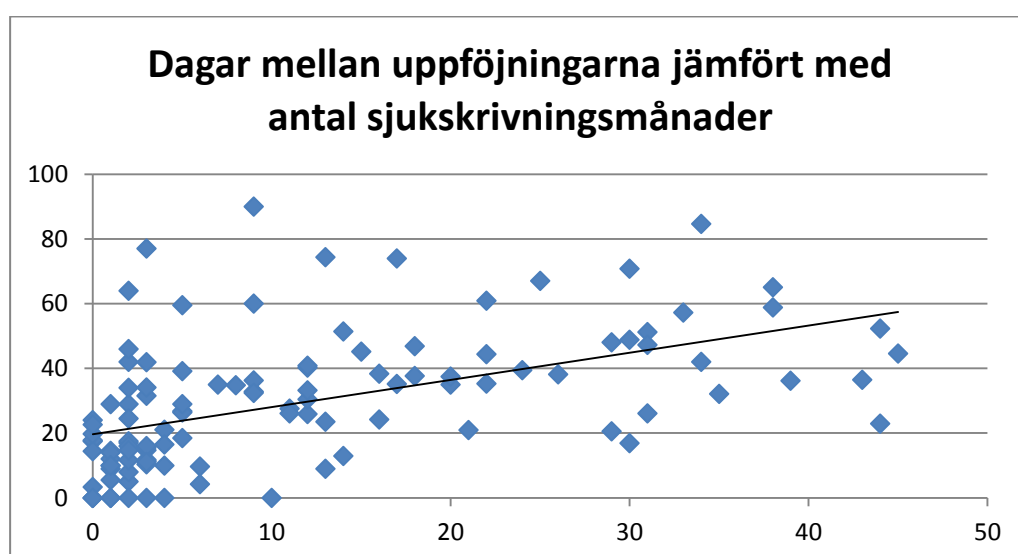


Diagram 12. Antal dagar mellan uppföljningarna (y-axel) jämfört med antal månaders sjukskrivning (x-axeln).

Endast i undantagsfall har patienten fått fylla i självskattningsskalor om psykiskt mående. Endast 18 patienter har fått göra HAD självskattningsskala (Hospital Anxiety and Depression scale), 7 patienter har fått göra MADRS självskattningsskala (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale) och 7 patienter KEDS självskattningsskala (Karolinska Exhaustion Disorder Scale).

Läkares inverkan

Sjukskrivningslängd hos patienterna per läkare (1 färg/läkare) framgår av diagram 13 nedan.

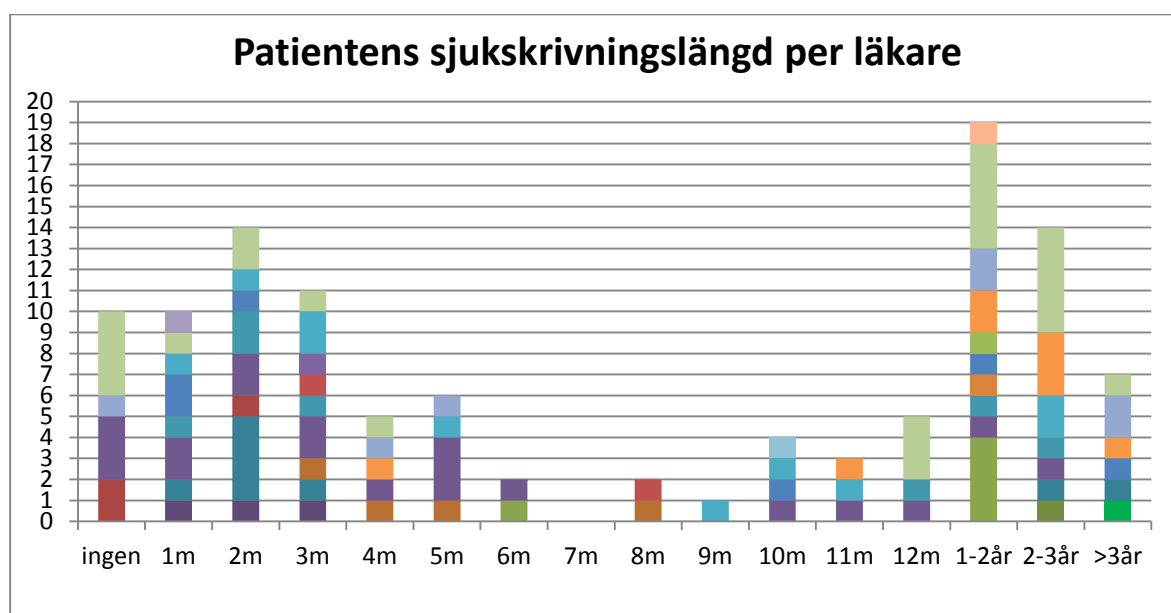


Diagram 13. Sjukskrivande läkare (en färg per läkare) och antal patienter s sjukskrivningslängd.

Medelvärde av längd (antal dagar) mellan uppföljningarna skiljde sig mellan de olika läkarna enligt diagram 14 nedan. Medelvärde av sjukskrivningslängd i dagar för patienten skiljde sig mellan de olika läkarna enligt diagram 15 nedan.

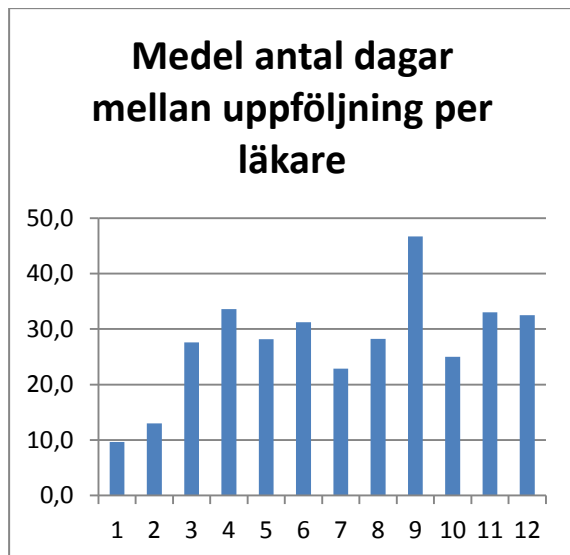


Diagram 14. Medelvärde av dagar mellan uppföljning per läkare, dagar y-axel, läkare x-axel.

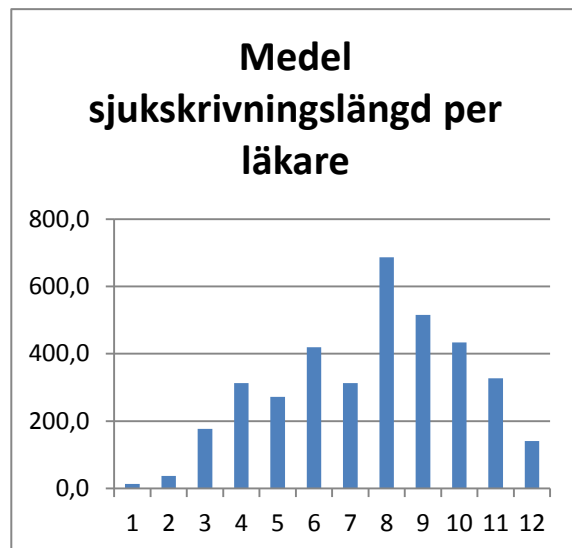


Diagram 15: Medelvärde av patienters sjukskrivningslängd för olika läkare, sjukskrivning y-axel, läkare x-axel

Diskussion

Det viktigaste som framgår av studien är att ju tätare uppföljningar läkaren gjort desto kortare blev sjukskrivningslängden. Detta framgår även av tidigare forskning (15) att i början bör patienten följas upp relativt ofta, det föreslås var 2-4 vecka, och att det sedan kan glesas ut till var 4-8 vecka för uppföljning. Det är en enkel åtgärd att ha tätare uppföljning. Givetvis kan detta leda till undanträngning av annan kontakt med patienter men med ett samhällskostnadsperspektiv borde det vara en riktig prioritering att följa upp dessa patienter tätare.

Studiepopulationen

Det var signifikant fler kvinnor som var sjukskrivna för utmattningssyndrom än antal män i alla åldergrupper utom 20-29 åringar. Detta är känt tidigare (8) att kvinnor oftare är sjukskrivna och oftare har psykiska diagnoser än män (9). Intressant i denna sammanställning är att i åldersgruppen 20-29 år noterades ingen signifikant skillnad mellan män och kvinnor. Det är känt att kvinnor oftare har de personlighetstyper som oftare får diagnosen utmattningssyndrom (30). I studien framkommer att många drabbade patienter har yrken som sköterska, undersköterska, personlig assistent, lärare, förskollärare, som till stor del är yrken dominerade av kvinnor. Är det så att kvinnor eller personer med personlighetstyper högt på neuroticism oftare väljer den typ av yrke som framkommit i denna studie, s.k. kvinnoyrken? Kan det vara så att personer med denna typ av personlighet oftare anställs inom dessa yrken? Kan det till och med vara så att denna typ av personlighet passar bättre/är bättre på dessa yrken?

Behandling

Tidigare forskning (15) har funnit att i värsta fall kan det ta ett par år innan patienten kan återgå i någon form av arbete. I detta material var sjukskrivningslängden en U-formad kurva. Och då med väldigt få personer som var sjukskrivna 6-9 månader, men även relativt få för perioden 4-12 månader. Varför såg kurvan ut så? Är personerna till vänster i den U-formade kurvan verkligen rätt diagnostiserade med utmattningssyndrom? Kan någon verkligen bli frisk på 1-4 månader?

Av de totalt 45 personerna med 0-3 månaders sjukperiod kan den korta sjukskrivningen förklaras för 17-20 personer eller 35-45%. Det handlar om pensionering, avflyttning, FHV tog hand om sjukskrivning, Försäkringskassan godkänner inte de första sjukintygen, och patienten får en annan diagnos. Resterande 55-65% kan vara fel diagnos eller ovanligt snabbt tillfrisknande.

Det är möjligt att 25-28 personer av de totalt 113 personerna, eller 22-24%, som fått diagnosen 2015-2017 skulle ha en felaktig diagnos. Det behövs troligen en utbildningsinsats gällande kriterier för, och behandling av utmattningssyndrom.

I studien har det inte gått att se att samtal skulle minska sjukskrivningens längd. Givetvis kan inte utesluta att med mer strukturerad uppföljning/journalbeskrivning hade kunnat särskilja om det hade hjälpt dessa patienter.

I vilken utsträckning olika läkemedel har hjälpt patienten i behandlingen har inte gått att fastställas. Det kan dock konstateras att SSRI, sömnmedel av olika slag och PPI är de vanligaste läkemedlen som används till denna grupp patienter.

Det är anmärkningsvärt att Region Sörmland inte har någon behandlingsplan med för utmattningssyndrom. Med konkreta råd vad gäller t.ex. längd mellan uppföljningar kan man nå positiva effekter med kortare sjukskrivning.

Läkares inverkan

Det gick inte att särskilja olikheter i behandling av patienter hos olika läkare.

Det framgick dock att olika läkare har olika längd på sina resp. patienters sjukskrivning.

En del läkare hade flera av sina utmattningspatienter i denna kortare sjukskrivningsperiod.

Det kunde även konstateras att alla läkare hade någon av sina patienter i denna kortare sjukskrivningsperiod. Om det nu var så att en del av dessa patienter hade fel diagnos har då även flera läkare ställt fel diagnos. Det borde betyda att det är svårt eller till och med mycket svårt att ställa rätt diagnos. En av anledningarna till att en ny definition gjordes och nya diagnoskriterier för utmattningssyndrom togs fram 2005 (12) var att göra diagnossättning mindre svårt. Bättre och tydligare hjälpmedel behövs, men troligen även ytterligare utbildning/fortbildning inom området. Där måste även göras djupare analys av vilka hjälpmedel som behövs.

Slutsatser, styrkor/svagheter och fortsatt forskning

Några slutsatser kan dras av studien. För det första, ju tätare uppföljning desto kortare blir sjukskrivningslängden för patienten. För det andra, att det är svårt att ställa rätt diagnos på dessa patienter.

Det finns en del svagheter med studien. Den största bristen var att journaltext ofta var kortfattad och inte uppställd enligt de kriterier som ställts i efterhand. Det finnas troligen mycket som inte kommit med i journalanteckningarna men som hade varit med om besöken spelats in på video istället med både text och bild. Då blir journalerna troligen för omfattande och svåröversiktliga istället. Det är en svår balansgång. De behandlingar som patienterna

fått var inte så noggrant angivna som vore önskvärt, t.ex. typ av samtalskontakt, hur samtalen gjorts, om det var KBT eller ACT eller någon annan beprövad metod, vad samtalen hade för mål, om de uppnåddes. Även fysisk träning kunde ha varit mer utförligt beskrivet.

Styrkor med studien är att den reser många frågor. Varför finns ingen behandlingsplan i Sörmland? Det är svårt att sätta diagnosen utmattningssyndrom, svårt att behandla, då borde det vara viktigt med bra hjälpmedel för läkare, som t.ex. riktlinjer, fungerande team inom öppenvården, inom länet, men även inom vårdcentralen. Det borde finnas beskrivning på t.ex. hur mycket tid ett första besök borde ta, vilka hjälpmedel vi borde använda, hur lång tid för uppföljningsbesök eller uppföljningssamtal per telefon, och hur ofta vi följer upp och hur lång tid mellan uppföljningar.

En annan styrka är att studien tittade på hur vi gör idag, 2015-2017. Utan denna kunskap kan vi inte lära oss, justera och göra bättre framöver.

Många frågor återstår att besvara. Det behövs mycket mer forskning på området både vad det gäller behandling men även om förebyggande arbete. Några intressanta områden att gå vidare med är hur och när bör det sökas efter/hittas sårbarhet i form av personlighetsdragen neuroticism och öppenhet. Men även vad ska/kan åtgärdas då. Det är väldigt viktigt att jobba förebyggande eftersom det ofta tar lång tid att tillfriskna och komma tillbaka till arbete efter att patienten insjuknat och fått en diagnos.

Framöver med de stora utmaningar som en åldrande befolkning ger, kommer det att behövas många och kompetenta personer inom de sjukdomsbehandlande och omvårdande yrkena.

Bilaga A, Västra Götalands Regionala medicinska riktlinjerna för Utmattningssyndrom

- Identifiera de viktigaste källorna till stressbelastningen, både privat och i arbetet. Det kan t.ex. vara relationskonflikter privat, vård av närstående/barn, krav i arbetet, brist på egenkontroll, kränkande särbehandling.
- Identifiera resurser och stödjande faktorer. Här är det viktigt att arbeta teambaserat och i samarbete mellan olika enheter. Det är även viktigt att åtgärderna individualiseras efter patientens situation och symtom.
- Rådgivande samtal är viktigt att sätta in tidigt. Det kan vara relativt enkla saker som råd för kontrollen, återhämtning och alkohol.
- Fysisk aktivitet och stresshantering. Arbetsterapeut och sjukgymnast måste hjälpa till med fysisk aktivitet enskilt eller i grupp. Och då är det viktigt att göra både vanliga dagliga saker som städa, handla och arbeta i trädgården som att träna. Även aktiviteter som kroppskännedom och avslappningsträning är bra. Här är det viktigt att i de fall stressbelastningen kommer från jobbet måste åtgärder sättas in där.
- Sömnskola är i de flesta fall viktig, enskilt eller i grupp.
- Psykoedukation/psykoterapi. Med hjälp av dessa metoder skapas, tidigt i förloppet, en struktur i vardagen, och balans mellan aktivitet och återhämtning. Senare kan även KBT och IPT (interpersonell psykoterapi) bli aktuella.
- Läkemedel. Antidepressiva läkemedel kan erbjudas om depression och/eller ångest förekommer. Även läkemedel mot sömnstörning kan behövas. Däremot skall inte Bensodiazepiner användas.
- Arbetslivsinriktad rehabilitering. Här har rehab-koordinatören en viktig funktion för kontakt med arbetsgivare och Försäkringskassan. Arbetsgivaren är mycket viktig för planering av arbetsåtergång då t.ex. arbetsuppgifter måste anpassas till patientens kognitiva och fysiska förmåga.
- Sjukskrivning. Hjälp finns att få av Socialstyrelsens Försäkringsmedicinskt beslutstöd. Vid uttalat utmattningssyndrom med påtaglig funktionsnedsättning är heltidssjukskrivning lämpligt. Detta för att minska kraven och se till att möjlighet till återhämtning ges.
- Uppföljning. Bör ske regelbundet av patienten hos behandlaren och en första uppföljning redan efter 2–4 veckor. Därefter kan det vara bra med uppföljning var 4-8:e vecka tills patienten återgått i arbete. Viktiga punkter att ta upp vid återbesöken är :
 - aktuella symtom
 - medicinering
 - levnadsvanor
 - eventuell remiss till annan kompetens

Bilaga B, Journalgranskningsprotokoll

Kön: Kvinna ☐ Man ☐

Ålder:

Uppföljningslängd: Startdatum: Slutdatum: Antal kalenderdagar:

Sjukdomslängd: Startdatum: Slutdatum: Antal kalenderdagar:

Antal uppföljningar under sjukdomsperioden: Antal.....

Andra diagnoser innan/under uppföljning:.....

Andra behandlingar (ej relaterad till utmattningsyndrom):

Labbprover tagna som avvikit från normalvärden:

Psyckstatus: Avvikelse i status.....

HAD: MADRS:

Andra skattningsskalor:

Behandling:

Finns behandlingsplan: Ja ☐ Nej ☐, upprättad tillsammans med patienten: Ja ☐ Nej ☐

Patientens copingstrategier kartlagda: Ja ☐ Vilken/a:Nej ☐

Medicinering: Ja ☐ Läkemedel; Indikationer: Nej ☐

Sjukskriven: Ja ☐ Startdat: Slutdatum: Antal kalenderdagar:..... Nej ☐

Hel/delsjukskriven: Beskriv:

Antal faktiska sjukskrivningsdagar (2 x halv=1 hel): Inte sjukskriven ☐

Kontakt med patientens arbetsgivare: Ja ☐ Nej ☐ Arbetslös ☐

Kontakt med patientens företagshälsovård: Ja ☐ Nej ☐ Arbetslös ☐

Är information given till pat om: sjukdom ☐ beh ☐ egenvård ☐ annat:Vet ej ☐

Är stressfaktorer identifierade: Ja ☐ nämligen: Nej ☐

Är fysisk träning startad: Ja ☐ nämligen:Nej ☐

Är aktivering med dagliga aktiviteter påbörjad: Ja ☐ nämligen:Nej ☐

Har patienten fått psykoterapi: Ja KBT ☐ Ja annan ☐ nämligen:Nej ☐

Har patienten behandlats med stresshanteringsmetoder, ex mindfulness el dylikt: Ja ☐ Nej ☐

Har patienten genomgått sömnskola: Ja ☐ Nej ☐

Egna kommentarer:.....

.....

.....

Referenslista

1. OECD (2013), Mental Helth and Work: Sweden, OECD Publicing.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en>
2. Försäkringskassan. Socialförsäkringsrapport 2011:3, ”Hade vi en sjukskrivningsepidemi? Utveckling och orsaker”, Ulrik Lidwall Karolinska Institutet och Försäkringskassan.
3. DN Debatt 2014-11-08. ”Skenande sjukskrivningar hotar om ingenting görs”. Jan Rydh.
4. Sjuktalet_kon.xls. Statistik från försäkringskassan: Ohälsomått: Sjuktalet
<https://www.forsakringskassan.se/privatpers/tjanster/sok/#/?sokord=sjuktalet 2018-01-25>
5. Tankesmedjan Balans, Sverige blir friskare! Eller? Trenden bruten – färre sjukskrivs. Onsdag 24 maj 2017. <http://tankesmedjanbalans.se/sjuktal/> 2018-02-09.
6. Regeringsbeslut I:7 2016-12-20 Socialdepartementet, Regleringsbrev för budgetåret 2017 avseende Försäkringskassan.
7. Vägen till ett sjukpenningtal på 9,0 dagar.
https://www.forsakringskassan.se/omfk/vart_uppdrag/vagen_till_9_0 2018-02-09.
8. Socialförsäkringsrapport 2011:6, ISSN 1654-8574. Försäkringskassan.
9. Socialförsäkringsrapport 2017:13, ISSN 1654-8574. Försäkringskassan.
10. Psykisk ohälsa (Korta analyser 2016:2) bilaga 2. ISBN 976-91-7500-394-B, FK-nr 166-4. Försäkringskassan.
11. En kunskapsöversikt Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. FORTE: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd. 2015.
12. Socialstyrelsen. Ändringar i och tillägg till Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (KSH97) – systematisk förteckning Kumulativ lista 1997-2011.
13. Landstinget Sörmland Hälso- och sjukvård. Länsgemensam vårdöverenskommelse primärvård och psykiatri. Version 2.0, giltig from 2013-06-24 tom 2015-05-31. Diarienummer: LSN-HSF13-215 PVN-HSF13-062.
14. Västra Götalandsregionen. Regionalt vårdprogram – Utmattningsyndrom Västra Götalandsregionen april 2010.
15. Västra Götalandsregionen. Regional medicinsk riktlinje. Utmattningsyndrom (UMS), giltig till juli 2019.

16. Socialstyrelsen, underlag för experter. Utmattningssyndrom– Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm, 2003. Artikel nr: 2003-123-18, ISBN 91-7201-786-4.
17. Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapy of the burnout syndrome. GMS Health Technol Assess. 2012;8:Doc05. DOI: 10.3205/hta000103, URN: urn:nbn:de:0183-hta0001039.
18. Allmänmedicin, tidskrift för förening för allmänmedicin, nr 3 2018 årgång 39, sid 41-43.
19. SBU Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Behandling av stressrelaterade sjukdomar med fokus på maladaptiv stressreaktion och utmattningssyndrom. Svar från SBU:s upplysningstjänst. Stockholm:2015.
20. SBU Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Arbetslivsinriktade insatser vid utmattningssyndrom. Svar från SBU:s upplysningstjänst. 2018:1-14.
21. Netterstrom B, Friebel L, Ladegaard Y. Effects of a multidisciplinary stress treatment programme on patient return to work rate and symptom reduction: results from a randomized, wait-list controlled trial. Psychother Psychosom. 2013;82:177-86.
22. Dalgaard VL, Aschbacher K, Andersen JH, et al. Return to work after work-related stress: a randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. Scand J Work Environ Health. 2017;43:436-46.
23. Eklundh, T. (2018). Psykiatri för primärvården (upplaga 1:2). Lund: Studentlitteratur.
24. McCrae RR, Costa PT. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. J Pers Soc Psychol 1987; 52:81.
25. Psykologiska test, Personlighetstest, Vad mäter personlighetstester? Five modellens fem dimensioner. <http://www.psykologiskatest.se/personlighetstest/> 2019-01-22
26. Barr P. The five-factor model of personality, work stress and professional quality of life in neonatal intensive care unit nurses. J Adv Nurs. june 2018;74(6):1349-58.
27. Bianchi R. Burnout is more strongly linked to neuroticism than to work-contextualized factors. Psychiatric Res. December 2018;270:901-5.
28. Persson R, Österberg K, Viborg N, Jönsson P, Tenenbaum A. Two Swedish screening instruments for exhaustion disorder: cross-sectional associations with burnout, work stress, private life stress, and personality traits. Scand J Public Health. june 2017;45(4):381-8.
29. van der Wal RAB, Bucx MJL, Hendriks JCM, Scheffer G-J, Prins JB. Psychological distress, burnout and personality traits in Dutch anaesthesiologists: A survey. Eur J Anaesthesiol. march 2016;33(3):179-86.

30. Gjolla E. M., Kajonius P. J., Sex differences in personality are larger in gender equal countries: Replicating and extending a surprising finding. *International Journal of psychology*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijop.12529>
31. Vårdcentralen Smeden. Om koncernen. <http://www.smedhalsan.se/om-koncernen>. 2015-10-22.
32. CODEX regler och riktlinjer för forskning. Om forskningsetik - Medicinsk forskning <http://codex.vr.se/forskningmedicin.shtml>. 2015-10-22.