

Autonoma symtom - diagnosövergripande hälsostörning

Curt Nyström¹ och Orvar Nyström²

¹Överläkare, med dr. Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Område 2. Verksamhetsområdet Psykiatri Mölndal. Mölndals Sjukhus. 431 80 Mölndal. ²Överläkare. Riksförsäkringsverkets Sjukhus i Tranås. 573 81 Tranås

Personer med långdraget förlopp i sin sjukdom tillsammans med begränsad arbetsförmåga aktualiseras för en försäkringsmedicinsk utredning. 1534 konsekutivt utredda personer har i denna studie besvarat Stress and Crisis Inventory -93, SCI-93, som kartlägger autonoma symtom och krisreaktion. Kartläggningen dokumenterade hos de utredda personerna närvaron av autonoma symtom i anmärkningsvärd omfattning. Denna manifestation av diagnosövergripande autonoma symtom har inte uppmärksamats och medicinskt värderats i tidigare genomförda utredningar.

Abstract: Traditional medical evaluation has been performed in 1534 disabled patients with limited working capacity. However, the limitation was not possible to explain as a reasonable effect of identified medical syndromes or diseases. Therefore, the patients were referred to the National Social Insurance Board Hospital in Tranås for further examinations. These included consecutively charting of autonomous symptoms and crisis processes with the Stress and Crisis Inventory -93. It is a self-questionnaire based on crisis models. The results indicated a significant presence of autonomous symptoms not identified in former examinations. Autonomous symptoms was significantly more pronounced in the patient group (n=1534) compared to a healthy reference group (n=100). The presence of significant autonomous symptoms together with former diagnoses can reliably be measured.

Bakgrund

Under senare delen av 1990-talet ökade sjukfrånvaron i Sverige dramatiskt. På bara några få år mellan 1997 och 2000 mer än fördubblades antalet sjukpenningdagar, vilket väckte ett politiskt engagemang för att komma tillrätta med utvecklingen (1). Psykisk ohälsa i vid mening har ökat både i Sverige och i Europa (2) och har kommit att

alltmer konkurrera med rörelseapparatens sjukdomar som dominerande grund för sjukskrivning (3). I båda fallen domineras de kliniska sjukdomsmanifestationerna av individens upplevda symptom samtidigt som dokumenterbara ”objektiva fynd” i stor utsträckning saknas (1).

Lagen om allmän försäkring, AFL, har under 1990-talet förtydligats och skälet för detta har varit ”att renodla det medicinska sjukdomsbegreppet”. Försäkringsmedicinskt är det en avgörande fråga vad som accepteras som sjukdom (4, 5). Innebörden i begreppet sjukdom är därför av central betydelse vid mötet mellan läkaren och enskilda människor, när de söker läkare för olika besvär och kopplat till detta begränsad förmåga att klara arbetet.

Läkarens uppgift består i att uppmärksamma och dokumentera påvisbara kroppsliga och mentala symtom, som tillsammans utgör manifestation av sjukdom, ställa diagnos, bedöma förlopp och konsekvens av sjukdom. På denna grund av samlad information gör läkaren sedan sin bedömning vad avser personens förmåga till delaktighet i arbetslivet. ’Beslutsstöd i form av försäkringsmedicinska riktlinjer’ har tagits fram på regeringens initiativ (6). I avsnittet Övergripande principer vid sjukskrivning (6) uttrycks att; ”Traditionella sjukdomsdiagnoser som fokuserar på iakttagbara förändringar på organnivå är också uppenbart otillräckliga. De bygger dock på en strävan efter verifierbarhet som bör vara vägledande. Det är viktigt att läkaren i varje enskilt patientmöte baserar sina bedömningar på så objektiva kriterier som möjligt, exempelvis i form av validerade skattningsskalor. Läkaren bör fastslå art och grad av iakttagna symtom. Konsultationen och undersökningen måste präglas av systematik”.

Beslutsstödet kan sammanfattas på följande sätt:

- art och grad av iakttagna symtom bör fastslås.
- undersökning måste präglas av systematik.
- så objektiva metoder som möjligt.
- processen kan stödjas av skattningsskalor.
- individuell bedömning – beslutsstödet endast vägledande.

Frågeställning

Kan kartläggning av autonoma symtom genom användning av skattningsskalor Stress and Crisis Inventory -93, SCI-93, tillföra information av betydelse för diagnostik och försäkringsmedicinsk bedömning?

Material

Resultatsammanställningen innefattade 1534 konsekutivt utredda män och kvinnor. De var remitterade av Försäkringskassan på hemorten för utredning och hade accepterat att komma till Riksförsäkringsverkets (RFV) sjukhus i Tranås för utredning enligt program som tillämpades vid sjukhuset. Karaktäristika för deltagarna var följande.

1. Sjukdom under lång tid som medfört sjukskrivning eller sjukersättning.
2. Diskrepans mellan visad begränsning av arbetsförmåga och tillgängliga medicinska fynd som förklaring till denna begränsning.
3. Det försäkringsmedicinska underlaget har bedömts vara otillräckligt som underlag för beslut om rätt till ersättning.

Referensgrupp 1 bestod av 100 deltagare i utbildningsdagar vid RFV sjukhus i Tranås under motsvarande tid. Deltagandet skedde inom ramen för deras arbete och personerna var inte sjukskrivna (7). Referensgrupp 2 bestod av 1177 personer från en populationsstudie (8).

Metoder

Självskattningsinstrumentet Stress and Crisis Inventory -93, SCI-93, baseras på kristeoretiska referensramar, som de beskrivs av Selye (9), Cullberg (10) och Ottosson (11). Kartläggning med SCI-93 avser att dokumentera förekomst och svårighetsgrad av autonoma symtom och att ge en indikation på var personen befinner sig i en krisprocess. Följande sex teman kartläggs.

1. Autonoma symtom.
2. Belastande händelse/period.
3. Sjukdom.
4. Hälsa, funktion och förmåga.
5. Arbete.
6. Sjuk-/aktivitetsersättning.

Kartläggningen med SCI-93 har administrerats med en datoriserad presentation som kräver att alla frågor måste besvaras. Studien har med denna metodik inget internt bortfall.

I artikeln redovisas kartläggning av Autonoma symtom och det framtidsinriktade temat Arbete.

I temat Autonoma symtom ingår totalt 35 frågor och varje fråga skattas inom intervallet 0 – 4. Skalstegen är förenliga med ordinalskala och benämns 0=inte alls, 1=lite grand, 2=mått-

ligt, 3=ganska mycket och 4=väldigt mycket. Poängsumma av autonoma symtom kan variera inom intervallet 0 – 140. Baserat på en populationsstudie bestående av 1177 personer (8) indikerar en poängsumma upp till 28 (SD10.0) en normal förmåga till aktivitet/arbete.

I det framtidsinriktade temat Arbete ingår sju frågor. Fyra av dessa sju frågor berör temats emotionella betydelse. Tre frågor berör tanke-, känslö- och handlingsmässig acceptans för temat och belyser beredskap för nyorientering. Frågorna i temat skattas också inom intervallet 0 – 4 och benämns 0=inte alls, 1=lite grand, 2=måttligt, 3=ganska mycket och 4=väldigt mycket.

Skattningsinstrumentets egenskaper

I en tidigare studie (7) har Stress and Crisis Inventory-93, temat Autonoma symtom, undersökts med upprepade skattningar inom en vecka på inneliggande utredningspatienter på sjukhus. Reliabilitet uttryckt med korrelationskoefficienter var för undergruppen psykiska symtom 0.92, för muskulära symtom 0.91 och för vegetativa symtom 0.94. Motsvarande värden vid beräkning av kappavärden var 0.76, 0.60 respektive 0.60 (7). Intervallet 0.41-0.60 bedöms som moderat, 0.61-0.80 som god och >0.81 som mycket god reliabilitet.

Det är dessutom optimalt när såväl skattningsformulärets alla skalsteg används som när skattningarna fördelas symmetriskt kring det teoretiska medelvärdet.

I denna studie uppfylls båda dessa kriterier såväl vid skattning av Autonoma symtom (Figur 1) som vid skattning av temat Arbete.

Statistisk bearbetning

Poängsumman i temat Autonoma symtom i patientgruppen jämförs med poängsumman av autonoma symtom i arbetsför referensgrupp (Tabell 1). Konfidensintervall, 99 %, för medelvärden av poängsumma av autonoma symtom redovisas.

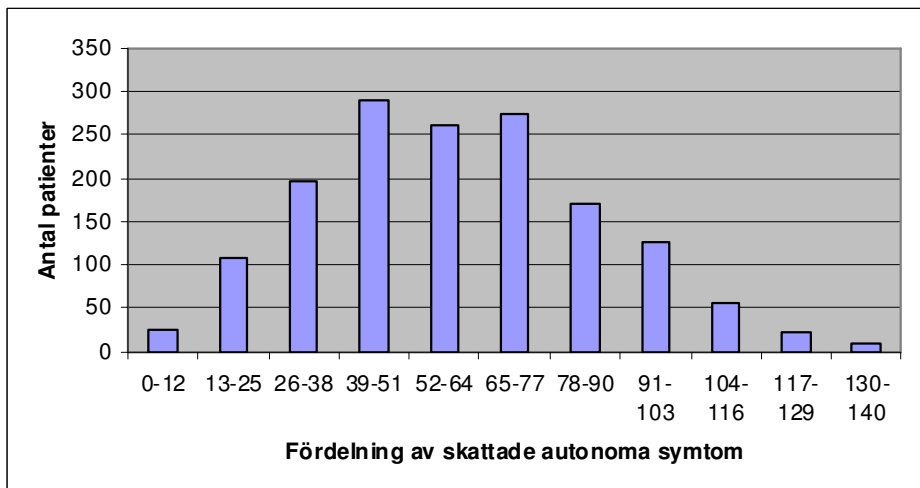
Skattningsutfall rörande Autonoma symtom relaterat till kön redovisas i Tabell 2. Jämförelser sker med Mann-Whitneys test, tvåsidigt

Skattningsresultat för enskilda frågor i temat Arbete redovisas för män och kvinnor. Jämförelse mellan könen sker med avseende på poängsumma för temat och analyseras med Mann-Whitneys test, tvåsidigt.

Ålderns betydelse kartläggs i relation till enskilda frågor i temat Arbete. Korrelationer analyseras med icke-parametriskt test, Spearmans rangkorrelation (Tabell 3).

Poängsumma av Autonoma symtom relateras till varje enskild fråga i temat Arbete. Korrelationer analyseras med Spearmans rangkorrelation (Tabell 4).

Kompletterande analys görs med korstabeller. Hela spannet av poängsumma av Autonoma symtom indelas stegvis i lika stora intervall med stöd av manual. Frågorna i temat Arbete skattas i fem nivåer, 0-4. Med bruk av dessa variabler fördelas personerna i korstabeller. Analys sker med Pears-



Figur 1. Fördelning av patienters symtomskattningar i temat Autonoma symtom (n=1534).

son Chi-Square test (Tabell 4).

Medelvärden redovisas genomgående med standardavvikelse inom parentes (SD).

Margareta Carlsson, Universitetslektor i Statistik, Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås, har medverkat vid den statistiska bearbetningen av materialet.

Resultat

Skattning av autonoma symtom

Medelåldern i patientgruppen (n=1534) var 45.4 (8.7) år. I referensgrupp 1 var medelåldern (n=100) 41.8 (8.0). (Tabell 1).

Medelvärde av poängsumma av Autonoma symtom i patientgruppen var 60.5 (25.9). och motsvarande medelvärde av poängsumma i referensgrupp 1 var 18.7 (11.9). Patientgruppen uppvisade statistiskt signifikant högre nivå, $p < 0.001$, av autonoma symtom jämfört med referensgrupp 1.

Poängsumma i temat Autonoma symtom för kvinnor var 64.6 (25.4) och för män 49 (23.9). 99 % konfidensintervall för medelvärdet var för kvinnor $[64.5 \pm 1.96]$ och för män $[49 \pm 3.0]$; $p < 0.001$ (Tabell 2).

Skattning av framtidsinriktat tema Arbete

I temat Arbete framkommer inga signifikanta skillnader mellan mäns och kvinnors skattningar. De frågor som berör acceptans för temat skattas genomgående lågt.

Ålderns relation till skattade autonoma symtom

Ålderns relation till skattad nivå av autonoma symtom i hela patientgruppen visar en negativ korrelation -0.10 , $p < 0.001$. Lägre ålder korrelerar med en högre skattad nivå av autonoma symtom, men resultat från en tidigare delstudie (12) talar för att åldern har en förhållandevis liten betydelse vid skattning av autonoma symtom. I den refererade delstudien var konfidensintervall, 99 %, för medelvärdet av poängsumman för autonoma symtom

Tabell 1. Demografiska data och poängsumma i temat Autonoma symtom för arbetsföra personer och personer med långvarig begränsning av arbetsförmåga.

	Arbetsföra personer n=100	Personer med nedsatt arbetsförmåga n=1534
Ålder (SD)	41.8 (8.0)	45.4 (8.7)
Kön män/kvinnor (%)	11/89 (11/89)	408/1126 (27/73)
Autonoma symtom medelvärde, (SD)	18.7 (11.9)	60.5 (25.9)
99% konfidensintervall för medelvärde	$[18.7 \pm 3.1]$	$[60.5 \pm 1.3]$
t-test (tvåsidigt)		$p < 0.001$

Tabell 2. Skattning av psykiska, muskulära och vegetativa manifestationer av autonoma symtom i temat Autonoma symtom hos kvinnor och män med långvarig begränsning av arbetsförmåga. Medelvärden, SD och 99% konfidensintervall av medelvärden. Jämförelse sker med Mann-Whitneys test, tvåsidigt (n=1534).

Autonoma symtom	Kvinnor (n=1126)			Män (n=408)		
	medelvärde (SD)	konfidensintervall		medelvärde (SD)	konfidensintervall	
Psykiska	2.24 (0.9)	2.24±0.06 #		1.97 (0.9)	1.97±0.11 #	
Muskulära	2.08 (0.7)	2.08±0.06 #		1.64 (0.8)	1.64±0.10 #	
Vegetativa	1.62 (0.8)	1.62±0.06 #		1.12 (0.7)	1.12±0.09 #	
Poängsumma	64.6 (25.4)	64.5±1.96 #		49.0 (23.9)	49.0±3.00 #	
# Jämförelse mellan män och kvinnor			p<0.001 (tvåsidigt)			

för personer 50 år eller äldre, n=352, |58.5±3.6|. För hela patientgruppen i denna studie var konfidensintervall, 99 %, för medelvärdet av poängsumman för autonoma symtom, n=1534, |60.5±1.7|.

Ålderns relation till skattad framtidsbild

I temat Arbete (Tabell 3) framkommer överlag negativa korrelationer till ålder. Det innebär, att ju lägre ålder personen har desto högre skattas betydelse, acceptans, längtan, kraft och mod för att komma i arbete.

Autonoma symtom och framtidsbild

I temat Arbete (Tabell 4) framkommer genomgående negativa korrelationer till autonoma symtom. Hög poängsumma av autonoma symtom motsvaras av låg skattad betydelse i, mindre längtan efter, mindre kraft och mindre mod för att komma i arbete men också mindre tanke-, känslö- och handlingsmässig acceptans för temat. Minskad beredskap för att komma i arbete samvarierar med ökade autonoma symtom.

Tabell 3. Beräkning av relation mellan ålder och ingående frågor i temat Arbete hos män och kvinnor med långvarig begränsning av arbetsförmåga (n=1534).

Items	Arbete	
	korr. koeff.	p-värde
Betydelse	-0.21	0.001
Längtan efter	-0.18	0.001
Kraft	-0.10	0.001
Mod	-0.16	0.001
Acceptans tanke	-0.20	0.001
Accept. känsla	-0.12	0.001
Accept. handling	-0.23	0.001
Spearman's rangkorrelation		

Tabell 4. Beräkning av relation mellan poängsumma i temat Autonoma symtom och skattningsutfall i temat Arbete hos kvinnor och män med långvarig begränsning av arbetsförmåga (n=1534).

Items	Arbete			
	korr. koeff.	p-värde	Chi-Square värde	p-värde
Betydelse	-0.12	<0.001	63.9	0.009
Längtan	-0.11	<0.001	55.1	NS
Kraft	-0.29	<0.001	166.4	<0.001
Mod	-0.19	<0.001	103.2	<0.001
Acceptans tanke	-0.12	<0.001	70.8	0.002
Accept. känsla	-0.17	<0.001	86.8	<0.001
Accept. handling	-0.18	<0.001	89.1	<0.001

Spearman's rangkorrelation

Analys av resultaten med utgångspunkt från korstabeller bekräftar resultaten. Kraft att komma i arbete skattas gradvis allt lägre för varje intervall med högre skattning av autonoma symtom. Högst skattas kraft att komma i arbete inom intervall för normal autonom funktio. Tanke-, känslor- och handlingsmässig acceptans för att komma i arbete skattas gradvis allt lägre för varje intervall med ökade autonoma symtom. Högst tankemässig acceptans för att komma i arbete skattas när autonoma symtom skattas som normala.

Diskussion

Genusperspektiv.

Kvinnor skattar högre än män i temat Autonoma symtom. Detta förhållande och dess betydelse bör följas upp i kommande studier.

Vid kartläggning av det framtidsinriktade temat Arbete ställt i relation till genus framkom så små könsskillnader

att de bedöms sakna betydelse.

Ålderns betydelse

I temat Arbete framkommer med stigande ålder minskande betydelse av, beredskap och resurs för att komma i arbete.

Autonoma symtom och arbetsförmåga

Patientgruppen skattar i medeltal 40 poäng högre i temat Autonoma symtom jämfört med arbetsföra personer. Det är en etablerad klinisk iakttagelse att vid manifestationen av detta tillstånd föreligger också en ökad fysisk och mental uttrötthet, nedsatt ut hållighet vid aktivitet samt en nedsatt tolerans för stress. I studien bekräftas detta vid analys av relation mellan Autonoma symtom och temat Arbete. Gradvis tilltagande skattning av Autonoma symtom korrelerar med gradvis minskad betydelse, kraft och mod i temat Arbete. Intensiteten i upplevelsen av dessa symtom i den undersökta gruppen skiljer sig statistiskt signifi-

kant från vad som är förenligt med normal funktion och förmåga (8).

Personer med långvarigt begränsad arbetsförmåga uppvisar anmärkningsvärt höga skattningar av Autonomia symtom jämfört med arbetsföra referensgrupper.

Förekomsten av autonoma symtom och dess samband med nedsatt arbetsförmåga har tidigare inte utretts i patientgruppen.

Frågan är vilken medicinsk betydelse dessa symtom har och vad de kan medföra i form av begränsning av aktiviteter och arbetsförmåga.

Autonoma symtom, såväl kroppsliga som mentala, kan medicinskt uppfattas som uttryck för en biologisk anpassningsreaktion längs en glidande skala av svårighetsgrad. Överskrider svårighetsgraden en given gräns övergår reaktionen från normal till patologisk (13, 14, 15, 16). Manifestation av autonoma symtom utöver gränsen för det normala kan medföra, förklara, styrka begränsning av förmågor, som kräver uthållighet och tolerans för stress.

Medicinskt oförklarade symtom

Medicinskt oförklarade symtom är vanligt förekommande. De föreligger i löpande kliniskt arbete inom primärvård, och specialistvård hos 25-30 % av de patienter läkaren möter (17, 18)

Autonoma symtom i en diagnostisk kontext

Autonoma symtom kan vara snabbt övergående. De kan även vara kännbara en tid utan att detta har någon klinisk betydelse. De kan också manifesteras sig som ett över tid varaktigt tillstånd av funktionsnedsättningar med åtföljande begränsning av förmåga (12, 13, 14). Med förankring i traditionell diagnostik kan långvarigt pågående autonoma symtom uppfylla kriterierna för Anpassningsstörning F43.2 eller Somatoform autonom dysfunktion F45.3. Tillståndet kan också diagnostiseras som Kronisk autonom dysfunktion F90.8 (19). Andra närliggande diagnoser som inkluderar autonoma symtom och fokuserar på konsekvenser i form av nedsatt personell resurs är neurasteni F48.0 och astenoemotionellt syndrom F06.6.

Värdet av skattningsinstrument

Utredning med användning av SCI 93 vid komplexa sjukfall med svårförklarade manifestationer av symtom dokumenterar förekomst av och svårighetsgrad av autonoma symtom. När traditionell medicinsk utredning har kompletterats på detta sätt har det tillfört information av betydelse för att förklara och styrka en persons resurs för delaktighet i arbete.

Kartläggning av livshändelser, psykosociala påfrestningar och krisreaktion ingår i DSM-systemets multiaxiala klassifikation (20). På Axel IV i DSM skattas grad av psykosocial påfrestning, som kan ha bidragit till;

a) debut av psykisk sjukdom eller störning

- b) återkomst av tidigare psykisk sjukdom eller störning
- c) försämring av psykisk sjukdom eller störning som redan föreligger.

Hur en person "har det" har betydelse vid den kliniska bedömningen av det enskilda fallet. Det avgörande är i nästa steg hur personen "tar det". En persons resurs för att hantera förlust, förändring och frustration är individuell och unik och kan sammanfattas med begreppet sårbarhet. Kartläggning av förekomst av autonoma symptom och karaktären hos en påvisad krisreaktion (normal/patologisk) gör det möjligt att dokumentera hur den enskilda individen hanterat förlust, förändring och frustration i viktiga livsområden. Kunskap om detta kan ha avgörande betydelse vid diagnostik, inriktning av behandling och planering för rehabilitering.

Referenser

1. Regeringens proposition. Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet. 2002/03;89.
2. Wadell G, Aylward M. The Scientific and Conceptual Basis of Incapacity Benefits for Disability Duration, Reed Group. 2005.
3. Riksförsäkringsverket. Psykiska sjukdomar och stressrelaterade besvär – Långvariga sjukskrivningar åren 1999 till 2003. RFV redovisar. 2004;8.
4. Daehli B, Bjerkedal T, 1991, Physicians practicing for the legal requirements for eligibility for disability pension, Tidskr Nor Laegeforen. 1991;111:1144-6.
5. Statens Offentliga Utredningar. Lagen om AFL, vad är sjukdom. 1944;15.
6. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning. 2007-110-15.
7. Nyström C, Nyström O. Skattad stress verifierar autonom dysfunktion. Läkartidningen. 1996;28-29:2583-4.
8. Krafft B, Nyström C, Nyström O, Pedersen C. Ospecifika symptom och välfärdsdata - en populationsstudie. Socialmedicinsk Tidskrift. 2004;3:222-229.
9. Selye H. On stress and coping mechanisms. Issues in mental health nursing. 1985;5:1-4:3-24.
10. Cullberg J. Kris och utveckling. Natur och Kultur 1975.
11. Ottosson J-O. Psykiatri. Almqvist och Wiksell. 1988:121-127.
12. Nyström C, Nyström O. Långvariga autonoma symptom och arbetsförmåga. Socialmedicinsk Tidskrift. 2001;3:252-258.
13. Mc Ewen B S. Allostasis and Allostatic Load: Implications for Neuropsychopharmacology. Neuropsychopharmacology. 1999;22:2:108-124.
14. Clauw D J, Williams D A. Relationship between stress and pain in work-related upper extremity disorders: The Hidden Role of Chronic Multi-symptom Illnesses. American Journal of Industrial Medicine. 2002;41:370-382.
15. Krafft B, Nyström C. Somatoformt smärtsyndrom. Personens upplevelse av vårdpersonalens förhållningssätt. Socialmedicinsk Tidskrift. 2000;5:406-414.
16. Krafft B, Nyström C. Hög stressnivå och omogna försvar ger ond cirkel vid långvarig smärta. Läkartidningen. 2002;99: 41:4040-4043.
17. Hatcher S. Arroll B. Clinical review. Assessment and management of medically unexplained symptoms. British Medical Journal 2008;336:1124-1128.
18. Carson A J, Ringbauer B, Stone J, McKenzie L, Warlow C, Sharpe M. Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. Journal of Neurology, Neurosur-

gery, & psychiatry. 2000;68: 207-210.

19. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem. Socialstyrelsen. 1997. Systematisk förteckning (ICD 10). 1996.
20. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. (MINI-D/DSM-IV). American Psychiatric Association, 1994: 273-274.