

# Långvarig stressreaktion och arbetsförmåga

Curt Nyström

Orvar Nyström

Till Riksförsäkringsverkets Sjukhus i Tranås har patienter med långvarig nedsättning av arbetsförmågan remitterats för utredning. Bakgrunden till detta är att de medicinska fynden har varit begränsade och endast delvis kunnat förklara patientens nedsatta arbetsförmåga. Som del i utredningen har patienter erbjudits att besvara frågorna i Stress and Crisis Inventory -93, SCI-93. Detta självskattningsinstrument kartlägger förekomst av stressymtom och utforskar följande fem teman: Traumatisk händelse, Långvarig ohälsa, Ökad hälsa och funktion, Komma i arbete och Pension.

Kartläggning med SCI-93 visar att individerna i den undersökta patientgruppen har symtom förenliga med pågående stressreaktion och att de i sina svar bejakar pågående krisreaktion. Långvarig stressreaktion är förenlig med ökad uttrötthet, nedsatt uthållighet och ökad stresskänslighet. Detta skulle kunna förklara diskrepansen mellan medicinska fynd och grad av nedsatt arbetsförmåga.

Curt Nyström, med dr är överläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, verksamhetsområdet Psykiatri, Mölndals Sjukhus, och Orvar Nyström är överläkare vid Riksförsäkringsverkets Sjukhus i Tranås.

## Bakgrund

Långvarig nedsättning av arbetsförmågan hos en person blir som regel bekräftad av samhället genom sjukskrivning eller sjukbidrag. Det långvariga sjukdomsfallet medför ibland problem, förutom för patienten, även för sjukvård, försäkringskassa, ami och socialtjänst. Bakgrunden till detta är att medicinska fynd kan vara begränsade och endast delvis förklara patientens besvärsbild och den nedsatta arbetsförmågan. Denna diskrepans mellan medicinska fynd och nedsättning av förmågan utgör i klinisk vardagsmedicin en ofta uppträdande problematik, där begreppet somatisering kan bli aktuellt att överväga.

Ciccone, Just och Bandilla [1] använder be-

greppet "illness behaviour" för att studera om några utvalda skattningsskalor kunde belysa skillnader i parametrar som

1. Tid med begränsning av förmåga,
2. Frekvens av vårdkontakter,
3. Aktivitetsnivå,
4. Funktionsnivå i hemsituation.

Den starkaste prediktorn för "illness behaviour" var Somatization Scale [2], som korrelerade positivt och signifikant med var och en av de beroende parametrarna. De symtom som skattas i Somatization Scale är till sin karaktär förenliga med stressymtom.

Diagnoskriterierna för somatoforma syndrom enligt DSM-IV [3] specificerar, att det skall föreligga en betydande skillnad mellan

patientens besvärssbild och begränsning av förmåga å ena sidan och dokumenterbara medicinska fynd å den andra sidan. Detta utvecklas vidare i diagnoskriterierna för somatoformt smärtsyndrom enligt ICD-10 [4] och här betonas förekomst av konflikter och psykosociala svårigheter som är allvarliga nog för att överväga att dessa kan ha förorsakat tillståndet.

För att kunna studera detta problemområde erfordras en referensram som beaktar och förklarar aspekter som traumatisk belastning, konflikt och stressreaktion [5]. Kristeorin är en sådan referensram och beskriver, att individens reaktion på konflikter och psykosociala svårigheter inkluderar inte bara en emotionell aspekt utan också ospecifika stressymtom. Om en person finner en fungerande problemlösning normaliseras stressnivån. Om problemet/konflikten inte kan lösas kan det leda till förstärkta stressymtom, besvärande förnimmelser. Med detta avses att personen nu upplever ohälsa och mår dåligt utan att uppleva sig och identifiera sig som sjuk. Om problemet/konflikten kvarstår olöst över tid kan det leda till en sjukdomsutveckling. Det är individens reaktion på påfrestningarna som är det centrala och inte de formella händelserna i sig.

Definitionen av krisreaktion lyfter fram två centrala aspekter. Den ena är förekomst av stressymtom och den andra är individens emotionella reaktion på konflikter och psykosociala svårigheter. Båda dessa förhållanden behöver kartläggas och dokumenteras. I den aktuella studien har målsättningen varit att utifrån kristeoretisk grund kartlägga patienter

som remitterats till Riksförsäkringsverkets Sjukhus i Tranås för utredning av orsaker till och grad av nedsättning av arbetsförmåga.

## Material

Den nu redovisade patientgruppen utgör ett urval (50 år och äldre) och är den första redovisningen från en studie omfattande 1534 patienter. De resterande patienterna kommer att redovisas i åldersintervallen 20-34 år och 35-49 år för att belysa ålderns eventuella relation till övriga kartläggningsaspekter.

Följande inklusionskriterier gällde för deltagande i studien.

1. Patienten uppper långvarig ohälsa.
2. Långdragen nedsättning av arbetsförmågan bekräftad med sjukskrivning eller sjukbidrag.
3. Den försäkringsmedicinska handläggningen har varit problematisk.
4. Det föreligger diskrepans mellan å ena sidan medicinska fynd och å andra sidan patientens besvärssbild och nedsättning av arbetsförmåga.
5. Ålder 50 år och äldre.

I detta arbete redovisas huvuddiagnoser enligt ICD 10 (4) och DSM-IV (3) samlade till följande diagnosgrupper.

- kroniskt somatoformt smärtsyndrom
- övriga somatoforma syndrom
- övriga diagnoser

De senare inkluderar både psykiatriska diagnoser och ett antal somatiska diagnoser företrädesvis av ortopedisk och invärtesmedicinsk karaktär.

Kontrollgruppen (n=100) avseende förekomst och svårighetsgrad av stressymtom består av deltagare i utbildningsdagar vid RFV sjukhus i Tranås under motsvarande tid. Deltagandet skedde inom ramen för deras arbete och de var ej sjukskrivna.

---

---

*Om problemet/konflikten kvarstår olöst över tid kan det leda till en sjukdomsutveckling*

---

---

## Metoder

Patienter kartlades med Stress and Crisis Inventory, SCI-93 [6, 7, 8, 9.] Det som är ett frågeformulär av självskattningstyp, som har utvecklats av författarna. Det baseras på en kristeoretisk referensram, som den beskrivs av Cullberg [10] och Ottosson [11]. Med utgångspunkt från trauma analyserar Cullberg upplevandedimensionen. Selye [12] beskriver ett liknande processperspektiv, när han belyser traumats effekter på organsystem. Kartläggning med SCI-93 avser att beskriva förekomst och svårighetsgrad av stressymtom och att ge en indikation på var patienten befinner sig i ett kristeoretiskt perspektiv. Patientens reaktion på förlust/förändring är det centrala i denna kartläggning. Kartläggningen belyser även patientens framtidsbild med avseende på att återfå hälsa och funktion, att komma i arbete och att få förtidspension. Följande sex teman kartläggs med SCI-93:

1. Stressymtom.
2. Traumatisk händelse.
3. Långvarig ohälsa.
4. Ökad hälsa och funktion.
5. Komma i arbete.
6. Pension.

Explorationen börjar med en kartläggning av stressymtom och därefter följer tema 2-6 med en kristeoretisk uppläggning. Denna ordning är i överensstämmelse med ett psykodynamiskt synsätt enligt Malan [13].

I temat Stressymtom ingår totalt 35 frågor och varje fråga skattas inom intervallet 0 – 4. Totalpoäng av stressymtom kan därför variera inom intervallet 0 – 140. Även i övriga teman skattas varje fråga inom intervallet 0 – 4.

I temana Traumatisk händelse och Långvarig ohälsa ingår i varje tema tio frågor. Sju av dessa frågor berör krisens emotioner. Tre frå-

gor berör tanke- och känslomässig respektive handlingsmässig acceptans för temat.

I temana Ökad hälsa och funktion, Komma i arbete och Pension ingår i varje tema sju frågor. Fyra frågor berör temats emotionella betydelse. Tre frågor berör tanke- och känslomässig respektive handlingsmässig acceptans för temat.

## Statistisk bearbetning

Totalpoäng av stressymtom i patientgruppen redovisas och jämförs med totalpoäng av stressymtom i en kontrollgrupp med dokumenterad arbetsförmåga. 99% konfidensintervall för medelvärden av totalpoäng av stressymtom redovisas. Statistisk bearbetning sker med tväsidigt t-test.

Totalpoäng av stressymtom relateras till ingående frågor från tema 2-6 enligt ovan. Korrelationer beräknas med icke parametrisk statistik, Spearman rho.

Från teman Traumatisk händelse och Långvarig ohälsa grupperas ingående krisemotioner frånsett lättnad till en ny variabel kallad Krisemotion. På motsvarande sätt bildar de tre aspekterna av acceptans (tanke, känsla och handling) en ny variabel benämnd Krisacceptans. Dessa variabler ställs därefter i relation till totalpoäng av stressymtom. Statistisk analys sker genom beräkning av Pearsson korrelationskoefficient.

## Resultat

Åldern i den totala patientgruppen (n=1534) var 45.4 ( $\pm$  8.7) år. Konfidensintervall för medelvärdet av totalpoäng av stressymtom i denna grupp var [60.5  $\pm$  1.7]. Urvalet om 352 patienter fördelar sig på 324 som inkluderades i studien medan 28 exkluderades. Skälet för att exkludera dessa 28 patienter var att de ej bekräftade Långvarig ohälsa vid kartlägg-

ning med SCI-93. Samtliga patienter i båda grupperna bejakade däremot förekomst av Traumatisk händelse i anamnesen. Ålder och könsfördelning var utan skillnad i de båda grupperna. Konfidensintervall för medelvärde av totalpoäng av stressymtom i den exkluderade gruppen var  $|45.5 \pm 11.3|$ .

Kontrollgruppen (n=100) bestod av 11 % män och 89 % kvinnor med en åldersfördelning på 41.8 ( $\pm 8.0$ ) år. Konfidensintervall för medelvärde av totalpoäng av stressymtom i kontrollgruppen var  $|18.7 \pm 3.1|$ .

Den inkluderade gruppen (n=324) bestod av 24% män och 74% kvinnor med en åldersfördelning på 54.7 ( $\pm 2.5$ ) år. Konfidensintervall för medelvärde av totalpoäng av stressymtom i den inkluderade gruppen var  $|58.5 \pm 3.6|$  vilket i jämförelse med kontrollgruppen utgjorde en statistiskt signifikant skillnad,  $p < 0.001$ .

I den inkluderade gruppen framkom efter genomförd utredning följande diagnosgrupper: Kroniskt somatoformt smärtsyndrom (n=125) med 12 % män och 88 % kvinnor, övriga somatoforma syndrom (n=61) med 48 % män och 52 % kvinnor och övriga diagnoser (n=138) med 32 % män och 68 % kvinnor. Åldersfördelningen var utan skillnad i dessa diagnosgrupper.

Konfidensintervall för medelvärde av totalpoäng av stressymtom var  $|68,2 \pm 5.7|$  vid kroniskt somatoformt smärtsyndrom,  $|57,1 \pm 6.7|$  vid övriga somatoforma syndrom och  $|50,3 \pm 5.3|$  inom gruppen övriga diagnoser. Någon statistiskt signifikant skillnad framkom inte mellan dessa grupper men samtliga uppvisade en signifikant förhöjd stressnivå jämfört med kontrollgrupp,  $p < 0.001$ .

Skattningsresultat från kartläggningen av krisreaktion rörande teman Traumatisk händelse och Långvarig ohälsa redovisas i

*Tabell 1.* Temat Traumatisk händelse har i frågor om krisemotioner en genomsnittlig skattning på 2.1 ( $\pm 0.8$ ) och när det gäller acceptans för skattat tema ett medelvärde på 2.7 ( $\pm 0.2$ ). Temat Långvarig ohälsa skattas med ett något högre medelvärde för krisens emotioner 2.7 ( $\pm 0.7$ ) och ett något lägre medelvärde för acceptans av temat 2.0 ( $\pm 0.1$ ). Krisemotionen lättnad skattades med liten betydelse i båda kartlagda teman.

*Tabell 1. 324 patienter med långvarig nedsättning av arbetsförmåga. Kartläggning av krisreaktion med SCI-93. Varje enskild fråga skattas inom intervallet 0-4.*

|                    | Traumatisk händelse |       | Långvarig ohälsa |       |
|--------------------|---------------------|-------|------------------|-------|
|                    | medelv.             | (SD)  | medelv.          | (SD)  |
| Betydelse          | 3.5                 | (0.7) | 3.5              | (0.7) |
| Oro/stress         | 1.5                 | (1.4) | 2.3              | (1.3) |
| Längtan            | 2.4                 | (1.3) | 3.6              | (0.7) |
| Sorg/saknad        | 2.5                 | (1.3) | 2.6              | (1.2) |
| Nedstämdhet        | 1.4                 | (1.4) | 2.0              | (1.3) |
| Protest            | 1.5                 | (1.4) | 2.3              | (1.3) |
| Medelvärde         | 2.1                 | (0.8) | 2.7              | (0.7) |
| Lättnad            | 1.0                 | (1.3) | 0.5              | (1.0) |
| Acceptans tanke    | 2.6                 | (1.2) | 1.9              | (1.1) |
| Acceptans känsla   | 2.6                 | (1.2) | 2.0              | (1.1) |
| Acceptans handling | 3.0                 | (1.1) | 2.0              | (1.2) |
| Medelvärde         | 2.7                 | (0.2) | 2.0              | (0.1) |

Relation mellan totalpoäng av stressymtom å ena sidan och de olika krisemotionerna och de tre aspekterna av acceptans å andra sidan redovisas i *Tabell 2*. För temat Traumatisk händelse framkommer att ju högre patienten skattat krisemotionerna desto högre var också den skattade totalpoängen av stressymtom.

Det framkom vidare att ju lägre acceptansen tanke-, känslö- och handlingsmässigt var för kristemat desto högre var den aktuella totalpoängen av stressymtom. Detta mönster gällde även för temat Långvarig ohälsa.

*Tabell 2. 324 patienter med långvarig ned-sättning av arbetsförmåga. Kartläggning av relation mellan totalpoäng av stressymtom och krisemotioner (SCI-93).*

|                    | Korrelationer med stressymtom |         |                  |         |
|--------------------|-------------------------------|---------|------------------|---------|
|                    | Traumatisk händelse           |         | Långvarig ohälsa |         |
|                    | korr. koef.                   | p-värde | korr. koef.      | p-värde |
| Betydelse          | 0.26                          | <0.01   | 0.19             | <0.01   |
| Oro/stress         | 0.41                          | <0.01   | 0.48             | <0.01   |
| Längtan            | 0.29                          | <0.01   | 0.18             | <0.01   |
| Sorg/saknad        | 0.39                          | <0.01   | 0.40             | <0.01   |
| Nedstämdhet        | 0.34                          | <0.01   | 0.47             | <0.01   |
| Protest            | 0.29                          | <0.01   | 0.35             | <0.01   |
| Lättnad            | 0.10                          | NS      | -0.03            | NS      |
| Acceptans tanke    | -0.14                         | <0.01   | -0.23            | <0.01   |
| Acceptans känsla   | -0.18                         | <0.01   | -0.19            | <0.01   |
| Acceptans handling | -0.28                         | <0.01   | -0.21            | <0.01   |

Spearman Rho

En högre skattning av samlingsvariabeln Krisemotioner och en lägre skattning av samlingsvariabeln Krisacceptans svarade mot en högre totalpoäng av stressymtom, *Tabell 3*. Totalpoäng av stressymtom har också ställts i relation till patienternas framtidsbild vilket redovisas i *Tabell 4* för teman Ökad hälsa och funktion samt Komma i arbete. Ju högre betydelsen av och längtan efter att få Ökad hälsa och funktion skattades desto högre var totalpoäng av stressymtom. Låga skattningsvärden av emotionerna kraft och mod för Ökad hälsa och funktion var relaterade till hög totalpoäng av stressymtom. Låg skattning av emotione-

rna kraft och mod i temat Komma i arbete var också relaterat till en högre totalpoäng av stressymtom.

*Tabell 3. 324 patienter med långvarig ned-sättning av arbetsförmåga. Kartläggning av relation mellan totalpoäng av stressymtom och krisreaktion (SCI-93).*

|               | Korrelationer med stressymtom |         |                  |         |
|---------------|-------------------------------|---------|------------------|---------|
|               | Traumatisk händelse           |         | Långvarig ohälsa |         |
|               | korr.- koef.                  | p-värde | korr.- koef.     | p-värde |
| Krisemotioner | 0.43                          | <0.01   | 0.50             | <0.01   |
| Krisacceptans | -0.22                         | <0.01   | -0.24            | <0.01   |

Pearsson correlation coefficient

*Tabell 4. 324 patienter med långvarig ned-sättning av arbetsförmåga. Kartläggning av relation mellan totalpoäng av stressymtom och temat Ökad hälsa och funktion samt att Komma i arbete (SCI-93).*

|                    | Korrelationer med stressymtom |         |                |         |
|--------------------|-------------------------------|---------|----------------|---------|
|                    | Ökad hälsa och funktion       |         | Komma i arbete |         |
|                    | korr.- koef.                  | p-värde | korr.- koef.   | p-värde |
| Betydelse          | 0.23                          | <0.01   | -0.07          | NS      |
| Längtan            | 0.14                          | <0.05   | -0.10          | NS      |
| Kraft              | -0.19                         | <0.01   | -0.21          | <0.01   |
| Mod                | -0.17                         | <0.01   | -0.18          | <0.01   |
| Acceptans tanke    | 0.01                          | NS      | -0.08          | NS      |
| Acceptans känsla   | 0.04                          | NS      | -0.11          | NS      |
| Acceptans handling | 0.02                          | NS      | -0.08          | NS      |

Spearman Rho

Temat Pension redovisas i *Tabell 5*. Ju högre patienten skattat den emotionella betydelsen av och längtan efter att få pension desto högre var totalpoäng av stressymtom. De pa-

tienter som skattade höga poäng av stresssymtom var mer pensionsinriktade än de patienter som skattade låga poäng av stressymtom.

*Tabell 5. 324 patienter med långvarig nedsättning av arbetsförmåga. Kartläggning av relation mellan totalpoäng av stressymtom och temat Pension (SCI-93).*

|                  | Korrelationer med stressymtom Pension |         |
|------------------|---------------------------------------|---------|
|                  | korr. koef.                           | p-värde |
| Betydelse        | 0.11                                  | <0.05   |
| Längtan          | 0.16                                  | <0.01   |
| Kraft            | -0.04                                 | NS      |
| Mod              | -0.03                                 | NS      |
| Acceptans tanke  | 0.05                                  | NS      |
| Accept. känsla   | 0.03                                  | NS      |
| Accept. handling | 0.10                                  | NS      |

Spearman correlation coefficient

## Diskussion

Den undersökta gruppen består av patienter, som under lång tid uppvisat en större nedsättning av arbetsförmågan än vad som kunnat förklaras av medicinska fynd. Genomförd kartläggning med Stress and Crisis Inventory -93 påvisade förhöjd stressnivå och pågående krisreaktion som vanliga företeelser i den undersökta patientgruppen. En hög stressnivå var också relaterad till låg tilltro till att få ökad hälsa och funktion, låg tilltro till att komma i arbete och en tydlig pensionsinriktning.

En förhöjd stressnivå manifesterar sig med besvärande förnimmelser och symtom, som

har sitt ursprung i kroppens autonoma nervsystem. Kombinationen av hög totalpoäng av stressymtom, hög skattning av krisemotioner och låg skattning av acceptans för teman Traumatisk händelse och Långvarig ohälsa är förenlig med en pågående krisreaktion och överensstämmer med ett kristeoretiskt perspektiv. När stressnivån långvarigt är förhöjd medför detta ökad uttrötthet, nedsatt uthållighet och ökad stresskänslighet (1). Det innebär att individen vid denna tidpunkt har begränsade resurser att mobilisera i ett framtidsperspektiv i form av engagemang, kraft och uthållighet (8, 9, 10, 11, 12,) för en förändring i riktning mot att komma i arbete.

Medicinsk verksamhet har som övergripande synsätt att söka och säkerställa särskiljande diagnoser. Det finns ett ansvar gentemot patienten, samhället och dess trygghetssystem att sjukdomar utreds, beskrivs och ges diagnoser som är så specifika och särskiljande som möjligt. Vid såväl somatiska som psykiatriska och psykosomatiska sjukdomar kan emellertid den kliniska bilden även innefatta ospecifika stressymtom som uttryck för en reaktion hos patienten på en traumatisk händelse, en belastande period eller långvarig sjukdom, förlust av funktion och förmåga och konsekvenser av dessa förhållanden. Denna reaktion kan ibland vara så kraftig, att den har valör av sjukdom. De aktuella symtomen har karaktären av att vara diagnosövergripande och det försvårar en särskiljande diagnostik. Det medför risk för att den kliniska manifestation av dessa symptom åtminstone tillfälligt får läggas åt sidan i och med att en särskiljande diagnos prioriteras. Diagnosövergripande ospecifika stressymtom kan emellertid efter kartläggning framstå som ett specifikt sjukdomstillstånd. Ett exempel på en sådana sjukdom är somatoform autonomdys-

---

*En hög stressnivå var också relaterad till låg tilltro till att få ökad hälsa och funktion, låg tilltro till att komma i arbete och en tydlig pensionsinriktning*

---

funktion (F45.3 – ICD 10), som väsentligen avspeglar en hög stressnivå med klinisk valör. Ett annat diagnoseexempel är patologisk krisreaktion, anpassningsstörning (F43 – ICD 10).

Sammanfattningsvis har den genomförda studien visat värdet av att kartlägga förekomst av stressymtom och pågående krisreaktion. De undersökta patienterna med långvarig nedsättning av arbetsförmågan förefaller ha haft ogynnsamma förutsättningar för att hantera belastningar, förluster och förändringar. En kartläggning av detta förhållande ger ett fördjupat medicinskt underlag som grund för förståelse, behandling, rehabilitering och försäkringsmedicinsk handläggning.

#### REFERENSER

1. Ciccone D S, Just N, Bandilla E B. Non-organic symptom reporting in patients with chronic non-malignant pain. *PAIN* 68, 1996; 329-34.
2. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. Hopkins symptom check list (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav. Sci* 1974;19:1-16.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. (MINI-D/DSM- IV). American Psychiatric Association, 1994: 273-274.
4. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997- Systematisk förteckning (ICD 10). Socialstyrelsen 1996.
5. Kaplan H, Sadock J (1969) *Comprehensive textbook of psychiatry*. Volume 1. Fifth edition. Williams & Wilkins 1969:256 - 7.
6. Nyström C, Nyström O. Skattad stress verifierar autonom dysfunktion. *Läkartidningen*. 1996;28-29:2583-4.
7. Nyström C, Nyström O. STRUT- en modell för försäkringsmedicinsk utredning. *Försäkringskasseförbundet- Debatt*. 1998;3:26-30.
8. Krafft B, Nyström C. Somatofornt smärtsyndrom - en delrapport om patientens upplevelse av vårdpersonalens förhållningssätt. *Högskolan i Borås, Institutionen Vårdhögskolan*. 1999: Forskningsrapport 1.
9. Krafft B, Nyström C. Somatofornt smärtsyndrom. Patientens upplevelse av vårdpersonalens förhållningssätt. *Socialmedicinsk Tidskrift*. 2000; 5: 406 - 414.
10. Cullberg J. Kris och utveckling. *Natur och Kultur* 1975.
11. Ottosson J-O. *Psykiatri*. Almqvist och Wiksell. 1988;121-127.
12. Selye H. *The stress of life*. Mc Graw-Hill, 1956.
13. Malan D.H (1976) *The frontier of brief psychotherapy*. Plenum Publishing Corporation 1976:27-43.