

Vanliga symptom och depressivitet hos långtidssjukskrivna personer som av Försäkringskassan remitterats till försäkringsmedicinsk utredning

Jürgen Linder, psykiatriker, docent, Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet

Bakgrund

Långtidssjukskrivna personers situation är ofta komplex och inkluderar en mångfald av olika somatiska, psykiska och andra besvär. En sådan sammansatt besvärsbild, med kroppslig och psykisk samsjuklighet och ibland även med social problematik kan leda till rundgång i sjukvården. Inom sjukvården kan det i dessa fall vara svårt att ställa entydiga diagnoser, att bedöma prognos, rehabiliteringsbehov samt utformning och innehåll i en eventuell rehabilitering.

Inom det svenska socialförsäkringssystemet har Försäkringskassan haft och har fortfarande en nyckelroll i sjukskrivningsprocessen med uppdrag att identifiera personer med behov av ytterligare utredning samt att initiera rehabiliteringsåtgärder, ofta i nära samarbete med arbetsgivare, arbetsförmedling och sjukvården. Hos majoriteten av långtidssjukskrivna personer föreligger psykiska symptom av olika svårighetsgrad vilka kan vara en följd av eller orsak till långtidssjukskrivning.

Försäkringskassan har, ofta efter konsultation med försäkringsmedicinsk rådgivare (tidigare kallad försäkringsläkare eller förtroendeläkare), sedan många år remitterat långtidssjukskrivna personer till olika aktörer inom sjukvården för utredning med syfte att få fram beslutsunderlag för eventuella behov av rehabilitering samt ställningstagande till fortsatt ersättning. En stor del av sådana utredningar gjordes fram till slutet av 1990-talet på olika specialiserade avdelningar vid Riksförsäkringsverkets (RFV) båda sjukhus i Nynäshamn och Tranås. Exempel på verksamheter på RFV:s sjukhus i Nynäshamn var avdelningar specialiserade på utredning av oklara smärttillstånd, överviktsproblematik och hjärtrehabilitering.

Sedan flera decennier utgörs den största gruppen av nytillkomna långtidssjukskrivningar, omkring 70 %, av sjukdomar inom två grupper i International Classification of Diseases, version 10 (ICD-10). Dessa grupper i ICD-10 är grupp 5: Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar, diagnoskoder F00-F99 samt grupp 13: Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven, diagnoskoder M00-M99. Under de senaste 15 åren har andelen långtidssjukskrivningar med psykiska diagnoser ökat medan andelen muskuloskeletala diagnoser har minskat. Sammanlagt utgör dock fortfarande dessa två grupper fortfarande omkring 70 % av nytillkomna långtidssjukskrivningar.

Det finns en betydande samsjuklighet mellan dessa båda diagnosgrupper. Det är till exempel inte ovanligt att en person som fått en så kallad M-diagnos samtidigt har en eller flera F-diagnoser och omvänt är det inte ovanligt att en person med psykiatrisk diagnos har somatiska symptom, ofta form av smärta och muskelspänning. Sambandet mellan smärttillstånd och psykiska symptom har varit föremål för många studier där uppfattningarna har varierat mellan att smärttillstånd av oklar natur kunde vara varianter av depression och det omvända att depressiva symptom kunde vara följden av ett långvarigt smärttillstånd.

Samtidigt är det vetenskapliga kunskapsunderlaget mycket begränsat om olika symptom och diagnoser när det gäller personer som är långtidssjukskrivna.

Syfte

Att få ökad kunskap om symptombilden hos långtidssjukskrivna personer med svårigheter att återgå i arbete.

Material och metod

Undersökningen omfattar totalt 3686 individer varav 3369 hade varit långtidssjukskrivna, dvs. sjukskrivna i mer än ett år. Försäkringskassan i Storstockholm hade under åren 1992 till 2007 remitterat dessa personer till olika vårdinrättningar för en försäkringsmedicinsk utredning (FMU).

Av de långtidssjukskrivna (n=3369) remitterades 1013 individer som led av smärttillstånd av oklar orsak för FMU till en avdelning specialiserad för smärttillstånd vid RFV:s sjukhus i Nynäshamn. Vidare remitterades 1060 individer för FMU till RFV:s överviktsenheter belägna vid RFV:s sjukhus i Nynäshamn respektive i Klimpfjäll i Västerbotten.

Under åren 1996 till 2007 remitterades ytterligare 1299 långtidssjukskrivna personer till Diagnostiskt Centrum (DC) vid Karolinska sjukhuset i Solna för en FMU. DC var en specialiserad enhet för såväl enbart psykiatrisk som multidisciplinär bedömning av långtidssjukskrivna patienter. Av de 1299 personerna som remitterats för FMU till DC genomgick 997 en multidisciplinär utredning av psykiater, ortopedkirurg och specialistläkare i rehabiliteringsmedicin. Resterande 299 individer genomgick enbart en psykiatrisk FMU.

Ett antal individer, n=317, sjukskrivna sedan mindre än fyra månader med muskuloskeletala diagnoser erbjöds via Försäkringskassorna i norra Storstockholm möjlighet att genomgå en psykiatrisk undersökning vid psykiatriska kliniken vid Karolinska sjukhuset i Solna (det så kallade Doloresprojektet). Dessa individer undersöktes under tiden 1995 till 1997.

Sammanställning över könsfördelning, ålder och undersökningstidpunkter av de 3686 individerna presenteras nedan i tabell 1.

Tabell 1. Könsfördelning, medianålder och undersökningstidpunkter för 3686 sjukskrivna patienter som genomgått försäkringsmedicinsk undersökning (FMU).

Patientgrupp, n	Kvinnor/män n, (%)	Medianålder (kvartiler)	Tid för FMU
FMU_P, n=299	173/126 (58/42)	45,9 (39,4 54,2)	2001-01---2007-03
FMUM, n=997	628/369 (63/37)	46,2 (39,4 52,4)	1996-07---2007-03
Dolores ¹ , n=317	215/102 (68/32)	48,5 (39,3 54,4)	1995-03---1997-01
RFV_övervikt, n=1060	782/278 (74/26)	43,8 (33,6 51,7)	1993-04---1997-11
RFV_smärta, n=1013	662/351 (65/35)	47,9 (41,4 52,1)	1992-04---1997-12

¹Doloresprojektet: patienter sjukskrivna för muskuloskeletala sjukdomar som varit sjukskrivna <4 månader.

Gemensamt för samtliga undersökningar av de 3686 individerna har varit att de undersökta individerna fyllt i ett och samma strukturerade frågeformulär avseende specificerade psykiska och somatiska symptom. I frågeformulären har även ingått frågor om kriterierna för egentlig depression, definierad enligt DSM III, DSM III-R och DSM IV (DSM=Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Dessa kriterier har i stort sett varit oförändrade i de olika versionerna av DSM som använts under de år som uppgifterna har samlats in och är därför jämförbara och användbara för att fastställa kriterierna för egentlig depression. Då samma standardiserade frågeformulär har använts under hela perioden, från 1992 till 2007, kan man därigenom jämföra de olika grupperna med avseende på symptomprofiler, prevalens av enskilda kriterier och förekomst av egentlig depression utifrån tillgängliga data från

frågeformulären. Ett flertal forskningsrapporter från de enskilda försäkringsmedicinska utredningarna och de personerna i dessa ingående grupperna har tidigare sammanställts och publicerats i internationella vetenskapliga tidskrifter. Samtliga studier har varit granskade och godkända av regionala etikprövningsnämnder.

I denna studie har vi sammanställt resultaten av dessa frågeformulär. Avsikten är att beskriva och jämföra symptombilderna hos individer med olika huvudsakliga besvär: långtidssjukskrivna med oklara smärttillstånd, övervikt, psykiska besvär respektive personer som varit sjukskrivna kortare tid än fyra månader med muskuloskeletal besvär. I samtliga fall har individernas huvudsakliga besvär identifierats av Försäkringskassans handläggare i samverkan med försäkringsmedicinsk rådgivare, som valt lämplig enhet för FMU utifrån individernas besvärsbild.

Frågeformulären för depressionsdiagnostik har omfattat kriterierna för egentlig depression enligt DSM III, DSM III-R och DSM IV. Dessa kriterier omfattar: 1) nedstämdhet, 2) minskat intresse, 3) Aptit och/eller viktförändring, 4) Sömnsvårigheter, 5) Agitation/hämning 6) Minskad energi, 7) Skuld känslor, 8) koncentrationssvårigheter, 9) dödstanke/suicidalitet. För diagnos av egentlig depression krävs att minst fem kriterier ska föreligga varav minst ett av kriterierna är 1) nedstämdhet eller 2) minskat intresse. Frågorna har enbart haft svarsalternativen 'Ja' eller 'Nej'.

Frågorna rörande svårighetsgrad av psykiska och somatiska symtom är baserade på 65 items ur Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS). Frågorna är hämtade ur egenbedömningsversionen av CPRS (CPRS-S-A).

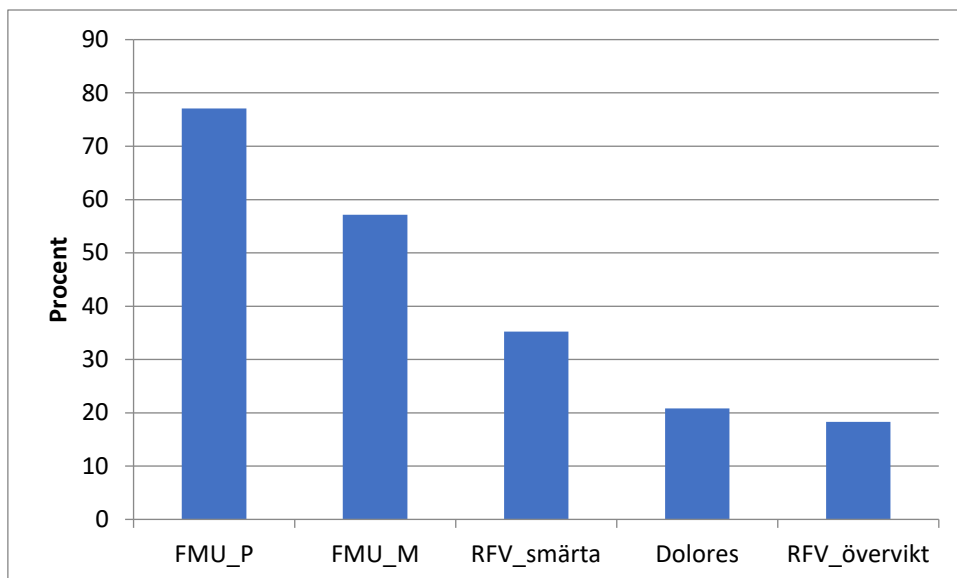
Frågorna är graderade efter svårighetsgrad 0 – 3, där 0 är frånvaro av respektive symptom och 3 betecknar högst intensitet.

Följande 20 symptom har ingått i frågeformulären: 1) sinnesstämning, 2) initiativförmåga, 3) oroskänslor, 4) koncentrationsförmåga, 5) känslomässigt engagemang, 6) pessimism, 7) minskad sömn, 8) matlust, 9) livslust, 10) beslutsförmåga, 11) oro för småsaker, 12) irritation och ilska, 13) minnesfunktion, 14) muskelspänning, 15) smärtor och värk, 16) oro för hälsan, 17) fobier, 18) kroppsliga obehag, 19) panikattacker, 20) trötthet. Frågorna 1) t.o.m. 9) är de nio item som omfattas av självskattningsversionen av Montgomery Åsberg Depression Rating Scale Self Administered (MADRS_S) som används i stora delar av världen för att mäta svårighetsgrad av depression.

Resultat

Patienternas medianålder var 46,5 år och 67 % var kvinnor. Medianåldern varierade från 43,8 år till 47,9 år i de olika patientgrupperna (tabell 1) Medianåldern för kvinnor och män inom grupperna var lika förutom för individerna med övervikt, där medianåldern var högre för män, 45,9 år än för kvinnor, 42,7 år ($p < 0,05$).

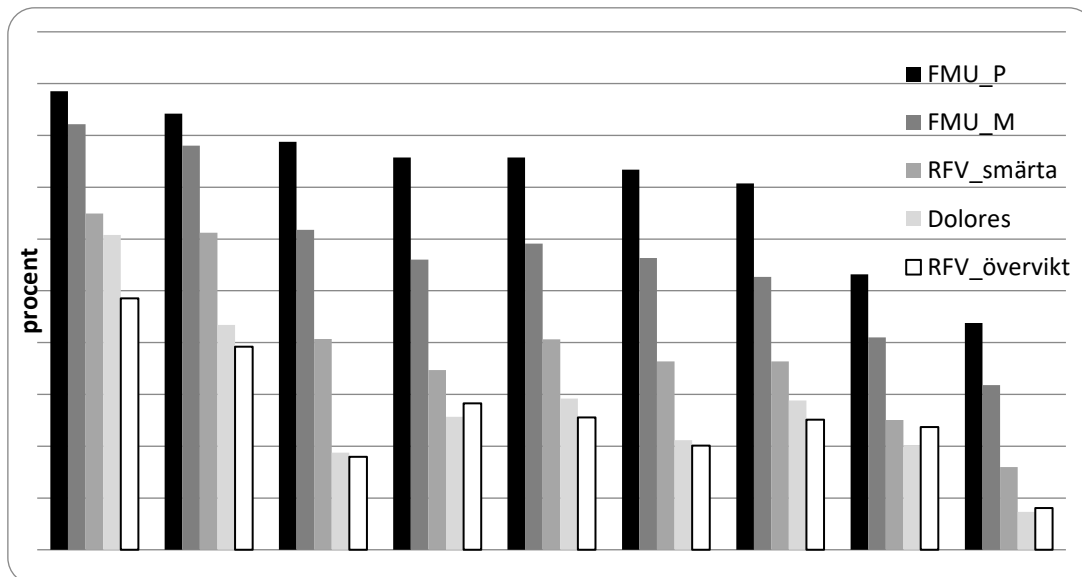
Av de 299 individerna som remitterades för psykiatrisk utredning (FMU_P), uppfyllde 77 % kriterierna för diagnosen egentlig depression; jämfört med 57 % i gruppen som remitterats för multidisciplinär FMU, 35 % hos patienterna som remitterats till RFV på grund av oklar smärta, 21 % av patienterna i Doloresprojektet och 18 % hos patienterna med överviktsproblem (figur 1).



Figur 1. Andel individer i respektive grupp som uppfyllt kriterier för egentlig depression

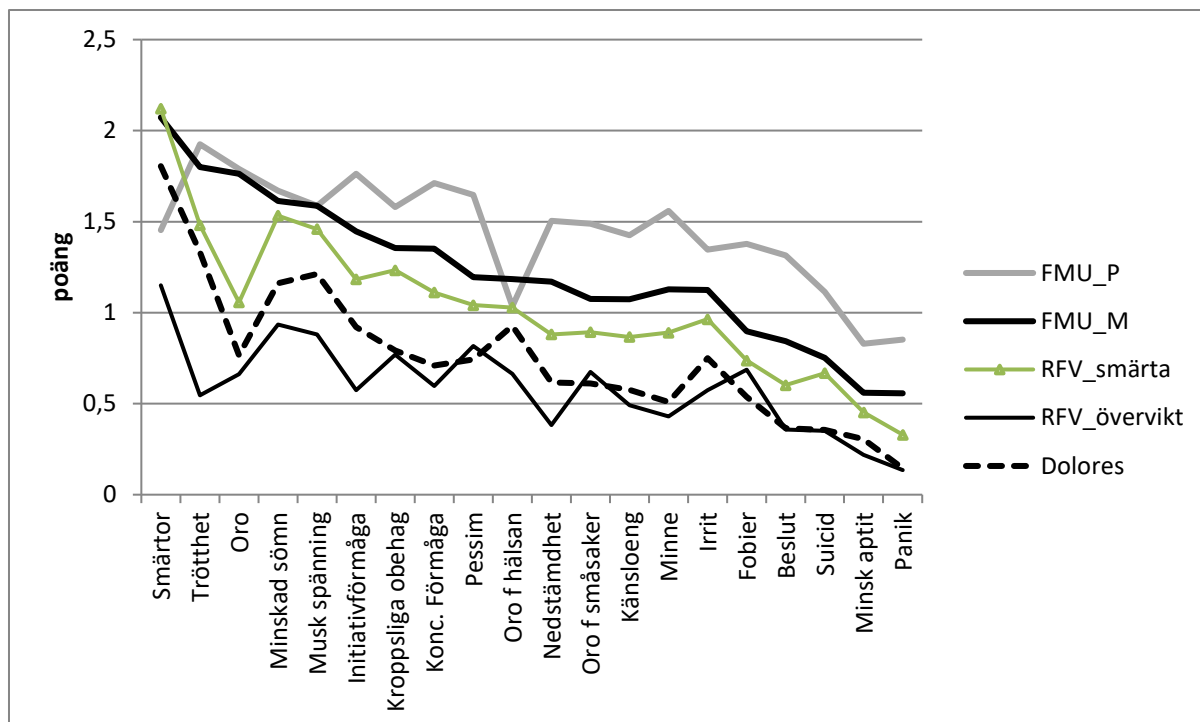
Hos de individer som remitterats på grund av övervikt (RFV-övervikt) uppfyllde nära en tredjedel (30,2 %) inget av de nio kriterierna för egentlig depression. Inom Doloresprojektet uppfyllde 24,7 %, RFV_smärta 17,8 %, FMU-M 6,2 % och FMU-P 2,7 % inte något enda kriterium för diagnosen egentlig depression.

Hos mellan c:a 50 till nära 90 % av samtliga individer uppfylldes sömnkriteriet för egentlig depression medan nedstämdhet uppfylldes i mellan 20 till 70 % (figur 2).



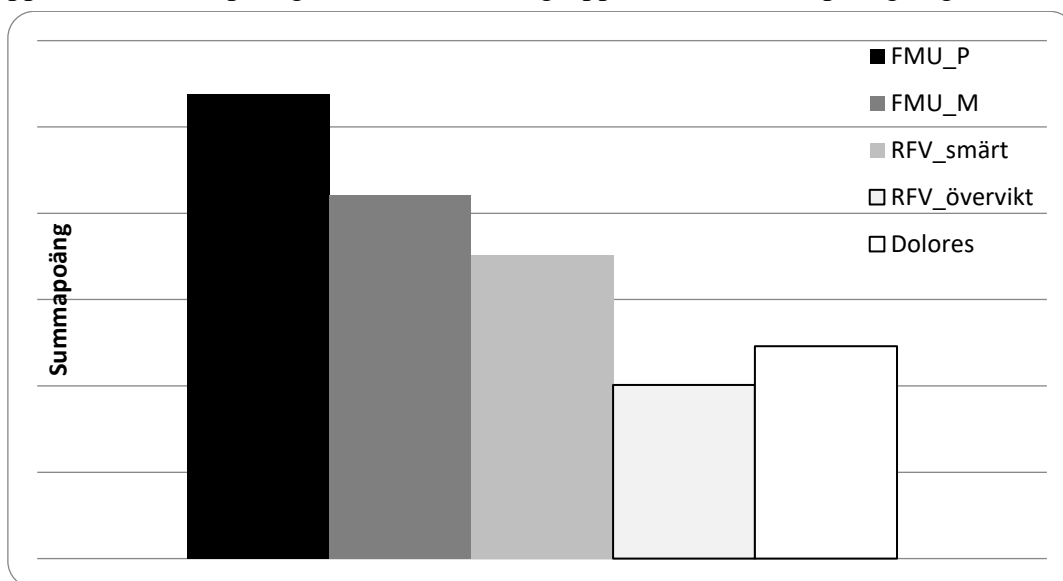
Figur 2. Andel individer i respektive grupp som uppfyllde enskilda kriterier för egentlig depression

Svårighetsgraden av de 20 olika symtomen har illustrerats i en ”symptomprofil” för de olika grupperna (figur 3). Symptomen har rangordnats efter intensitet. Av figuren framgår att de fem symptom som upplevdes med högst intensitet i alla fem patientgrupperna var: smärtor och värk, trötthet, oro, minskad sömn och muskelspänning.



Figur 3. Symptomprofiler ordnade efter svårighetsgrad

Hos patienterna som remitterats för psykiatrisk utredning, grupp FMU_P, var medelvärdet av MADRS 27 poäng, hos gruppen FMU_M 21 poäng, hos grupperna RFV_smärt 18 poäng, gruppen Dolores 12 poäng och hos överviktsgruppen noterades 10 poäng (figur 4).



Figur 4. Summapoäng för Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) i de fem olika patientgrupperna

Intensitet av smärta, muskelspänning och sömnsvårigheter

Smärta med svårighetsgrad >1 rapporterades av 86 % av det totala antalet individer. I grupperna RFV-smärta och FMU_M av 95 %, i grupperna Dolores, FMU_P och RFV_övervikt av respektive 91, 81 och 69 %.

Muskelspänning med svårighetsgrad >1 rapporterades av 64 % av samtliga individer, högst, 81% av grupp FMU_P, lägst av grupp RFV_övervikt (46%) samt i grupperna FMU_M, RFV_smärta och Dolores av respektive 76, 70 och 58 %.

Sömnsvårigheter med svårighetsgrad >1 rapporterades av 72 % av samtliga individer. I grupp FMU-P av 88 %, grupp FMU_M: 81 %, grupp RFV-smärta: 79 %, grupp Dolores: 62 % och grupp RFV_övervikt: 55 %.

Diskussion

Studien visar att de patienter som av Försäkringskassan remitterats för psykiatrisk FMU hade den högsta förekomsten, nära 80 %, av diagnosen egentlig depression baserad på individernas självskattning av kriterierna för denna diagnos. Även hos de individer som remitterats för multidisciplinär FMU, där psykiatrisk undersökning ingick uppfylldes kriterierna för egentlig depression hos mer än hälften. Också bland långtidssjukskrivna personer med i huvudsak oklara smärttillstånd uppfyllde var tredje kriterierna för egentlig depression. Hos patienter med i huvudsak överviktsproblematik uppfyllde knappt en av fem individer kriterierna för egentlig depression. Hos patienter med smärta men som varit sjukskrivna i högst fyra månader uppfyllde en av fem kriterierna för egentlig depression.

Av detta kan man dra två försiktiga slutsatser: 1. Försäkringskassans handläggare tillsammans med dess försäkringsmedicinska rådgivare har kunnat identifiera de olika diagnosgrupperna och remittera individerna till en FMU som varit adekvat anpassad till individernas symptom- och besvärssbild. 2. Bland patienter med muskuloskeletala symptom och med kort sjukskrivning förefaller det finnas en lägre andel personer med egentlig depression än bland de med muskuloskeletala symptom som har en lång sjukskrivning. Detta skulle kunna vara ytterligare ett indicium på att depressivitet i samband med smärta är sekundär till smärttillståndet och till varaktigheten av sjukskrivningsperioden till följd av detta.

MADRS-S är självskattningsversionen av MADRS och kan användas för bedömning av intensiteten av depression eller depressiva symptom. Frågorna kan ge mellan 0 och 6 poäng och maxpoängen av de nio frågorna är således 54 poäng. Flertalet patienter hade mellan 10 till 20 poäng vilket brukar tolkas som lätt depression. Depression av måttlig svårighetsgrad förelåg hos den grupp som av Försäkringskassan remitterats specifikt för enbart psykiatrisk FMU. Depression kan således sägas vara relativt vanligt förekommande bland långtidssjukskrivna personer men depressionens svårighetsgrad är mestadels lätt till måttlig. Denna iakttagelse är förenlig med att av 20 symptom som skattats beträffande intensiteten så hade suicidalitet en lägre intensitet än 17 andra symptom.

De fyra vanligaste symptomen hos de undersökta långtidssjukskrivna individerna var i huvudsak somatiska symptom: smärtor och värk, trötthet, minskad sömn och muskelspänning. De tre vanligaste psykiska symptomen var oro, initiativlöshet och koncentrationssvårigheter. Även detta förhållande skulle kunna tyda på att de somatiska symptomen är förhärskande hos dessa patientgrupper och att de psykiska symptomen kommer först i andra hand.

Undersökningen begränsas av att enbart omfatta självskattningar av ett antal symptom och på att indelningen i de ingående grupperna har gjorts enbart på försäkringsmedicinska grunder och initierats av handläggare på Försäkringskassan. Selektionen av de ingående personerna är därför enbart baserad på till vilken enhet personerna har remitterats av Försäkringskassan. I föreliggande studie kan detta dock vara en fördel då syftet var att kartlägga de psykiska och somatiska symptom som vanligtvis förekommer i samband med långtidssjukskrivning.

Slutsats

Depressiva symptom är vanligt förekommande hos långtidssjukskrivna patienter. De vanligaste symptomen utgörs dock av symptom i form av smärtor och värk, trötthet, minskad

sömn och muskelspänning. Dessa symptom kan inte med säkerhet sägas vara somatiska eller psykiska men har sannolikt stor betydelse för hur de tillstånd som vanligtvis leder till långtidssjukskrivning utvecklas över tid.

Litteraturlista

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10). WHO: Geneva 1996

Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU)167. 2003.

Allebeck P: Kronisk sjukdom och samtidig depression vanligt i många länder. Läkartidningen 105:116, 2008.

Svanborg P, Åsberg M. A new self rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. Acta Psychiatr Scand 89: 21-28, 1994.

Gustafsson K, Marklund S, Alexanderson K, Svedberg P, Linder J. Disability, sickness and unemployment benefits among long-term sickness absentees five years before, during and after a multidisciplinary medical assessment. J of Multidisciplinary Healthcare, 2011;11(4):25-31

Landstad B, Schüldt K, Ekholm J, Broman L, Bergroth A: Women at work despite ill-health: diagnoses and pain before and after personnel support. A prospective study of hospital cleaners/home-help personnel with comparison groups. J Rehabil Med. 2001 Sep; 33(5):216-24.

Linder J, Schüldt, K., Jansson, K.-Å., Ekholm, J. Samverkan mellan psykiatri, ortopedi, rehabiliteringsmedicin och försäkringskassa - en möjlighet till bättre underlag för beslut? Socialmedicinsk tidskrift. 1999;76(5):461-9.

Marklund S, Alexanderson K, Gustafsson K, Lundh G, Linder J, Svedberg P. Långtidssjukskrivna kvinnor och män som genomgått försäkringsmedicinska utredningar: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2011.

Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet, 370: 851-7, 2007.

Salmi P, Svedberg P, Hagberg J, Lundh G, Linder J, Alexanderson K. Outcome of multidisciplinary investigations of long-term sickness absentees. Disabil Rehabil. 2009;31(2):131-7.

Salmi P, Svedberg P, Hagberg J, Lundh G, Linder J, Alexanderson K. Multidisciplinary investigations recognize high prevalence of co-morbidity of psychiatric and somatic diagnoses in long-term sickness absentees. Scand J Public Health. 2009 Jan;37(1):35-42.

Svedberg P, Salmi P, Hagberg J, Lundh G, Linder J, Alexanderson K. Does multidisciplinary assessment of long-term sickness absentees result in modification of sick-listing diagnoses? Scand J Public Health, 2010;38(6):657-63.

Linder J, Schüldt Ekholm K, Brodda Jansen G, Lundh G, Ekholm J. Long-term sick leavers with difficulty in resuming work: comparisons between psychiatric-somatic comorbidity and monodiagnosis. International Journal of Rehabilitation Research 2009, 32: 20-35.

Poston WS 2nd, Ericsson M, Linder J, Nilsson T, Goodrick GK, Foreyt JP. Personality and the prediction of weight loss and relapse in the treatment of obesity. Int J Eat Disord 1999 Apr; 25(3):301-9.