

Monica Löfvander, distriktsläkare, med dr, institutionen för kliniska vetenskaper, sektionen för allmänmedicin, Karolinska institutet samt enheten för transkulturell allmänmedicin, Rinkeby vårdcentral, Stockholm
(monica.lofvander@rinkeby.vssso.sll.se)

Arbetsförmåga – ett problem med många dimensioner

Medveten analys kan underlätta förståelse

II Sjukskrivning och bedömning av arbetsförmåga har tidigare debatterats i Läkartidningen [1]. Det har framförts att korta sjukskrivningar sällan förorsakar problem för läkaren. Långa sjukskrivningar, däremot, kan orsaka konflikter och irritation [2].

Sjukfrånvaron utgör en nationalekonomisk belastning, och organisatoriska förändringar har därför förordats av vissa skribenter [3]. Ett annat tillvägagångssätt kan vara att förändra läkarnas arbetssätt vid bedömning av behov av fortsatt sjukskrivning. Syftet med denna artikel är att beskriva en sådan metod.

»Sjukskrivningssyndromet«

Under senare år har man alltmer uppmärksammat »sjukskrivningssyndromet«, ett syndrom sammansatt av personliga, kliniska och sociala faktorer liksom gruppdynamiska aspekter (exempelvis kulturella mönster eller familjeförhållanden), allt färgat av det kulturspecifika sociala sammanhang som sjukförsäkringssystemet utgör [3-5].

Syndromet ger upphov till särskilda interaktioner mellan läkare och patient, ett förhållande som diskuterats inte bara i Läkartidningen, utan också i övriga Skandinavien [6], i tysktalande länder [7] och i USA [4]. Även försäkringsläkarna påverkas, i Sverige såväl som i andra västländer [1, 5].

Få riktlinjer om sjukskrivningens omfattning och längd

Med undantag för vid ryggsmärta [8] finns sällan någon vägledning för hur lång eller omfattande sjukskrivningen bör vara vid olika tillstånd. Unga läkare får treva sig fram, och i bästa fall kan de luta sig mot äldre kollegers råd. Kanske är det delvis denna brist på riktlinjer som gör att sjukskrivningarna tenderar att bli ett uttryck för patientens önskemål snarare än ett medicinskt ställningstagande.

Det finns flera studier som visar på vådan av långa sjukskrivningar. För icke-malign smärta hos unga invandrare förefaller redan sex veckors sjukskrivning innebära en risk för långvarig sjukskrivning och förtida pension [9]. Tidigare egna studier har visat att de negativa effekterna i huvudsak har bestått i ökat smärtbeteende och minskad tillit till egen arbetsförmåga. Dessvärre förefaller smärtbeteende också påverka

SAMMANFATTAT

Kronisk smärta är ett multidimensionellt problem och en vanlig orsak till långa sjukskrivningar.

Att bedöma arbetsförmåga är svårt, och än svårare vid psykosocial belastning eller språk- och kulturskillnader mellan patient och läkare.

Samtliga unga långtidssjukskrivna personer på en vårdcentral i Stockholm bedöms med en s k multidimensionell diagnostik av två läkare gemensamt.

Patientens egen upplevelse av smärtan/sjukdomen ges mycket stor plats i denna konsultation.

Patientens självupplevda arbetsförmåga kan jämföras med det medicinska underlaget.

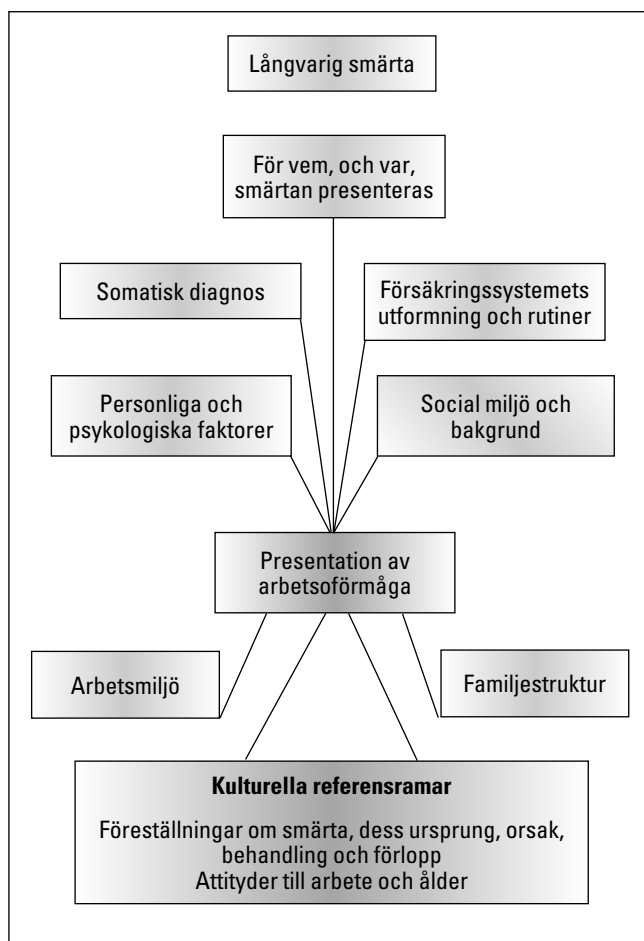
Arbets sättet underlättar förståelsen av patientens situation samt diskussionen angående fortsatt sjukskrivning.

läkares bedömning av funktionsförmågan, ett förhållande som kan bidra till sjukskrivningens onda cirkel [9-11].

Sjukskrivningssyndromet framträder tydligast hos yngre personer med kronisk smärta. Etiologin till smärtan är inte sällan tämligen beskedlig, men subjektiv bot eller lindring är svårt att åstadkomma och rehabiliteringsinsatser kan rentav visa sig ge ett negativt resultat [12]. Förloppet – från sjukskrivningens början till sjukbidrag – är däremot ofta alltför förutsägbart.

Missförstånd som bäddar för missnöje

I teorin har människan en stor förmåga att kompensera för en nedsatt funktion. Men om det skall ske och i hur hög grad det skall ske är såväl personligt som sociokulturellt betingat [13].



Figur 2. Översikt över faktorer som kan påverka upplevd arbetsförmåga vid kronisk smärta.

Vid symtomet smärta finns till exempel stora kulturella skillnader i attityder, beteenden och föreställningar om smärtans orsak och behandling vilket påverkar den upplevda arbetsförmågan [14]. Läkarna har också sina egna erfarenheter och kulturellt präglade föreställningar om sjukdomar, behandling och förlopp. Vid konsultationen möts patientens och läkarens uppfattningar. Problem med att jämföra dessa kan förstärkas av att patient och läkare använder olika språk, såväl nominellt som semantiskt. Det kan uppstå missförstånd, och missförstånd bärar för missnöje hos både patient och läkare. Ju mer patientens kulturella bakgrund skiljer sig från läkarens, desto större är också risken för missförstånd. Detta avspeglas bl a i de långa konsultationstiderna för patienter födda utomlands [15] och att de ofta får symptomdiagnoser [16]. Sådana förhållanden kan dessutom öka andelen remisser.

Ett försök att överbrygga språk- och kulturskillnader

I de områden i storstäderna där en stor del av befolkningen utgörs av unga personer med utländsk bakgrund är sjuktagen ofta mycket höga [17]. I en tvärsnittsstudie i västra Stockholm visade sig sjukskrivningsorsakerna vara långdragna smärttillstånd, psykosocial belastning och depressioner [9]. Dessa tillstånd hade sin grund i existentiella problem, i förhållningssätt till sjukdom och vård, liksom i oro och ångslan för smärta. En bidragande faktor till de långa sjukskrivningstiderna var försäkringskassans rutiner samt väntetider i vården, ett förhållande som även framhävts av andra [3]. Ett faktum som klart framkom var att i praktiken tycktes de sjukskrivande läkarna varit hänvisade till hur patienten själv hade beskrivit sin för-

måga att arbeta [9], ett otillfredsställande faktum med tanke på den komplexa bakgrunden till upplevd arbetsförmåga (Figur 2).

I Rinkeby i västra Stockholm har befolkningen en medelålder på 29 år. Drygt 80 procent har invandrarbakgrund. Antalet etniska minoriteter är cirka 100. Den socioekonomiska nivån är skiftande, men årsinkomsten är generellt sett låg. Området har ett av Sveriges högsta sjuktal. En bidragande orsak kan vara att det anses svårt att göra bedömningar över språk- och kulturgränser. För att i någon mån överbrygga sådana svårigheter har vi vid vårdcentralen i Rinkeby standardiserat vårt bedömningsförfarande av unga personer. Metoden, vilken ursprungligen utvecklades för forskningsändamål inom transkulturell allmänmedicin, kan beskrivas som en patientcenterad, allsidig bedömning för diagnostik och för förståelse av patientens situation samt inställning till sin sjukdom. Här beskrivs grunderna i denna metod.

Bedömningen görs av två läkare

Målgruppen utgörs av vårdcentralens patienter i åldern 16–45 år vilka varit sjukskrivna i mer än sex veckor. Dessa remitteras till rehabiliteringsteamet, vilket består av en manlig och en kvinnlig distriktsläkare med 20 års yrkeserfarenhet samt en sjukgymnast med utländsk bakgrund. Patienterna erbjuds professionell tolk. Teamet utför diagnostik och kognitiv beteendeterapeutisk behandling [18]. Endast diagnostikdelen redovisas här.

Bedömningen utförs av de två läkarna tillsammans, delvis på grund av att patienter kan relatera olika till en manlig respektive en kvinnlig läkare. Den ene läkaren är samtalsledare och den andra är medbedömare. Patienten beskriver själv vad som hänt. Samtalsledaren ställer få frågor och har blicken riktad mot patienten. Tonvikten ligger på tal- och kroppsspråk, och det finns inga moment som kräver att patienten skall läsa eller skriva.

Schemat för multidimensionell diagnostik har utvecklats ur »Diagnostic and statistical manual of mental disorders« [19] och består av flera delmoment inkluderande psykisk och somatisk hälsa, psykosocial belastning, social funktionsnivå, attityder till smärta (sjukdom), kommunikation av smärta (smärtutbredning, smärtintensitet, smärtbeteende), attityder till smärta (sjukdom), ålder och kön samt subjektiv bedömning av arbetsförmåga i nuvarande yrke eller, för arbetslösa, i förhållande till det arbete de söker (Fakta 1 och 2).

För att få en uppfattning om patientens föreställningar om värens (sjukdomens) orsak, förlopp och bot görs en kort intervju kring frågorna: Vad har du för besvär? Vad är orsaken? Var och när sökte du först hjälp? Vad tror du om din hälsa i framtiden? Vad lindrar dina besvär? Denna del ger också en fingervisning om rehabiliteringspotentialen och är samtidigt ett underlag för fortsatt behandling [18].

Efter samtalet skattar läkarna var för sig graden av nedsatt arbetsförmåga i yrke och hemarbete. Den 5-gradiga skalan följer försäkringskassans riktlinjer: 0 procent = ingen nedsättning, 25 procent = viss nedsättning, 50 procent = måttlig nedsättning, 75 procent = markant nedsättning och 100 procent = svår nedsättning. För att undvika underskattning anges det mest patologiska skattningsvärdet som slutomdöme.

Tidsåtgången brukar vara ungefär en timme för patienten och cirka 30 minuter för diskussion mellan läkarna.

Hälften av de heltidssjukskrivna har börjat arbeta

Under åren 1993–1997 bedömdes 119 personer från 35 länder. Medianåldern var 38 år. De flesta var från Turkiet och Mellanöstern. Drygt 10 procent var arbetslösa. Medianen för sjukskrivningstiden var tre månader. Nästan alla, 83 procent, hade psykosocial belastning (medianen var 2,0 poäng) och

II Fakta 1

Multidimensionell diagnostik

- Axel I Psykisk sjukdom enligt DSM.
- Axel II Förekomst av personlighetsstörning enligt DSM.
- Axel III Somatisk sjukdom.
- Axel IV Psykosocial påfrestning, 1–6 poäng, inkluderande oro för smärta.
- Axel V Social funktionsnivå, 50–90 poäng.

Dessa kompletteras med

- Axel VI Smärteckning, 0–18 poäng. Smärtintensitet VAS¹, 0–100 mm. Smärtbeteende UABS², 0–10 poäng.
- Axel VII Attityd till arbete, positiv–negativ; ålder, ung–gammal
- Axel VIII Subjektiv uppfattning av arbetsförmåga i yrke och i hemarbete: nedsättningsgraden värderas enligt skalan: 0 procent = ingen, 25 procent = lätt, 50 procent = svår, 100 procent = grav

¹ Visual Analogue Scale

² University of Alabama Scale

den sociala funktionsnivån var låg (medianen var 75 poäng). Samtliga har rapporterat smärta, varav 90 procent kom från lednära tillstånd. Frekvensen av psykisk sjukdom var 15 procent, varav 12 procent hade depression. Andelen med misstänkt personlighetsstörning var 6 procent.

Nästan alla, 91 procent, har deltagit i det efterföljande behandlingsprogrammet, som i en tidigare randomiserad studie visat sig öka subjektiv arbetsförmåga och återgång i arbete i större utsträckning än vid kontrollbehandling [9].

Uppföljning via försäkringskassans statistik har visat att 32 procent fått helt eller halvt sjukbidrag. Sammantaget har 51 procent av de heltidssjukskrivna återgått i hel- eller deltidarbete. Uppskattningsvis 15 procent, främst de som ej deltog i den efterföljande behandlingen, har senare vänt sig till annan behandlande läkare.

Patienterna har ofta uttryckt sin uppskattning över att ha blivit tagna på allvar genom denna form av konsultation.

Sammanfattning av metodens fördelar

1. Metoden är patientcentrerad och kan användas över språk- och kulturgränser.
2. Metoden underlättar förståelsen av patientens perspektiv.
3. Två läkare i samarbete kan diskutera och ifrågasätta varandra. I observatörsrollen kan man också ägna mer tid till att studera icke-verbala uttryck för plåga och bekymmer.
4. Metoden ger en struktur åt konsultationen, inte minst vid hög psykosocial belastning.
5. Metoden gör det lättare att urskilja sjukdomsbaserade faktorer från andra faktorer som också medverkar i läkarnas bedömning av arbetsoförmåga, exempelvis smärtbeteende.
6. De ingående variablerna har god validitet och reliabilitet [9, 13, 19, 20].
7. Rehabiliteringspotentialen från olika synpunkter kan bedömas var för sig.
8. Antalet remisser till andra instanser har minskat till nära noll.
9. Sekundär sjukdomsvinst av olika slag kan uppenbaras, dels genom diagnostiken, dels genom bedömarens samlade erfarenhet om vanliga beteenden i målgruppen.

II Fakta 2

Fallbeskrivning

37-årig kvinna från Turkiet som gått fem år i skola i hemlandet. Hon är gift och har tre barn. Maken arbetar. Hon bor i Sverige sedan 18 år tillbaka och arbetar som städerska fem timmar per dag. Använder tolk för att vara säker på att förstå och att bli förstådd av läkarna. Hon har värk i rygg, höft och ben sedan flera år. Hon har varit sjukskriven på heltid i åtta månader på grund av värken. Hemma gör hon lite hushållsarbete och familjen hjälper till med resten.

Diagnostik

- Axel I Psykiskt frisk. Sömnsvårigheter på grund av värken, men ingen nedstämdhet.
- Axel II Varm och tillmötesgående. Ingen personlighetsstörning.
- Axel III Kyfoserad bröstrygg och halsrygg. Smärta anges över levatormuskelfästena bilateralt samt över höftadduktormuskulaturen på höger sida. Anger smärta över höger supraspinatusmuskeln vid belastning. Rörligheten är normal i samtliga leder. Blodtryck, hjärt- och lungauskultation och rutinprover är normala.
- Axel IV Psykosocial belastningsgrad bedöms som lindrig, 2 poäng. Ekonomin är bra och barnen klarar sig bra i skolan. Ger intryck av påtaglig oro för den ständiga smärtan som hon tror kommer att göra henne handikappad inom snar framtid.
- Axel V Social funktionsnivå bedöms som tämligen låg (75 poäng), eftersom hon varit sjukskriven länge, inte haft någon kontakt med arbetsplatsen och endast umgås med familjen och anhöriga.
- Axel VI Smärteckning 4,0 poäng. Smärtutbredningen i huvudsak samstämmig med kliniska fynd. Smärtintensitet anges till 65 mm VAS. Smärtbeteende måttligt, 2,0 poäng i UAB-skalan.
- Axel VII Rädd för smärtan, positiv till arbete, känner sig gammal.
- Axel VIII 100 procents nedsatt arbetsförmåga i yrke, 75 procents nedsättning i hemmet.

Bedömd arbetsförmåga: 50 procents nedsatt förmåga i yrket, i mycket ringa grad (0 procent) i hemarbetet.

10. Kollegerna får hjälp med en tung patientgrupp.

Sammanfattning av metodens svårigheter

1. Man får ibland otillräcklig eller vilseledande information om den psykosociala situationen och beträffande mental hälsa, kanske beroende på personlig integritet, bristande insikt eller språksvårigheter.
2. Anamnesen kan bli knapphändig när patienten inte vill ha tolk trots att behov föreligger.
3. Metoden kräver en del träning (cirka tio patientfall).
4. Metoden är tidskrävande.

En metod som underlättar bedömning av arbetsförmågan

Den bedömningsmetod som beskrivits här är i första hand ett underlag för fortsatt behandling av unga patienter [18]. Nästan åtta års erfarenhet har visat att skillnaderna mellan patientens uppfattning om sin arbetsförmåga och läkarnas bedömning av densamma är tämligen stora inom den aktuella pati-

entgruppen. Denna skillnad kan dock lättare förstås genom att patienten får ge uttryck för sina egna tankar kring smärtan. Mest betydelsefullt är det om det finns uttalad oro för smärtan, vilket är vanligt förekommande, 70–75 procent i olika material [9, 18].

Ytterligare hjälp vi har fått av den multidimensionella diagnostiken är när vi velat få en bild av den totala mentala belastningen på patienten, orsakad av exempelvis egen sjukdom, oro för sjukdom, familjeproblem och den sociala situationen. Speciellt i fall med en blandning av psykiska symtom och smärtbeteende bör man lägga stor vikt vid säker diagnostik. I transkulturellt arbete är då DSM-systemet till stor hjälp, och det samma gäller skalan för smärtbeteende [20].

Modellen underlättar bedömning av arbetsförmåga som ju inbegriper både fysisk och psykisk arbetsförmåga samt egna och omgivningens krav, krav som definieras utifrån kulturella referensramar. Ytterligare försvårande omständigheter är den naturliga variationen i arbetsförmåga, beroende på ålder, kön, möjligheterna att få arbete etc. Till detta kommer personliga och kulturella förhållanden som inverkar på den subjektiva arbetsförmågan – från dem som gravt överskattar till dem som gravt underskattar den. Förutom förståelse för patientens situation, medicinskt, psykiskt och socialt, samt för patientens tankar och farhågor, ger bedömningsmetoden också ett underlag för beslut om sjukskrivningsgrad, sjukbidrag och behandling.

Att bedöma arbetsförmåga är en grannliga uppgift som inte bör överlämnas åt andra yrkesgrupper. Eftersom det inte finns någon egentlig metodik för att bedöma arbetsförmåga [13] kan vi åtminstone strukturera underlaget för vår bedömning och samtidigt kartlägga patientens version. Ett sådant arbetssätt underlättar åtminstone förståelse och diskussion mellan patient och läkare angående fortsatt sjukskrivning. Särskild hänsyn kan då också visas till patienter med språkliga, sociala och medicinska handikapp, patientgrupper som inte sällan känner sig i underläge i möten inom vården.

Referenser

- Johansson B. Allvarliga brister vid bedömning av arbetsoförmåga vid sjukdom. *Läkartidningen* 1999; 96: 3641-6.
- Holmberg K. Kan läkaren bedöma arbetsförmågan? *Läkartidningen* 1999; 96: 4642.
- Arrelöv B, Mikaelsson B, Sjöberg I, Svärdsudd K. De galopperande sjukförsäkringskostnaderna: Sanera regelverket och ge incitament till alla berörda att minska frånvaron. *Läkartidningen* 2000; 97: 1988-94.
- Walker JM. Injured worker helplessness: Critical relationships and systems level approach for intervention. *Journal of Occupational Rehabilitation* 1992; 2: 201-9.
- Raspe HH. Mindestanforderungen an das Ärztliche Gutachten zur erwerbsbezogenen Leistungsfähigkeit von Kranken mit chronisch-unspezifischen Schmerzen. *Versicherungsmedizin* 1997; 49: 118-25.
- Gulbrandsen P, Hjordahl P, Fugelli P. Work disability and health-affecting psychosocial problems among patients in general practice. *Scand J Soc Med* 1998; 26: 96-100.
- Arpin J. Sinistrosen: Kultureller Ansatz zum Verständnis der Chronizität und ihrer wirtschaftlichen Aspekte. *Ther Umsch* 1992; 9: 609-15.
- Ont i ryggen. Orsaker, diagnostik och behandling. Stockholm: SBU, 1991.
- Löfvander M. Illness, disease, sickness. Clinical factors, concepts of pain and sick leave patterns among immigrants in primary health care. Effects of different therapeutic approaches. Avhandling. Stockholm: Karolinska institutet, 1997.
- Waddell G, Pilowsky I, Bond MR. Clinical assessment and interpretation of abnormal illness behaviour in low back pain. *Pain* 1989; 39: 41-53.
- Allaz AF, Biney S, Desmeules J, Piquet V, Dayer P. Arrêt de travail et compartement – maladie chez des patients souffrant de dou-

leurs chroniques (Arbetsfrånvaro och sjukbeteende hos patienter med kronisk smärta). *Schweiz Med Wochenschr* 1994; 124: 2032-5.

- Linton SJ, Hellsing AL, Andersson D. Behandla akuta nack- och ryggbesvär tidigt. Färre sjukdagar för tidigare obehandlade patienter. *Läkartidningen* 1993; 90: 2384-7.
- McDowell I, Newill C. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. 2 rev ed. New York: Oxford University Press, 1996: 47-121.
- Helman CG. Culture, Health and Illness. 3rd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1997.
- Sundquist J. Ethnicity as a riskfactor for consultations in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11: 169-73.
- Ekblad S, Oxenstierna G, Akpinar A. Folkhälsorapport för Stockholms län 1998. Edsbruk: Akademityck AB, 1998.
- Att vara sjuk i Stockholms län 1999. Stockholm: Stockholms läns landsting, Socialmedicin–Samhällsmedicin, 1999.
- Löfvander M. Unga invandrare med kronisk smärta. Överförbarhet och utveckling av kognitiv beteendeterapi i primärvård. Stockholm: Allmänmedicin Stockholm, Rapport 1, 2000.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. Washington DC: APA, 1994.
- Richards JS, Nepomuceno C, Riles M, Suer Z. Assessing pain behavior: The UAB pain behavior scale. *Pain* 1982; 14: 393-8.

Fullständig referenslista kan erhållas från författaren.

SUMMARY

Work disability – a multi-dimensional problem. Careful analysis can facilitate understanding

Monica Löfvander

Läkartidningen 2001; 98: 1378-81

Discrepancies between patients' and medical doctors' perceptions of disability as a result of illness and impaired function, respectively, is common in clinical practice. The evaluation of chronic pain is complicated, especially in a transcultural context. A multi-dimensional diagnostic schedule used at a health care center in a multiethnic community is discussed here. It encompasses somatic and psychiatric health, psychosocial pressure, social adaptation, pain communication, attitudes toward pain, and current place of employment. This schedule is used by two primary care physicians who assess patients' ability to participate in work and the extent to which their ability might be reduced.

Correspondence: Monica Löfvander, Rinkeby Health Care Center, Skårbygränd 3, SE-163 72 Spånga, Sweden.

E-mail: monica.lofvander@rinkeby.vssso.sll.se