

Cyprel Ijeh, forskarstuderande

Gunnar Thiringer, docent, f d överläkare, (gunnar.thiringer@ymk.gu.se)

Lotta Dellve, leg sjuksköterska, licentiat i folkhälsovetenskap, doktorand; samtliga vid avdelningen för yrkesmedicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

Enkät bland förtidspensionerad vårdpersonal

Fyra av fem ser sin sjukdom som en arbetsskada

■ I Sverige har en stor andel av befolkningen nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Arbetsförmåga kan ses som den dynamiska relationen/balansen mellan individens resurser och arbetets krav [1].

Det finns inga enkla samband mellan sjukdom eller arbetsförmåga och långtidssjukskrivning eller förtidspensionering. Sjukfrånvaro som leder till förtidspensionering påverkas inte bara av individens hälsotillstånd, utan också av faktorer på samhällsnivå såsom socialförsäkringssystem, ändringar i ersättningsnivåerna [2], arbetslöshetsnivån [3] och rådande konjunktur. På arbetsplatsnivå har arbetsmiljö och möjligheter till anpassning av krav i arbetet betydelse [4, 5]. På individnivå påverkas sjukfrånvaron av attityden till arbetet samt den enskildes motivation och livssituation. Även läkarpraxis och försäkringstjänstemäns tillämpning av regler är av betydelse.

Konsekvenserna av ohälsan för individ, familj, arbetsgivare och samhälle på olika strukturella nivåer är stora. Förtidspensioner kostar det svenska samhället stora belopp, 42 miljarder kronor år 2000 (BNP 2 098 miljarder kronor) att jämföras med 28 miljarder tio år tidigare (BNP 1 410 miljarder). LO har beräknat att den samhällsekonomiska kostnaden för en förtidspensionär är cirka 200 000 kronor per år, då hänsyn tagits till produktionsbortfall. I december 2001 var drygt 10 procent av svenskar i åldern 16–65 år förtidspensionerade, 456 822 personer, att jämföras med 437 943 i december 2000.

Individens bedömning avgör rehabiliteringsresultat

En yrkesgrupp med hög förekomst av förtidspensionering och långtidssjukskrivning är vård- och omsorgspersonal. Muskuloskeletala besvär är den vanligaste orsaken till förtidspensionering i denna grupp. Sådana besvär utvecklas under lång tid. Det är ofta en kombination av flera faktorer som påverkar utvecklingen av besvären [6-8]. En bra rehabiliteringsprocess, som sker i samarbete med berörda parter, är viktig för att man skall kunna arbeta trots vissa besvär.

Sedan 1997 skall endast av medicinska omständigheter orsakad arbetsförmåga beaktas vid prövning av rätt till sjuk-

SAMMANFATTAT

Vård- och omsorgspersonal inom kommunal äldre- och handikappomsorg har hög förekomst av förtidspensionering och långtidssjukskrivning.

Inom en större enkätstudie, »GOSY-studien« (goda system i vården), utvaldes 454 personer för en delstudie. Förutsättningen för deltagande var arbetsverksamhet under 1994–1995 och beviljad förtidspension under 1997–1998.

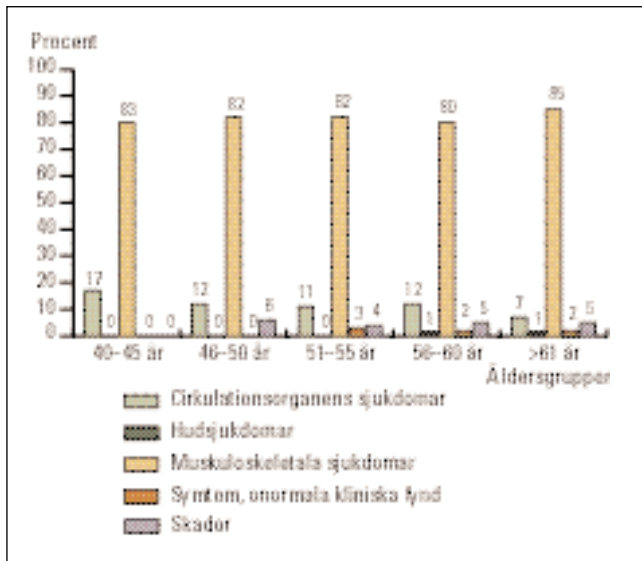
De 454 personerna studerades med avseende på deras uppfattning/bedömning om orsak till förtidspensionen och om huruvida arbetsmiljöfaktorer orsakat arbetsförmågan.

Nio av tio delade försäkringskassans uppfattning om huvudorsak till förtidspensionen.

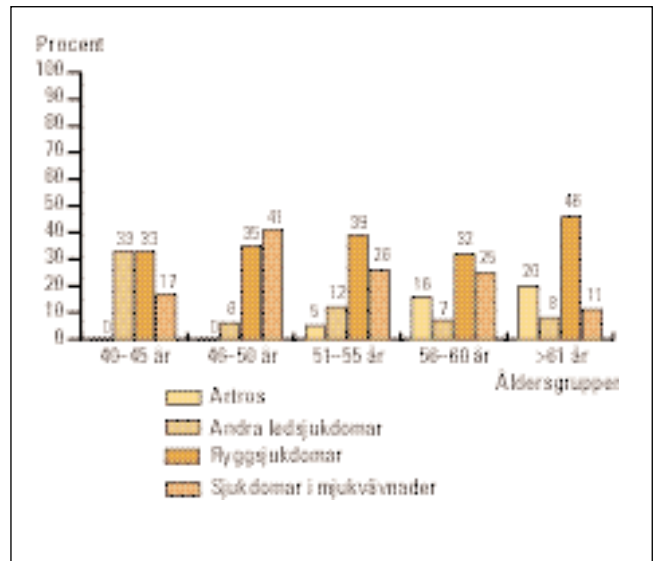
Fyra av fem uppgav att arbetsförmågan berodde på arbetsmiljön. Av dessa hade cirka två tredjedelar anmält sjukdomen för arbetsskadeprovning, hälften hade fått avslag.

penning, förtidspension eller sjukbidrag. Tidigare kunde nedsatt arbetsförmåga till följd av ålder och/eller sociala förhållanden vägas in [9]. En korrekt medicinsk diagnos är därför ännu viktigare än förut, eftersom den är det viktigaste underlaget vid bedömningen. Bedömning av arbetsförmåga kommer först i andra hand. Innan Socialförsäkringsnämnden fattar beslut i pensionsfrågan har ärendet granskats och diagnosen verifierats av en försäkringsläkare.

Patientens, den behandlande läkarens och försäkringsläkarens uppfattningar om orsaken till arbetsförmågan kan skilja sig åt. Individens egen uppfattning och bedömning av sitt sjukdomstillstånd och vad som orsakade det är av avgö-



Figur 1. Orsaker till förtidspensioner i olika diagnos- och åldersgrupper.



Figur 2. Muskuloskeletala sjukdomar uppdelade i fyra undergrupper.

rande betydelse för en lyckad rehabiliteringsprocess. Trots att sådan diskrepans är ett vanligt problem finns det få studier som undersökt skillnaden mellan patientens och läkarens uppfattning om aktuell sjukdom.

Tre frågeställningar om patientens bedömning

I vår undersökning har vi använt ett begränsat urval av diagnoser, vilket beskrivs under material och metod. Våra frågeställningar i undersökningen var:

- Stämmer patientens uppfattning om sin diagnos med försäkringsläkarens?
- Hur ofta har patienterna uppfattningen att de sjukdomar som orsakat deras arbetsförmåga har vållats av faktorer i arbetsmiljön?
- Hur stor andel av de förtidspensionerade har anmält sjukdomen som arbetsskada, och vilket beslut fattades?

II Material och metod

Denna studie är en delstudie inom GOSY-projektet (goda system i vården) [www.ymk.gu.se].

Urval och undersökningsgrupp

Undersökningspopulationen är samtliga vårdbiträden och undersköterskor anställda inom kommunal äldre- och handikappomsorg, cirka 155 000 individer. Av dem är 95 procent kvinnor, och mer än 30 procent är över 50 år [10]. Undersökningsgruppen bestod av dem som arbetat minst 50 procent under 1994 och 1995 och som nybeviljats förtidspension till minst 50 procent under 1997 eller 1998. Uppgifter om anställda inhämtades från Svenska Kommunförbundets register över kommunal personal. Dessa uppgifter samkördes med uppgifter om förtidspensionering från Riksförsäkringsverket.

Sjukdomstillstånden är klassificerade enligt »International statistical classification of disease« (ICD 9 och 10). Urvalet avsåg diagnosgrupper i vilka det inte sällan förekommer en relation till arbetsmiljöfaktorer, såsom:

- cirkulationsorganens sjukdomar, I00–I99,
- hudens och underhudens sjukdomar, L00–L99,
- sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven, M00–M99,
- symtom/onormala kliniska fynd (t ex yrsel, trötthet, värk, smärtor etc), R00–R99,
- skador, S00–T98.

Den muskuloskeletala diagnosgruppen har sedan uppdelats i fyra undergrupper: artros, andra ledsjukdomar (t ex gikt, reumatoid artrit etc), ryggsjukdomar och andra sjukdomar i mjukvävnader (t ex fibromyalgi, tennisarmbåge, knölar under fötterna etc). Det finns fler diagnosgrupper som kan vara arbetsrelaterade men som valdes bort av praktiska skäl.

Totalt blev 715 vårdbiträden och undersköterskor förtidspensionerade under 1997 och 1998 med här aktuella diagnoser. Av dem var det 617 som uppfyllde våra övriga urvalskriterier. Svarefrekvensen var 74 procent (454 personer), endast tre var män.

Datinsamling och analys

Datinsamlingen skedde retrospektivt via frågeformulär som distribuerades av Statistiska centralbyrån. De förtidspensionerade i undersökningsgruppen tillfrågades om hur de uppfattade orsaken till arbetsförmåga, om de ansåg att deras sjukdomar var orsakade av arbetet och om de anmält arbetsskada. Dessa frågor har hämtats från ett frågeformulär framtaget vid Sektionen för personskadeprevention vid Karolinska institutet.

Enkätsvaren jämfördes med Riksförsäkringsverkets databas om huvudsaklig diagnos som orsak till förtidspensionering enligt försäkringskassans beslut.

Statistiska centralbyrån tillhandahöll även registerdata om ursprungsland och medborgarskap för undersökningsgruppen.

II Resultat

Undersökningens resultat visar hur individernas uppfattning och bedömning av sjukdomsorsak överensstämmer med försäkringskassans.

Diagnoser och åldersfördelning

De utvalda diagnosgrupperna omfattar cirka 75 procent av totala antalet beviljade förtidspensioner i hela studiegruppen. Bland dessa diagnosgrupper var muskuloskeletala sjukdomar den i särklass vanligaste, 80–85 procent i alla åldersgrupper (Figur 1). Bland de muskuloskeletala sjukdomarna utgjorde ryggsjukdomar den största undergruppen, 33–46 procent i alla åldersgrupper (Figur 2).

Hälften av artroserna diagnostiserades hos personer som var äldre än 60 år. Liksom artroserna fanns ryggsjukdomar of-

tast i denna åldersgrupp. För samtliga övriga diagnosgrupper sammantagna är 56–60-åringarna den största gruppen. Sammanlagt svarar dessa för drygt 40 procent av alla förtidspensioner.

Överensstämmelse mellan försäkringsläkare och patient

Av de förtidspensionerade hade 89 procent en med försäkringskassan överensstämmande uppfattning om huvudorsaken till att de förtidspensionerats. Således hade endast 11 procent en avvikande uppfattning. Samstämmigheten mellan försäkringskassans respektive de förtidspensionerades uppfattning om orsaken till sjukdomen varierade mellan diagnosgrupperna. Bäst var överensstämmelsen hos dem med sjukdomar i mjukvävnader. Här stämde nio av tio. Något sämre överensstämmelse fanns i den grupp vars sjukdomar klassificerats som symtom eller onormala kliniska fynd, där sju av tio stämde.

I 172 av de totalt 454 fallen hade försäkringskassan även uppgift om »bidiagnos«. Här hade 140 (81 procent) förtidspensionärer en med försäkringskassan överensstämmande uppfattning. Bäst var överensstämmelsen i gruppen »skador«, där nio av tio besvär/diagnoser stämde. Av de 47 förtidspensionärer som hade avvikande uppfattning om sin huvuddiagnos var tio överens med försäkringskassan vad gällde bidiagnosen. Det innebär att det förelåg hel eller partiell överensstämmelse i alla fall utom 37, vilket betyder att endast 8 procent av förtidspensionärerna hade en helt annan uppfattning om orsaken till beviljandet av förtidspension än den officiella.

Arbetskadorna

Fyra av fem patienter i studien hade uppfattningen att deras förtidspensionering var orsakad av arbetet eller arbetsmiljön. Av dessa hade cirka 60 procent anmält sjukdomen som arbetskada.

Hälften av dem fick avslag på sin ansökan. Detta var särskilt påtagligt i fråga om artros, där endast en (1) av 29 godkändes.

II Diskussion

I de allra flesta fall (89 procent) hade patienten och försäkringsläkaren en överensstämmande uppfattning om huvudorsaken till förtidspensioneringen. Endast 8 procent av förtidspensionärerna hade en helt annan åsikt. Sämst överensstämmelse fanns i den grupp vars sjukdomar klassificerats som symtom eller onormala kliniska fynd. I denna grupp hade 30 procent av de förtidspensionerade uppfattat att deras arbetsförmåga hade en annan orsak än den försäkringsläkaren bedömt föreligga.

För att bedömningen av patientens sjukdom skall bli korrekt måste behandlande läkare och patient ha god kommunikation. Detta betyder att den behandlande läkarens och patientens olika språk skall transformeras till ett för dem båda begripligt. Inte minst viktigt är detta för försäkringsläkaren, vars utlåtande skall grundas på behandlande läkares intyg och andra medicinska dokument. Om behandlande läkare av något skäl inte har gjort en korrekt bedömning kommer patienten att drabbas. Enligt svensk lagstiftning bör försäkringsläkaren inte själv undersöka patienten.

En praktisk konsekvens av att patienter och läkare kan ha olika uppfattningar om orsaken till sjukdomen är att patientens möjligheter att tillgodogöra sig rehabiliterande åtgärder kan minska.

Ett exempel skulle kunna vara ett fall där en patients huvudsakliga arbetshinder enligt behandlande läkare är depression men enligt patienten själv långvariga ryggbesvär. Den rehabilitering som erbjuds kommer då att vara inriktad på åtgärder

för att överbrygga det psykiska arbetshindret, vilket patienten kanske inte känner sig motiverad för, eftersom det är ryggen som »gör ont«. Under sådana, sannolikt icke ovanligt förekommande situationer kan rehabiliteringen inte lyckas, och slutresultatet blir förtidspension.

Smärta vanligaste orsak till förtidspension

Från tidigare studier inom GOSY-projektet vet vi att bara cirka en tredjedel av omsorgspersonal med muskuloskeletal besvär får arbetsplatsinriktad rehabilitering, t ex träning i reell miljö. Det är knappt 20 procent som får ett mer omfattande rehabiliteringsprogram med t ex arbetsprövning eller anpassade arbetsplatser. Bland de äldre beviljades ännu färre någon form av rehabilitering.

Däremot har de som rapporterat arbetsskada och fått denna godkänd erhållit både fler och mer omfattande rehabiliteringsåtgärder.

En stor del av dem som förtidspensionerades hade själva önskat fortsätta i arbetslivet under förutsättning att framför allt de fysiska kraven kunde minska [5].

Bland de undersökta var olika typer av smärttillstånd den vanligaste orsaken till förtidspensionering. Totalt 82 procent av alla fall hade muskuloskeletal sjukdom, och drygt hälften hade ryggskador, oftast ryggont. Den medicinska diagnosen ställs vanligen utifrån en organpatologisk modell, medan en symtombeskrivning utgår från en biopsykosocial modell [11, 12]. Vid utveckling av ett kroniskt smärttillstånd måste såväl biologiska och psykologiska som sociala förhållanden beaktas. Med ett biopsykosocialt synsätt accepterar man att psykologiska och sociala problem kan orsaka och vidmakthålla somatisk sjukdom eller uppkomma som konsekvens av sjukdomen [13]. För att sjukdomen skall godkännas som arbetsskada måste emellertid arbetsskadeförsäkringens bevisregler uppfyllas. Dessa kräver att det finns en preciserad diagnos.

Det är viktigt att understryka hur mycket diagnos och ålder betyder vid förtidspensionering. Artros ger t ex inte rörelsehinder förrän i åldrarna över 50 och är klart vanligast i de högsta åldersklasserna. Uppfattningen att artros sällan förekommer hos personer under 40 år stämmer väl med våra resultat. Vidare ser man att sjukdomar i mjukvävnader inte är vanligast i den äldsta åldersgruppen utan i gruppen 51–60 år. Det kan bero på att de äldstas folkpensionering låg så nära i tiden att de valt att arbeta tiden ut.

Svårt få sjukdom godkänd som arbetsskada

Cirka 60 procent av dem som »tror att arbetet har med arbetsförmågan att göra« har anmält sjukdomen som arbetskada, vilket får anses vara en förhållandevis stor andel. Ändringen i Lagen om arbetsskadeförsäkring (LAF) 1993 innebar försämrade möjligheter att få sjukdomar eller skador godkända som arbetskada. Sedan dess har därför många avstått från besväret att anmäla, eftersom man uppfattat det som för svårt att få arbetskada godkänd.

Patienterna upplever inte sällan att de har en klar arbetskada, medan försäkringskassan har kommit fram till motsatt slutsats. Detta kan ibland bero på att det vid vissa arbetsrelaterade skador finns förhållandevis ringa kunskap, särskilt i fråga om sjukdomstillstånd för vilka man saknar objektiva mått. Då saknas också underlag för bedömning av skadlig inverkan i arbetet, eftersom denna bedömning först och främst bygger på att det finns en säkerställd diagnos.

Den tillgängliga medicinskt vetenskapliga dokumentationen räcker inte alltid för att uppfylla LAFs beviskrav. Detta är orsaken till att t ex artros var så svårt att få godkänd som arbetskada. Trots att artroserna utgjorde nästan 15 procent av alla beviljade förtidspensioner var det endast en (1) person

som fick artros godkänd som arbetsskada. Av de ryggsjukdomar som anmälts som arbetsskada godkändes 34 procent och av anmälda muskuloskeletala besvär 33 procent – att jämföra med 75 procent i gruppen »skador«.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Tuomi K, Ilmarinen J, Seitsamo J, Huuhtanen P, Martikainen R, Nygard CH, et al. Summary of the Finnish research project (1981-1992) to promote the health and work ability of ageing workers. *Scand J Work Environ Health* 1997;23(Suppl 1):66-71.
2. Alexanderson K. Sickness absence: a review of performed studies with focus on levels of exposures and theories utilized. *Scand J Soc Med* 1998;4:241-9.
3. Riksförsäkringsverket. Långvarigt sjukskrivna – arbetslöshet och sammansatta riskfaktorer. *RFV Redovisar* 1996;14:37-77.
4. Arneson H. Arbetsgivarens rehabiliteringsinsatser och kvinnors återgång i arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift* 2000;77:421-8.
5. Dellve L, Lagerström M, Hagberg M. Rehabilitation of home care workers. Supportive factors and obstacles prior to disability pension due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil* 2001;12:55-64.
6. Wigaeus Tornqvist E, Kilbom A, Vingard E, Alfreidsson L, Hagberg M, Theorell T, et al. The influence on seeking care because of neck and shoulder disorders from work-related exposures. *Epidemiology* 2001;12:537-45.
7. Hales TR, Bernard BP. Epidemiology of work-related musculoskeletal disorders. *Orthop Clin North Am* 1996;27:679-709.
8. Bongers PM, de Winter CR, Kompier MA, Hildebrandt VH. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scand J Work Environ Health* 1993;19:297-312.
9. Arbetssjukdomar och arbetsolyckor 1997. *Arbetssjukdomar*. Halmstad: SCB, ISA 1999;3.6:57-8, 4:70-81.
10. Dellve L, Allebeck P, Bengtsson B, Ekman A, Hagberg M, Hansson T, et al. Arbetsskadeincidens i äldreomsorgen. En studie av vårdbiträden och undersköterskor 1994-1998 inom privat och kommunal omsorg om äldre och funktionshindrade. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Avdelningen för yrkesmedicin; 2000. Rapport från Yrkes- och miljömedicin nr 79.
11. Chew-Graham C, May C. Chronic low back pain in general practice: the challenge of the consultation. *Fam Pract* 1999;1:46-9.
12. Andreoli T, Carpenter C, Plum F, Smith L. Disorders of sensory function. Pain and painful syndromes. In: , editors. *Cecil essentials of medicine*. 2nd edition. Philadelphia, USA: WB Saunders company; 1990. p. 706-12.
13. Carlsson SG. Hälsa och sjukdom, soma och psyke. I: Carlsson SG, Hjelmquist E, Lundberg I (redaktörer). *Delaktig eller utanför. Psykologiska perspektiv på hälsa och handikapp*. Umeå: Borea; 2000.