

Förtidspensionering – sjukdomsbegrepp – psykosociala aspekter

Lars Jacobsson

Arbetsmarknadens krav och tillgången på arbete har förändrats under senare år och kopplingen till sjukvården när det gäller att ta hand om effekterna av denna förändring har blivit alltför stark. Enskilda människor får bära de sociala och emotionella kostnaderna för den väsentligen politiskt betingade arbetsmarknadssituationen.

Lars Jacobsson är professor i psykiatri vid psykiatriska institutionen, Umeå universitet och överläkare vid psykiatriska kliniken 1, Region-sjukhuset i Umeå. Han var i många år förtroendesläkare vid Statens Personalnämnd och är nu ledamot av Pensionsdelegation 1 i Västerbottens län.

Det är en truism att säga att en individs möjligheter att fungera i och försörja sig på ett visst arbete beror på en rad faktorer där den fysiska och psykiska hälsan var för sig och tillsammans bara utgör en del av förutsättningarna. Samtidigt gäller ju att tillgången till lämpligt arbete påverkar människors förmåga och möjligheter att försörja sig genom arbete. Vår nuvarande pensionslagstiftning avser inte att vara en lytesersättning, utan skall vara en kompensation för svårigheter att försörja sig genom arbete pga sjukdom eller skada, dvs pensionen eller sjukbidraget skall vara en kompensation för arbetsinvaliditet beroende på medicinska faktorer. Emellertid har man sedan 1970 givit ett ökat utrymme för sociala faktorer i bedömningen. När det gäller äldre förvärvsarbetare infördes 1972 möjligheten att få förtidspension på rent arbetsmarknadsmässiga grunder utan särskild medicinsk prövning. Förtidspensionen blev för denna grupp människor en ar-

betslöshetsförsäkring. 1977 infördes en mindre restriktiv bedömning av missbrukare av alkohol och/eller andra medel som underlättade förtidspensionering av denna grupp patienter.

Medikaliseringen av arbetsmarknaden

Det är uppenbart att arbetsmarknadens krav och tillgången på arbete har förändrats under senare år, vilket också lett till att förutsättningarna för sjukbidrag och sjukpension rimligen också måste förändras om man fortfarande utgår ifrån samma förutsättningar, dvs individens möjligheter att försörja sig genom arbete. Om man alltså utgår ifrån arbetsmarknadens krav och möjligheter är det rimligt att förtidspensioner och sjukbidrag nu beviljas utifrån andra förutsättningar än för 10–20 år sedan. Sett från den synpunkten är det alltså inte orimligt att utvecklingen har blivit sådan som den redovisats av Berglind och Eriksen i detta nr av Socialmedicinsk tidskrift. Det behöver alltså i och för sig inte betyda en medikalisering av arbetsmarknadsutslagningen, utan bara en anpassning till mekanismer som i stort sett de flesta i vårt samhälle hittills har accepterat.

I en situation med en expanderande arbetsmarknad var det kanske rimligt att koppla pensionsförmånen till arbetsförmågan och också att göra arbetsförmågan till en medicinsk fråga. Så länge alla

.....
I en situation med en expanderande arbetsmarknad var det kanske rimligt att koppla pensionsförmånen till arbetsförmågan.
.....

som ville arbeta också kunde få arbete kunde pensionen ses som en relativt renodlad medicinsk fråga. I en situation där det helt enkelt inte finns tillräckligt många avlönade arbetsplatser, kan man inte koppla försörjningsförmågan uteslutande till en medicinskt definierad arbetsförmåga.

Arbetsmarknadens krav när det gäller fysisk prestationsförmåga, tex att lyfta och bära, har minskat påtagligt medan de psykiska kraven ex på koncentration och uthållighet snarast har ökat. De flesta som arbetat med rehabilitering vet att det är relativt mycket lättare att kompensera fysiska handikapp med dagens teknologi, men betydligt svårare att kompensera psykiska handikapp i form av bristande koncentrationsförmåga, bristande uthållighet, låg stresstolerans, behov av stöd och handledning i arbetssituationen, bristande förmåga att passa tider och att klara ofta mycket pressade arbetsschemata. När man ser till tillgängliga data över förtidspensioner och sjukbidrag blir det tydligt att det är människor med psykiska handikapp som tidigast slås ut från arbetsmarknaden och att det också är en mycket stor grupp.

Tabell 1 visar att 1979 gruppen mentala rubbningar är den tredje största diagnosgruppen när det gäller nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag med 16,4% av samtliga fall. I åldrarna 16–44 år är det den i särklass största gruppen. I en detaljstudie av en månads pensions- och sjukbidragsärenden vid försäkringskassan i Stockholm 1976, fann Hansson (1978) att hela 38% av nybeviljade pensionsärenden i Stockholm skedde pga "klart" eller "sannolika psykiatriska orsaker" (*tabell 2*). Egna data från Västerbotten tyder på att minst 1/4 av pensions- och sjukbidragsärenden har ett klart psykiatriskt inslag.

När det gäller regionala skillnader är i storstäderna, Stockholms län, Malmöhus län, Malmö och Göteborg, denna kategori den näst största medan den vanligaste diagnosgruppen i samtliga försäkringskassor är artrit, reumatiska och ben- och ledsjukdomar (*tabell 3*). I norrlandslänen är andelen förtidspensioneringar pga mentala handikapp ungefär hälften så stor som i storstadsområdena.

Av *tabell 4* framgår också att utslagningen av psykiskt handikappade börjar förhållandevis mycket tidigare än när det gäller somatiskt handikappa-

Tabell 1. Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag 1979 (Rfv 1981).

Diagnosgrupp	No	%
Artrit och reumatisk, ben- och ledsjukdomar	15 714	36,0
Cirkulationsorganens sjukdomar	7 984	18,3
Mentala rubbningar	7 184	16,4
Arbetsmarknadsskäl	2 602	6,0
Skador genom yttre våld och förgiftning	1 727	4,0
Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar	1 605	3,7
Tumörer	1 482	3,4
Övrigt	3 630	8,3
	43 683	100

Tabell 2. Främsta arbetshindret hos nybeviljade och förlängda sjukbidrag och pensioner under en månad 1976 vid Stockholms läns allmänna försäkringskassa (Hansson, 1978).

	Antal	% av totalantalet fall
Klart psykiatriska orsaker	319	30
Sannolikt huvudsakligen psykiatriska orsaker	89	8
Bidragande psykiatriska och somatiska orsaker	75	7
Sannolikt huvudsakligen somatiska orsaker	83	8
Klart somatiska orsaker	493	47
	1 059	100

Tabell 3. Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag (Rfv 1981).

Mentala rubbningar – länsfördelning (% av totala antalet i respektive kassa)

Göteborgs län	27,2%
Malmö	20,9%
Stockholms län	21,5%
Hallands län	20,7%
Skaraborgs län	19,9%
Malmöhus län	18,4%
—	
Kopparbergs län	10,9%
Västernorrlands län	10,7%
Jämtlands län	8,3%
Norrbottnens län	9,0%
Västerbottens län	9,5%
Samtliga kassor totalt	16,4%

Tabell 4. Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag (Rfv 1981).

Diagnosgrupp	16–24 år	25–34 år	35–44 år	45–54 år	55–64 år	Totalt
Mentala rubbningar totalt	551	917	1 217	1 989	2 510	7 184
Psykosor	101	313	280	367	497	1 558
Neuroser	107	540	887	1 579	1 988	5 101
Utvecklingsstörningar	343	44	50	43	25	525
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	34	228	852	3 607	10 993	15 714
Övrigt	201	429	992	3 542	15 621	20 785
Totalt	786	1 574	3 061	9 138	29 124	43 683

de. När det gäller de stora huvudgrupperna psykisk utvecklingsstörning, psykosor och neuroser inkluderande alkoholmissbruk, framgår av figuren att psykisk utvecklingsstörning innebär att individerna överhuvud taget knappast kommer ut på arbetsmarknaden. I psykosgruppen sker också tidigt en uteslutning. I neurosgruppen kommer utslagningen framför allt i övre medelåldern och i detta kan man väl rimligen se arbetsmarknadens krav och möjligheter som en viktig faktor. Diskrepansen mellan arbetsmarknadens krav och möjligheter och individens förmåga blir så småningom alltför stor.

Hanssons studie (1978) visar också att inom gruppen mentala störningar är neurosdiagnosen den största följd av psykosor och alkoholmissbruk (tabell 5). Både denna studie och egna erfarenheter från Västerbotten visar att det är en mycket liten andel som återgår i arbete när man väl har fått sjukbidrag eller pension för första gången. Vissa grupper kan dock så småningom komma ut på arbetsmarknaden, framför allt då i form av skyddat arbete, tex på en skyddad verkstad och det gäller då framför allt personer med intellektuella handikapp som så småningom kan finna sådana arbeten och även vissa långtidssjuka som vårdats länge inom psykiatri och som i samband med intensifierade rehabiliteringsansträngningar har visat sig kunna fungera på skyddade verkstäder.

Psykosociala konsekvenser av arbetslöshet och förtidspensionering

De som förtidspensioneras och får sjukbidrag har i allmänhet under ganska lång tid haft svårigheter på arbetsmarknaden antingen så att man gått sjukskri-

Tabell 5. Diagnosfördelning bland nybeviljade sjukbidrag och pensioner under en månad 1976 vid Stockholms läns försäkringskassa (Hansson, 1978).

Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	173	
Mentala rubbningar	170	
– neuroser	74	43 %
– psykosor	30	18 %
– alkoholism	20	11 %
– personlighetsavvikelser	15	9 %
– neuropsykiatriska sjukdomar	11	6 %
– ospecificerade fall	10	6 %
– intelligensdefekter	8	5 %
– andra missbruk än alkohol	2	1 %
Cirkulationsorganens sjukdomar	101	100 %
Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar	31	
Övrigt	155	
Totalantal nybeviljade fall	630	

ven periodvis därför att man inte klarat av arbetet och slutligen får pension (detta alternativ är sannolikt det vanligaste). Eller har man gått mer eller mindre arbetslös länge och gett upp hoppet om att finna ett arbete som passar och antar så småningom en sjukroll och får slutligen sjukpension. Eller har man visserligen en restarbetsförmåga, men det finns inget arbete som passar på orten och det gamla klarar man inte av p g a sitt handikapp och pension blir då den rimliga lösningen.

Den som får förtidspensionen har alltså en varierande bakgrund och upplevelsen av att vara förtidspensionerad är naturligtvis i hög grad beroende på vad som föranlett pensioneringen och vad man pensioneras till. Exempelvis får en småjordbrukare som inte haft en stadig årsinkomst det ofta bättre

Upplevelsen av att vara förtidspensionerad är naturligtvis i hög grad beroende på vad som föranlett pensioneringen och vad man pensioneras till

ekonomiskt efter förtidspensioneringen och har dessutom ofta kvar sin sysselsättning på gården (Bergroth 1977).

Är det ett handikapp som definitivt omöjliggör ett förvärvsarbete av något slag är det naturligtvis en lättnad när man får sin sjukpension. Pensionen blir för dessa en befrielse snarare än en uteslutning från arbetsmarknaden (Samuelsson, 1981). Har man en restarbetsförmåga och en vilja att arbeta, men det är omöjligt att få ett lämpligt arbete på hemorten, är anpassningen mycket svårare. Den norske socialantropologen Cato Wadel har skildrat detta i en nu klassisk bok "Now, whose fault is that? The struggle for self-esteem in the face of chronic unemployment" (Wadel, 1973). För det första avskärs man från det sociala sammanhang som arbetet innebär, för det andra måste man ständigt försvara och legitimera att man är en vårdtagare, man måste ständigt bevisa att man är sjuk och att man skulle vilja arbeta bara man kunde. Detta har sin grund i att pensionen utgör en mycket mera acceptabel försörjningskälla än vad socialbidrag innebär i en arbetslöshetssituation. Överhuvudtaget är det tveklöst så att sjukförsäkringssystemet erbjuder en mycket mera acceptabel försörjning än vad socialtjänsten gör och man kan fråga sig varför?

Att förlora arbetet upplevs lätt som något som beror på en själv – att man inte duger längre som arbetskraft – man är onödig! Det är lättare att inte kunna arbeta pga sjukdom än att tvingas leva med känslan av att inte duga. Denna privatisering av arbetslöshetssituationen är viktig och studeras fn av Wahlqvist och medarbetare i det sk Finnbodavarvsprojektet (Joelsson och Wahlqvist 1982).

Man kan också se på förhållandet mellan samhällets hjälporgan och individen som ett bytesförhållande. Det bör råda jämvikt i ett förhållande, dvs parterna skall ge och ta. I sociala sammanhang uppstår lätt obalans så att den enskilde individen upple-

ver sig mindervärdig som måste ta emot hjälp utan att kunna göra något motprestation. Ålderspensionen upplevs inte som att ta emot hjälp, utan är en intjänad rättighet. Vid sjukdom är man också väsentligen undantagen från eget ansvar för situationen och kravet på motprestation bortfaller.

Detta förhållande medför att frågan om försörjning när man inte längre själv med eget arbete kan bidra till den, i första hand leder till ett försök till lösning inom ramen för sjukförsäkringssystemet när arbetsvården och arbetslöshetskassorna inte längre passar in. Detta försätter behandlande läkare i den svåra situationen att han för att hjälpa sin patient ur en ofta ganska hopplös livssituation där arbetslöshet och hot mot ekonomin tillsammans skapar problem, bäst löser sin patients problem genom att skriva ett tillräckligt starkt intyg som motiverar sjukbidrag eller pension.

Det är uppenbart att sjukvården nu fått en alltför central roll i frågan om medborgarnas försörjning vid brist på arbete och framför allt vid den accelererande bristen på arbetstillfällen med måttliga eller ringa krav på fysisk och framför allt psykisk prestationsförmåga. Wadel formulerade detta så att välfärdsstaten konverterat ekonomiska och politiska kostnader till sociala (sjukvårdsmässiga i detta fall) och menade också att dessa kostnader till stor del får bäras av den arbetslöse och hans familj.

Några frågor!

Det borde vara möjligt att hitta ett system där samhället tillvaratar den restarbetsförmåga som finns hos nästan varje människa oberoende av handikapp. Det finns så många arbetsuppgifter i vårt samhälle som fn inte blir utförda, medan en växande stor grupp människor lever i samhället med en större eller mindre "restarbetsförmåga" som både de själva och samhället skulle kunna ha glädje av, men som tillåts förfalla. Det krävs politiska och sociala innovationer för att lösa detta, men det krävs också att medicinen granskar sitt förhållande till förtidspensionering och sjukbidrag. Hur mycket har den medicinska professionen bidragit till den uppkomna situationen genom att acceptera sjukskrivningsmöjligheten som en lösning på endast delvis medicinska problem som vi fn inte har någon bra lösning på?

.....

Viktig fråga för framtiden – Rätten för människor att få en plats i arbetslivet som individer och inte bara som arbetskraft

.....

Det borde vara en skyldighet för sjukvården att undersöka effekten av långvariga sjukskrivningar och sjukbidrag och förtidspensioner. Nyligen tog professor Nachemson upp detta problem till diskussion när det gäller en av de största sjukdomsgrupperna, nämligen personer med "ont i ryggen" (Nachemson 1982). Det är mycket som talar för att det skulle vara gynnsamt för denna patientgrupp om den behandlades aktivt på ett helt annat sätt än nu och betydligt snabbare fick återgå i arbete, men då på ryggvänliga arbetsplatser som är anpassade för människor med ryggbesvär. Detta ställer krav på arbetsgivaren att tillskapa "ryggvänliga" arbetsplatser för "korttidsbruk". Det borde vara möjligt att lösa ekonomin på en sådan arbetsplats genom ett samarbete mellan arbetsgivaren och försäkringskassan. Även när det gäller människor med psykiska handikapp är det uppenbart att inaktivitet och passivitet snarast försämrar deras tillstånd och att skyddade arbetsplatser skulle vara mentalhygieniskt gynnsamt.

En mycket viktig fråga inför framtiden blir alltså rätten för människor att få en plats i arbetslivet som individer och inte uteslutande som arbetskraft. Detta gäller de människor som inte riktigt fyller de nuvarande kraven på arbetsprestationer, inte minst psykiskt handikappade och det gäller människor som åldras och som gör det mycket olika och i individuell takt. Arbetslivet måste kunna anpassas till en varierande arbetsförmåga för en individ och också ta hänsyn till fluktuationer i denna över tiden. Tex borde arbetsplatser vara inrättade så att det finns utrymme för en nedtrappning av arbetsinsatser för framför allt äldre människor, men även yngre med olika typer av handikapp där individen i fråga får göra det arbete han orkar med utan att han omedelbart tas ut ur produktionen när han inte fyller de standardiserade kraven.

Vad kan man göra?

I väntan på de politiska och sociala innovationer jag efterlyste tidigare för att förverkliga parollen "lämpligt arbete åt alla och skyldighet att bidra till samhällsarbetet efter förmåga för alla" kan läkarna och sjukvården agera på litet olika sätt; Man kan tänka sig att sjukvården bidrar till utvecklingen genom att öka medikaliseringen ännu mera och kanske på så sätt driva fram och visa hur absurd det kan bli om man via sjukförklaring skall lösa arbetslöshetsproblem. Abortfrågan är ett exempel på denna mekanism där den ökande medikaliseringen så småningom bidrog till den nya abortlagen.

Alternativt kan man vara mycket restriktiv i sina medicinska bedömningar med den effekten att enskilda människor då tvingas söka sin utkomst först via arbetsförmedlingen och arbetsvården och när dessa inte längre kan lösa problemet via socialbyråerna, vilket omedelbart kommer att drabba enskilda individer som drar sig för det senare alternativet av skäl som tidigare diskuterats. På sikt skulle denna strategi möjligen leda till en förändrad syn på rätten till socialbidrag när man inte har sin försörjning tryggad på annat sätt.

På litet längre sikt skulle detta kanske tvinga fram en översyn av hela frågan. Det som gör denna modell tvivelaktig är att man genom att sätta de redan svaga under press skulle kunna åstadkomma en förändring. Kan man begära av de som redan är slagna och dömda att orka med detta?

Ett tredje alternativ skulle vara att vi försökte göra en balanserad bedömning av individens handikapp, psykiska som fysiska, insatta i sitt sociala sammanhang och att den medicinska bedömningen inte ensam behövde vara utslagsgivande utan samtidigt andra sociala och arbetsmarknadsmässiga faktorer fick bidra på ett mer tydligt sätt än vad som nu sker på samma sätt som gäller personer över 60 år. Dvs en allmän arbetslöshetsförsäkring som ej är kopplad till medicinska förhållanden borde införas!

.....

Skall sjukvården ytterligare medikalisera arbetsmarknadsutslagningen eller bli mera restriktiv?

.....

En möjlighet som borde diskuteras är att göra förtidspensionerna yrkesdifferentierade som företagsläkaren Jörgensen vid LKAB senast har föreslagit (Jörgensen 1982), så att människor som arbetar i yrken som sliter mera och som kräver mera än man så småningom orkar med skulle kunna få gå i pension i en lägre ålder, samtidigt som det skulle finnas en möjlighet att gå kvar i arbetet för den som orkar och är intresserad av detta.

När det gäller särskilda riskyrken borde det dessutom vara inlagt omskolningsmöjligheter i lagom tid och en garanterad bibehållen lön även under den resterande tiden av arbetsperioden.

Sammanfattningsvis har situationen enligt min förmening blivit sådan att man måste diskutera en radikal översyn av hela frågan om arbetets roll i vårt samhälle där alla kan bidra på olika sätt som politiskt aktiva medborgare och som professionella. Det som den medicinska professionen omedelbart kan göra är att bättre utreda vad som är medicinska arbetshinder och vad som är arbetsmarknadshinder och att belysa riskerna med sjukskrivningsinstrumentet och sjukpensionsalternativet ur medicinsk och social synpunkt.

REFERENSER

- Bergroth, A:* Pensionärer i glesbygdskommun. Pensionskarriär och levnadsförhållanden. Research Reports from the department of Sociology, University of Umeå, No 37, Augusti 1977.
- Hansson, B:* Pensionering och neuroindikation. I Fakta om Neuroser. Ed. Gunnar Holmberg, Ciba-Geigy Läkemedel, Stockholm 1978.
- Joelson, L, Wahlquist, L:* Arbete och Mental Hälsa. Psykologiska effekter av arbetslöshet, del 1. Utvärderingsenheten vid Nacka Värmdö Psykiatriska Sektor. Preliminär version september 1982.
- Jörgensen, H, S:* Yrkesdifferentierad förtidspension. Läkartidningen No 45, 79: 4133–4134, 1982.
- Nachemson, A, F:* Arbete åt alla – även åt dem som har ont i ryggen! Medicinsk kommentar. Läkartidningen No 47, s. 4375–4377, 1982.
- Riksförsäkringsverket, Matematisk-Statistiska byrån: Statistikinformation om nybeviljade förtidspensioner 1979. Nr 33, 1981.
- Samuelsson, G:* Dagens pensionärer – Sekelskiftets barn. Åldrandeprocessen i ett individ- och samhällsperspektiv. Avhandling, Lund 1981.
- Wadel, W:* Now, whose fault is that? The struggle for self-esteem in the face of chronic unemployment. Newfoundland Social and Economic Studies No 11, 1973.