

Fysisk helsetilstand hos personer som søker uføretrygd

Sammendrag

Bakgrunn. Andelen av befolkningen som mottar uføretrygd har vært jevnt økende i de senere år. Mer enn hver tredje uførepensjonist har muskel- og skjelettplager som hoveddiagnose. Hensikten med denne studien var å kartlegge den somatiske helsetilstanden hos personer som har søkt uføretrygd pga. slike lidelser.

Materiale og metode. 200 personer som hadde søkt uføretrygd ble etter henvisning fra trygdekantoret undersøkt med tanke på fysisk funksjon, selvopplevd helse og livsstilsfaktorer. De med tilstrekkelige norskkunnskaper besvarte fem delskalaer av Short Form 36 (SF-36).

Resultater. Median alder var 55 år (spredning 23–67 år). Det var 64 % kvinner. Om lag en firedel var fra ikke-vestlige land. To av tre søkere hadde mindre enn 13 års skolegang, og 55 % hadde vært i et serviceyrke. 59 % av de undersøkte drev aldri moderat anstrengende fysisk aktivitet. Fedme forelå hos nesten en firedel. Blant de 94 som fullførte ergometersykkeltest lå indirekte beregnet maksimalt oksygenopptak på ca. 20 ml/kg/min (median). Myofascielle smerter og slitenhet var de dominerende årsakene til uførhet, mens relevante objektive funn forekom relativt sjelden. Gruppen skåret signifikant lavere på alle delskalaer av SF-36 sammenliknet med normerte aldersjusterte verdier.

Fortolkning. Undersøkelsen indikerer en høy grad av subjektiv helse- og funksjonssvikt hos personer som søker uføretrygd for plager i støtte- og bevegelsesapparatet. Den trygdemedisinske vurderingen vanskeliggjøres av den lave andelen med påvisbar organisk lidelse.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 2642

Robin Holtedahl
rholteda@c2i.net
 Dronningens gate 23
 0154 Oslo

Det siste tiåret har det vært en jevnt økende andel av befolkningen som mottar uføretrygd. Ved utgangen av 2005 var det til sammen 319 691 uføretrygdde, hvorav andelen med muskel- og skjelettplager som hoveddiagnose utgjorde vel en tredel. Dette gjenspeiler den høye forekomsten av slike plager i befolkningen. Det antas at så mange som 80 % av den voksne befolkning har smerter i bevegelsesapparatet i større eller mindre grad, omtrent én av åtte har slike plager i betydelig grad (1).

Trygdeetaten har pålitelig statistikk over demografiske forhold som alder, bosted og diagnoser hos personer som mottar trygdeytelser. Slike data gir imidlertid begrenset klinisk informasjon. Fra trygdepolitisk hold er det uttrykt ønske om at legen i større grad skal vektlegge funksjon ved vurdering av arbeidsevne.

Det foreligger begrenset kunnskap om selvopplevd helse, funksjon og livskvalitet hos trygdemottakere med muskel- og skjelettplager. Undersøkelse av personer som har søkt uføretrygd på grunn av slike plager har inngått i forfatterens arbeidsfelt som samarbeidende spesialist. Hensikten med denne studien har vært å kartlegge somatisk helsetilstand hos personer som har søkt uføretrygd pga. muskel- og skjelettlidelser.

Materiale og metode

Utvalget består av 200 personer som ble undersøkt fortløpende i løpet av 2004. Samtlige var blitt henvist fra trygdekantoret etter å ha søkt full eller gradert uføretrygd. Demografiske variabler og relevante livsstilsfaktorer, inkludert mosjonsvaner og røyking, ble registrert. Data om søkergruppen ble sammenliknet med data fra relevante befolkningsundersøkelser (2–6).

Samtlige søkere gjennomgikk klinisk fysiskmedisinsk undersøkelse. Spesifikke diagnoser som ble påvist klinisk eller ved supplerende undersøkelser ble registrert. Kroppsmasseindeks ble beregnet. Indirekte beregning av maksimalt oksygenopptak ($VO_{2\text{ maks}}$) ble gjort etter submaksimal ergometersykkeltest (Åstrands protokoll) (7). Sykkelen (Øglænd Bodyguard 980 med elektromagnetisk avbremsing) ble kalibrert

for ca. hver tiende test. Maksimalt oppnådd puls ble registrert med pulsklokke. Minstekravet for beregning av maksimalt oksygenopptak var at testpersonen klarte å sykle i tre minutter på 50 watt og oppnådde 120 i slutt-puls.

Søkere med tilstrekkelige norskkunnskaper besvarte deler av Short Form 36 (SF-36) (8). Dette er et generisk måleinstrument for å kartlegge selvopplevd helse og livskvalitet. Delskalaene «Fysisk funksjon», «Fysiske rollebegrensninger», «Smerter», «Vitalitet og energi» og «Sosial funksjonsevne» ble brukt i denne undersøkelsen. Delskalaene «Mental helse», «Mental rollefunksjon» og «Generell helse» ble utelatt, idet siktemålet først og fremst var kartlegging av fysisk funksjon. Høyest og lavest oppnåelige skåre på hver delskala er henholdsvis 100 og 0. En versjon i norsk oversettelse er funnet valid og pålitelig (9). SF-36-skårene ble sammenliknet med norske normerte aldersjusterte verdier (10) og med skårene hos en gruppe norske leddgiktspasienter (11).

Til analysene ble statistikkprogrammet MedCalc, Version 8.1.1.0, 2005, brukt (12). Khikvadrattest ble benyttet for analyse av nominale og ordinale data. T-test ble benyttet på normalfordelte og Mann-Whitneys U-test på ikke-normalfordelte kontinuerlige data. Logistisk og multippel regresjon ble brukt for å studere sammenhengen mellom utfallet av ergometersykkeltest og relevante forklaringsvariabler.

Resultater

Demografiske og kliniske variabler

Søkerne var i alderen 23–67 år (median alder 55 år). Om lag to tredeler var kvinner, og 39 % var enslige (tab 1). Nesten en firedel var fra ikke-vestlige land. To tredeler av søkerne hadde inntil 12 års skolegang. Det var ingen signifikant sammenheng mellom alder og utdanningsvarighet. Vel halvparten av sø-

! Hovedbudskap

- Det var høy grad av selvopplevd helse- og funksjonssvikt hos dem som søkte uføretrygd pga. muskel- og skjelettplager
- De dominerende årsaker til uførhet var myofascielle smerter og slitenhet
- Funksjonssvikt som følge av objektivt påvisbar lidelse forekom relativt sjelden

kerne hadde vært i serviceyrker (inkludert rengjøring), de resterende fordelte seg nokså likt på manuelle yrker og skole-, helse- eller sosialvesen. Hos omtrent halvparten hadde både lidelsen og uførheten vart i 3–10 år.

Hos alle unntatt én av søkerne var smerter i bevegelsesapparatet hovedårsak til uførheten. Om lag to av tre søkere hadde smerter i mer enn én region, hos de øvrige forelå mer avgrensede smerter (tab 2). Det var sikre ortopediske funn hos 12 %, nevrologiske funn hos 7 % og revmatologiske funn hos 3 % av søkerne. Mer enn fire av fem hadde uspesifikke muskel- og skjelettplager, uten objektive funn (tab 3). Diabetes mellitus og kardiovaskulær lidelse, inkludert hypertensjon, var de hyppigste komorbide tilstander utenom lidelser i støtte- og bevegelsesapparatet (tab 3).

29 % oppga at smertene forverret seg ved ubekvemme bevegelser/stillinger, varierte aktiviteter ga lindring hos 13 %. 15 % oppga at de tidligere hadde pådratt seg skade på fritiden, 10 % var blitt skadet under arbeid (ikke nødvendigvis årsaksmessig knyttet til uførheten). 27 % av de undersøkte hadde gjennomgått ortopedisk inngrep i en eller annen form.

37 % var dagligrykere. En tredel mosjonerte mer enn én gang i uken i minst en halv time, slik at de ble svette eller andpustne (tab 2). Median kroppsmasseindeks hos kvinnene var 25 kg/m², hos mennene 26 kg/m². Overvekt (kroppsmasseindeks \geq 25 kg/m² og $<$ 30 kg/m²) forelå hos 37 %, fedme (kroppsmasseindeks \geq 30 kg/m²) hos nesten hver fjerde søker (tab 2).

SF-36

48 søkere (hvorav 45 ikke-vestlige innvandrere) besvarte ikke SF-36 på grunn av for svake norskkunnskaper, og to besvarte ikke skjemaet av andre årsaker. De 150 som besvarte, skåret generelt svært lavt på de fem utvalgte delskalaene (fig 1). De med smerter i nakke og/eller overekstremiteter skåret signifikant bedre på «Fysisk funksjon» og «Vitalitet» enn de med ryggsmarter eller smerter i mer enn én region (data ikke vist). Samtlige middelverdier lå signifikant lavere enn aldersjusterte normerte verdier. Bortsett fra på delskalaen «Fysisk funksjon» var skårene også signifikant lavere enn hos en gruppe leddgiktspasienter (11). Det forelå signifikant intern korrelasjon mellom skalaen «Fysisk funksjon» og de øvrige fire delskalaene (Spearman's rho, $p = 0,0001$).

Ergometersykkeltest

20 personer ble ekskludert fra ergometersykkeltest av medisinske eller andre årsaker (inkludert de som aldri hadde syklet). Av de øvrige 180 klarte 94 (52 %) å gjennomføre den oppsatte testprotokollen. Beregnet maksimalt oksygenopptak varierte fra 9 ml/kg/min til 44 ml/kg/min, median 20,5 ml/kg/min (tab 2). Multivariat analyse med oksygenopptak som effektvariabel viste ikke

Tabell 1 Demografiske variabler og varighet av symptomer og uførhet i søkergruppen (n = 200) sammenliknet med relevante referanseverdier

	Antall (%)	Forventet (%)	Referanse	P-verdi (khikvadrat)
Kjønn				
Kvinne	128 (64)	47	2	0,001
Mann	72 (36)	53		
Sivilstatus enslig	77 (39)	36	2	0,4
Skolegang > 12 år	67 (34)	47	2	0,005
Ikke-vestlig innvandrer	48 (24)	13	3	0,0001
Yrkeskategori				
Manuell	34 (18)	14		
Kontor/service	109 (55)	53	2	0,4
Helse/sosial/skole	48 (24)	33		
Varighet av symptomer				
> 10 år	48 (24)	–		–
> 3 og \leq 10 år	102 (51)	–		–
Varighet av uførhet				
> 10 år	13 (7)	–		–
> 3 og \leq 10 år	102 (51)	–		–

Tabell 2 Kliniske, antropometriske og livsstilsrelaterte variabler hos søkergruppen (n = 200) med relevante referanseverdier

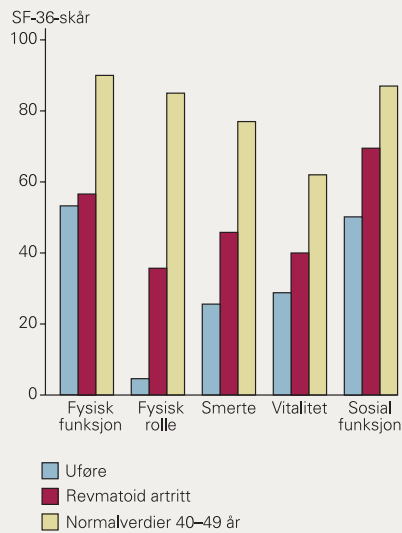
Variabel	Antall (%)	Forventet (%)	Referanse	P-verdi (khikvadrat)
Smertefordeling på region				
Nakke \pm utbredelse	19 (10)	–		
Skulder og/eller overekstremitet	9 (5)	–		
Rygg \pm utbredelse	32 (16)	–		
Hofte og/eller underekstremitet	10 (5)	–		
Mer enn én region	129 (64)	–		
Ingen smerter	1 (0,5)	–		
Objektive funn				
Revmatologiske	6 (3)	–		
Ortopediske	24 (12)	–		
Nevrologiske	13 (7)	–		
Kroppsmasseindeks \geq 30 kg/m ²				
Totalt	46 (23)	7	4	0,0001
Kvinner	30 (24)	13	5	0,0001
Menn	16 (23)	14	5	0,0005
Treningsaktivitet ¹				
Aldri	118 (59)	16		
Opptil en gang i uken	15 (8)	35	6	0,0001
Mer enn en gang i uken	67 (33)	50		
Beregnet maksimalt O ₂ -opptak (ml/min/kg), median (spredning)				
Kvinner (n = 64)	20 (12–38)	–		
Menn (n = 30)	21 (9–44)	–		

¹ Minst 1/2 time + svett/andpusten

Tabell 3 Diagnoser registrert hos søkerne (n = 200)

Diagnose	Antall (%)
Uspesifikk muskel- og skjelettlidelse	164 (82)
Gonartrose	4 (2)
Annen artrose	9 (4,5)
Spesifikk skulderlidelse	9 (4,5)
Annen spesifikk muskel- og skjelettlidelse	8 (4)
Diabetes mellitus	17 (8,5)
Kardiovaskulær lidelse/hypertensjon	15 (7,5)
Revmatogisk, hematologisk, endokrin lidelse eller infeksjon	6 (3)
Alkoholisme/narkomani	5 (2,5)
Astma/kronisk obstruktiv lungesykdom	4 (2)
Kreft	3 (1,5)
Arvelig eller ervervet lidelse	3 (1,5)
Clusterhodepine	1 (0,5)
Menières sykdom	1 (0,5)

Figur 1



Gjennomsnittlig SF-36-skårer i søkergruppen (n = 150), sammenliknet med norske normalverdier (10) og en gruppe pasienter med revmatoid artritt (11) i aldersgruppen 40-49 år (begge kjønn)

signifikant sammenheng med forklaringsvariablene kjønn, alder, aktivitetsnivå, varighet av uførhet eller SF-36-skårer.

86 søkere gjennomførte ikke ergometersykkeltesten, enten på grunn av smerter (n = 42), slitenhet (n = 15), en kombinasjon av disse (n = 14) eller fordi de ikke ønsket å forsøke (n = 15). Logistisk regresjon med ikke-gjennomført test som effektvariabel viste signifikant sammenheng med lavt fysisk aktivitetsnivå (OR 4,10, 95% KI 1,94-8,48, p = 0,0002), status som ikke-vestlig innvandrer (OR 17,38, 95% KI 3,86-78,27, p = 0,0002) og lav skår på delskalaen «Fysisk funksjon» (OR 1,08, 95% KI 1,05-1,13, p = 0,0001). Det var ingen sammenheng med øvrige forklaringsvariabler.

Aktivitetsnivå versus øvrige variabler

Aktivitetsnivå ble dikotomert i en passiv (mosjon en dag i uken eller sjeldnere) og en aktiv gruppe (mosjon minst to dager i uken) (tab 4). I gruppen passive var gjennomsnittsalder og kroppsmasseindeks noe lavere. I denne gruppen var det også en lavere andel som fullførte ergometersykkeltest, høyere andel ikke-vestlige innvandrere og lavere skår på «Fysisk funksjon» og «Vitalitet». Hos dem som fullførte sykkeltesten var beregnet maksimalt oksygenopptak likt i de to aktivitetsgruppene.

Diskusjon

Smarter og slitenhet var de dominerende helseplagene i denne gruppen av uføresøkere. Materialet er antakelig ganske representativt for dem som søker uføretrygd i Oslo, men ikke nødvendigvis for søkere bosatt i andre regioner. Kvinner, personer med mindre enn 12 års skolegang og ikke-vestlige innvandrere var overrepresentert, mens yrkesbakgrunn og sivilstatus avvek lite fra det forventede. Det ble rapportert gjennomgående betydelig dårligere fysisk helse og funksjon enn i en aldersjustert referansegruppe.

Gruppens dårlige selvopplevde helse står i kontrast til den lave forekomsten av objektive funn ved den kliniske undersøkelsen. Også andre har funnet et avvik mellom selvrapportert funksjon og observert funksjon, særlig ved foreliggende arbeidsuførhet og psykiske problemer (13). Den lave andelen av søkere som klarte å gjennomføre lett ergometersykling, kan være uttrykk for samme mekanisme. En svakhet ved studien er at de SF-36-skalaene som kartlegger psykiske aspekter ved uførhet (bortsett fra slitenhet), ikke ble inkludert.

Indirekte beregning av maksimalt oksygenopptak er mindre nøyaktig enn testing med direkte metoder, med en standardfeil på ca. 15% (7). Det må antas at målefeilen øker ved lavere intensitetsnivå, hvilket er relevant i forhold til søkergruppen, som gjennom-

gående avsluttet på lavt belastningsnivå. De påviste testverdier bør således tolkes med varsomhet.

I en norsk studie fra midten av 1960-årene av yrkesaktive menn i alderen 50-66 år ble det funnet en maksimalverdi av VO₂ på gjennomsnittlig ca. 35 ml/kg/min (14). Det beregnede oksygenopptaket i søkergruppen lå altså på ca. 60% av dette. Det virker rimelig å anta at et lavt maksimalt oksygenopptak kan innebære økt risiko for uførhet, i det minste uegnethet for fysisk krevende yrker.

Andelen fysisk inaktive blant søkerne var signifikant høyere enn det som fremkom i en norsk spørreundersøkelse (6), selv om det må tas forbehold om at det i vår studie ble brukt noe strengere mosjonskriterier. At færre i gruppen fysisk inaktive maktet å gjennomføre ergometersykkeltest, er ikke særlig overraskende, derimot er det uventet at det ved testing hos dem som oppgav høyest aktivitetsnivå ikke var høyere oksygenopptak. Dette kan tyde på at disse ikke trener på et nivå som gir bedret kondisjon, eller at aktiviteten har vært av for kort varighet til å gi målbar effekt på kondisjonen.

Andelen personer med fedme var signifikant høyere enn forventet. Forholdet mellom uførhet og overvekt er sammensatt, idet betydelig overvekt både er forbundet med medisinske komplikasjoner og med lav sosioøkonomisk status. I en studie fra USA ble det funnet at fedme medførte økt sykefravær, også når man kontrollerte for konfundrende variabler (15). Fedme, bløddelssmerter og inaktivitet kan tenkes å virke gjensidig forsterkende. Fedme kan antakelig også gi økt risiko for utvikling av depresjon (16).

De helsemessige og sosiale forskjellene mellom bydelene i Oslo er store - større enn forskjellene mellom norske kommuner (5). Sosiale ulikheter slår ut i betydelige forskjeller i morbiditet og mortalitet. Lav sosioøkonomisk status er knyttet til høy forekomst av muskel- og skjelettplager, og særlig til utbredte smertetilstander (17). Uheldige livsstilsfaktorer, som røyking, mangel på fysisk aktivitet og overvekt, er også hyppigere i lavere sosiale lag, og må antas å påvirke den fysiske yteevne. Mangelfull skolegang (og hos innvandrere også mangelfulle norskkunnskaper) gir dårlige muligheter for annet enn tungt eller ensidig manuelt arbeid, hvilket må antas å øke risikoen for belastningslidelser. Også andre har påvist at lav sosioøkonomisk status, deriblant lav utdanning, gir økt risiko for uførhet (18).

Den høye andelen ikke-vestlige innvandrere i materialet gjenspeiler i noen grad gruppens relativt høye konsentrasjon i Oslo-området, men selv når man tar høyde for dette, er innvandrergruppen overrepresentert i materialet. Dette kan være relatert både til vansker på dagens arbeidsmarked og til kulturelle og medisinske faktorer. Ikke-vestlige innvandrere i Oslo rapporterer betydelig dårligere helse enn etnisk norske og vestlige

Tabell 4 Sammenheng mellom mosjonshyppighet og øvrige variabler

Mosjonshyppighet	≤ 1 g/uke n = 131	> 1 g/uke n = 67	P-verdi
Kroppsmasseindeks (kg/m ²) (median)	25	27	0,04
Alder (år) (median)	53,3	56,4	0,014
Dagligrøyker (%)	39,7	29,9	0,085
Skole ≤ 12 år (%)	71,0	56,7	0,06
Kvinne (%)	62,0	72,9	0,092
Ikke-vestlig innvandrer (%)	38,2	3,0	0,0001
Fullført sykkeltest (%)	32,1	77,6	0,0001
Maks VO ₂ (median)	20,5	20,5	1
<i>SF-36, median (95% KI)</i>			
Fysisk funksjon	50 (45-55)	60 (55-65)	0,0047
Fysisk rolle	0 (0)	0 (0)	1
Smarter	22 (22-31)	22 (22-31)	0,17
Vitalitet	25 (15-28)	35 (30-44)	0,0040
Sosial funksjon	50 (38-50)	50 (39-50)	0,98

innvandrere (5). Data fra 1990-årene gir antakelig ikke grunnlag for å hevde at det blant ikke-vestlige innvandrere generelt er en høyere andel av uføretrygdede, men for noen avsenderland er andelen trygdede svært høy (19). Innvandrere fra de samme land var overrepresentert i vårt materiale.

Konklusjon

Resultatene fra denne studien indikerer at de fleste som søker uføretrygd pga. lidelser i bevegelsesapparatet har betydelige helseplager, ofte gjennom mange år. Det synes å være sammensatte årsaker til funksjonssvikten. Smarter, slitenhet, lav fysisk yteevne, uheldig livsstil og sosioøkonomiske belastninger kan virke gjensidige forsterkende – og det kan ende med uførhet. Uførheden kan sjelden knyttes til mer alvorlige, velavgrensede somatiske lidelser, tilstanden må heller vurderes som uttrykk for svekkede mestningsressurser, manglende tilrettelegging på arbeidsplassen og marginale atferds- og muligheter. En strategi for å få ned tilveksten av uføretrygdede må ta hensyn også til slike faktorer.

Jeg takker Anne Keller for verdifulle faglige kommentarer.

Litteratur

1. Ihlebæk C, Eriksen HR, Ursin H. Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scand J Public Health* 2002; 30: 20–9.
2. Statistikkbanken, Statistisk sentralbyrå. <http://statbank.ssb.no/statistikkbanken> (16.8.2006).
3. Folkemengden etter bydel i Oslo pr. 1.1.2005. Statistikknotat nr. 1 2005. Oslo: Oslo kommune, Utviklings- og kompetanseetaten, 2005.
4. Levekårsundersøkelsen. Oslo og Akershus. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2002.
5. Grøtvedt L. Helseprofil for Oslo – voksne. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt og Oslo kommune, Program for storbyrettet forskning, 2002.
6. Vaage OF. Trening, mosjon og friluftsliv. Resultater fra Levekårsundersøkelsen 2001. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2004.
7. Åstrand PO, Rodahl K. Textbook of work physiology. 3. utg. New York: McGraw-Hill, 1986.
8. Ware JE jr. SF-36 health survey update. *Spine* 2000; 25: 3130–9.
9. Loge JH, Kaasa S, Hjermstad MJ et al. Translation and performance of the Norwegian SF-36 health survey in patients with rheumatoid arthritis. I. Data quality, scaling assumptions, reliability, and construct validity. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 1069–76.
10. Loge JH, Kaasa S. Short Form 36 (SF-36) health survey: normative data from the general Norwegian population. *Scand J Soc Med* 1998; 26: 250–8.
11. Kvien TK. Performance of the Norwegian SF-36 health survey in patients with rheumatoid arthritis. II. A comparison of the SF-36 with disease-specific measures. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 1077–86.
12. MedCalc. www.medcalc.be (15.8.2006).
13. Wittink H, Rogers W, Sukiennik A et al. Physical functioning: self-report and performance measures are related but distinct. *Spine* 2003; 28: 2407–13.
14. Hermansen L, Andersen KL. Aerobic work capacity in middle-aged Norwegian men. *J Appl Physiol* 1965; 20: 432–6.
15. Tucker LA, Friedman GM. Obesity and absenteeism: an epidemiologic study of 10,825 employed adults. *Am J Health Promot* 1998; 2: 202–7.
16. Mangrud R. Fedme gir økt risiko for depresjon. <http://www.forskning.no/Artikler/2005/juni/1117199980.93> (3.4.2006).
17. Hagen K, Zwart JA, Svebak S et al. Low socioeconomic status is associated with chronic musculoskeletal complaints among 46,901 adults in Norway. *Scand J Public Health* 2005; 33: 268–75.
18. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 1183–91.
19. Dahl G. Trygd blant innvandrere 1992–2000. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2004.

Manuskriptet ble mottatt 9.1.2006 og godkjent 20.6.2006. Medisinsk redaktør Jan C. Frich.