

- phaly in successive generations in one family. *Dev Med Child Neurol* 1996; 38: 632-6.
5. Eurocat Working Group. Report 7. 15 years of surveillance of Congenital Anomalies in Europe 1980-94. Bruxelles: Scientific Institute of Public Health, 1997.
 6. <http://www.statistikbanken.dk> aug. 2001.
 7. Stoll C, Alembik Y, Dott B, Roth MP. An epidemiologic study of environmental and genetic factors in congenital hydrocephalus. *Eur J Epidemiol* 1992; 8: 797-803.
 8. Wiswell TE, Tuttle DJ, Northam RS, Simonds GR. Major congenital neurologic malformations. *Am J Dis Child* 1990; 144: 61-7.
 9. Glinianaia SV, Rankin J. Congenital hydrocephalus: occurrence and outcome. *Eur J Pediatr Surg* 1999; 9 (suppl 1): 46-7.
 10. Robson S, McCormack K, Rankin J. Prenatally detected mild/moderate cerebral ventriculomegaly: associated anomalies and outcome. *Eur J Pediatr Surg* 1998; 8 (suppl. 1): 70-1.
 11. Nyberg DA, Mack LA, Hirsch J, Pagon RO, Shepard TH. Fetal hydrocephalus: sonographic detection and clinical significance of associated anomalies. *Radiology* 1987; 163: 187-91.
 12. Renier D, Sainte-Rose C, Pierre-Kahn A, Hirsch JF. Prenatal hydrocephalus: outcome and prognosis. *Child's Nervous System* 1988; 4: 213-22.
 13. Casey ATH, Kimmings EJ, Kleinlugtebeld AD, Taylor WAS, Harkness WF, Hayward RD. The long-term outlook for hydrocephalus in childhood. *Pediatr Neurosurg* 1997; 27: 63-70.
 14. Chumas P, Tyagi A, Livingston J. Hydrocephalus - what's new? *Arch Dis Fetal Neonol Ed* 2001; 85: 149-54.
 15. Schrandt-Stumpel C, Fryns JP. Congenital hydrocephalus: nosology and guidelines for clinical and genetic counselling. *Eur J Pediatr* 1998; 157: 355-62.

Førtidspension til patienter med syndromsygdomme

En registerundersøgelse på basis af oplysninger fra Den Sociale Ankestyrelse

ORIGINAL MEDDELELSE

Elsebeth N. Stenager, cand.scient.pol. Morten Aagren Svendsen & Egon Stenager

Resumé

Introduktion: Formålet var: 1) at beregne antallet af nyttilkomne førtidspensionister med hoveddiagnosen: følger efter *whiplash*-traume, fibromyalgi, kroniske smertetilstande, kronisk træthedssyndrom, kronisk belastningssyndrom, bækkenløsning og somatoforme tilstande, 2) at beskrive ændringer i pensionstype tilkendt personer med forskellige helbredsproblemer over tidsperioden, 3) at foretage en sammenligning af gruppen af førtidspensionerede med syndromdiagnoser med øvrige førtidspensionerede i perioden i relation til følgende data: køn, alder, samlivsforhold, indkomst på ansøgningstidspunkt, revalideringsforanstaltning og 4) hos ovennævnte gruppe at få oplysninger om komorbiditet af psykiske lidelser.

Materiale og metoder: Den Sociale Ankestyrelses register over tilkendte førtidspensioner fra kommuner og amter i perioden fra den 1. juli 1998 til den 31. december 2000. Førtidspensionister med syndromdiagnoser er sammenlignet indbyrdes samt med øvrige pensionerede med χ^2 -test, statistiksystemet SAS er anvendt.

Resultater: Personer med syndromsygdomme udgjorde i perioden 8,3% af alle pensionerede, 11% af kvinderne og 5% af mændene. Det relative antal med syndromlidelser i forhold til det samlede antal pensionerede var stigende fra 1998 til 2000. Antallet af personer, der blev tilkendt højere pensioner, typisk mellemste førtidspension, var højere for alle i 2000 end i 1998. Komorbiditeten mht. diagnosticerede psykiske lidelser var beskeden, 3% af syndrompatienterne. Flere ansøgere med syndromlidelser end øvrige ansøgere

bibeholdt sygedagpenge, indtil der var truffet afgørelse i pensions sagen, og flere ansøgere med syndromlidelser havde været igennem revalideringsmæssige tiltag.

Diskussion: De mange patienter med syndromdiagnoser, som tilkendes førtidspension, kræver iværksættelse af tværfaglige forebyggelses- og behandlingsinitiativer mhp. at nedbringe antallet af patienter, som får brug for varige forsørgelsesydelse. Endvidere diskuteres undersøgelsens resultater i forhold til den nye pensionslov, som træder i kraft den 1. januar 2003.

Gennem de seneste årtier har der både i sundhedssektoren og i socialsektoren været et øget antal patienter/klienter, som oplever sig syge og funktionsbegrænsede, uden at der har kunnet findes sikre organiske forklaringer på deres ofte massive funktionsbegrænsninger. *Fink* (1) fandt i sine undersøgelser, at patienter, der henvender sig med fysiske klager/symptomer, uden at der ved organiske undersøgelser kan påvises et adækvat grundlag, udgjorde 0,6-3,2 per 1.000 i aldersintervallet 17-49-årige.

Fra medicinsk side er der mange opfattelser af årsagerne til disse helbredsproblemer. De spænder fra en opfattelse af, at der er tale om rent anatomiske og fysiologiske forandringer, til en opfattelse af, at tilstandene er forårsaget af en kombination af biologiske, psykologiske og sociale forhold (2-10).

Siden begyndelsen af 1990'erne har det været muligt at få tilkendt førtidspension på baggrund af en syndromlidelse, f.eks. fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom og kronisk belastningssyndrom (11), når en række nærmere fastlagte kriterier var opfyldt. Det er Den Sociale Ankestyrelse, som udsender vejledninger til kommuner og ankeinstanser om, hvilke kriterier, som skal være opfyldt, for at der kan tilkendes pension. I 1993, 1995 og 1998 har Den Sociale Ankesty-

relse udsendt meddelelser om, hvilke forhold som skulle være opfyldt, for at der kunne tilkendes pension på baggrund af fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom, kronisk belastningssyndrom og *whiplash*-læsioner (12-14). Det har generelt været svært at få tilkendt pension på baggrund af en syndromdiagnose. Generelle krav fra Den Sociale Ankestyrelse forud for pensionstillkendelse har været en diagnose stillet af en speciallæge, et langvarigt sygdomsforløb, typisk 4-5 år, og afprøvede revalideringsforanstaltninger. Før 1999 er der fortrinsvist tilkendt forhøjet almindelig førtidspension til patienter med syndromdiagnoser.

De seneste år er et stigende antal retssager vedrørende førtidspension blevet afgjort i landsretterne. I december 1999 ændrede Højesteret den hidtidige praksis, således at det blev lettere at få tilkendt en højere førtidspension, typisk mellemste førtidspension på baggrund af en betydelig funktionsbegrænsning, som ikke er begrundet i veldefinerede somatiske eller psykiske sygdomme (15). Dette var i modstrid med tidligere praksis på området, hvor det har været den medicinske begrundede erhvervsevnenedsættelse, som har været afgørende for, hvilken pension, som blev tilkendt.

Syndromsygdommene udgør et betydeligt samfundsøkonomisk problem, både i form af store udgifter i sundhedsvæsenet, primært til gentagne helbredsmæssige udredninger (16) og til forsørgelsesydelse, herunder førtidspension. I alt udbetales der 25 mia. kr. om året til førtidspension. Myndighederne har via en række lovændringer og opstramninger på hidtidige love forsøgt at imødegå stigningen i antallet af personer, som modtager passive forsørgelsesydelser, herunder førtidspension (17, 18). Man har ikke hidtil haft et overblik over, hvor mange der bliver uarbejdsdygtige på baggrund af syndromsygdommene. På baggrund af tidligere undersøgelser (9, 17) må man forvente, at et ikke ubetydeligt antal personer tilkendes pension, og at denne gruppe i forhold til sociale og psykologiske karakteristika kan adskille sig fra andre pensionerede.

Formål

Formålene med nærværende undersøgelse har været på baggrund af retrospektivt indberettede registerdata til Den Sociale Ankestyrelse vedrørende førtidspensionsansøgere i perioden fra den 1. juli 1998 til den 31. december 2000: 1) at beregne antallet af nyttilkomne førtidspensionister og personer, som får afslag med hoveddiagnosen: følger efter *whiplash*-traume, fibromyalgi, kroniske smertetilstande, kronisk træthedssyndrom, kronisk belastningstilstande, kronisk belastningssyndrom, bækkenløsning og somatoforme tilstande, 2) at beskrive ændringer i pensionstype tilkendt personer med forskellige helbredsproblemer over tidsperioden, 3) at foretage en sammenligning af gruppen af førtidspensionsansøgere med syndromdiagnoser med øvrige førtidspensionerede i perioden i forhold til køn, alder, samlivsforhold, indkomst på ansøgnings tidspunkt og revalideringsforanstaltning og 4) at få oplysninger om komorbiditet i forhold til psykiske lidelser herunder personlighedsforstyrrelse, depressionstilstande, angstlidelser, neurasteni og andre nervøse tilstande samt sociale forhold hos førtidspensionsansøgere med syndromdiagnoser.

Materiale

Nærværende undersøgelse er baseret på udtræk fra Den Sociale Ankestyrelses register over førtidspensionsansøgere fra kommuner og amter i perioden fra den 1. juli 1998 til den 31. december 2000 med ovennævnte diagnoser. Alder, køn, erhvervstilknytning og forsørgelsesforhold, foretagne revalideringsforsøg samt tilkendt pensionsgrad er registreret. Undersøgelsen blev påbegyndt samtidig med en lovændring, som bevirkede, at der ikke længere var et retskrav på at få behandlet en sag om førtidspension, men udelukkende en mulighed for at få en kommune til at tage stilling til, om man kunne rejse en sag. Der har dog i 1998 været et efterslæb af sager, som er blevet rejst før den 1. juli 1998, men ikke afgjort inden denne skæringsdag (19). Denne lovændring vil i forhold til nærværende undersøgelse især have betydning for antallet af afklaringsmæssige tiltag gennemført forud for pensionstillkendelse samt antallet af afslag. Der må forventes et stigende antal personer, som har gennemført afklaringsmæssige tiltag, og afslagsprocenten forventes at falde over perioden.

Metode

I forbindelse med behandling af pensionsager i kommuner og statsamter foretages der en systematisk registrering af helbredsmæssige og sociale forhold hos ansøgerne, og disse forhold indberettes til Den Sociale Ankestyrelse. Den lægekonsulent, som udarbejder en skriftlig vurdering til brug for pensionssagens afgørelse, registrerer en hoveddiagnose og maksimalt to bidiagnoser. Indtil 1998 var den diagnosticering, der blev foretaget af lægekonsulenter i kommuner og amter forud for beslutning i en pensionssag, baseret på The International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Deaths, 8th Revision (ICD 8)-diagnoselisten i en meget summarisk form, og det var ikke muligt at uddrage disse syndromdiagnoser systematisk. På baggrund af nogle supplerende diagnosekoder har man dog registreret diagnoserne kronisk træthedssyndrom, kronisk belastningssyndrom og fibromyalgi siden 1995.

I 1998 blev der af en nedsat arbejdsgruppe udarbejdet en ny diagnoseliste. Denne liste var baseret på udvalgte ICD 10-diagnoser, som man havde erfaring for hyppigt var relevante i pensionssammenhænge.

Næsten alle patienter med syndromdiagnoser, som medfører et betydeligt forringet funktionsniveau, må forventes på et eller andet tidspunkt i deres sygdomsforløb at ville forsøge at få rejst ansøgning om tilkendelse af førtidspension. Den Sociale Ankestyrelse registrerer systematisk både sociale forhold og helbredsforhold hos ansøgere til førtidspension. Data, som indberettes til Den Sociale Ankestyrelse, behandles på følgende vis: Hver gang en kommune som første instans eller Det Sociale Nævn som anden instans træffer afgørelse i en sag vedr. tilkendelse, forhøjelse eller lignende af førtidspension, skal afgørelsesinstansen udfylde et indberetningsskema til Den Sociale Ankestyrelse. I Den Sociale Ankestyrelse registreres skemaerne, og åbenlyse fejl søges korrigeret. Skemaerne indtastes i et indtastningssystem (SAS), hvor der er indbygget yderligere datavalideringsfunktioner. I vores undersøgelse har vi sammenlignet før-

tidspensionsansøgere med syndromdiagnoser indbyrdes og med den øvrige gruppe pensionansøgere ved anvendelse af χ^2 -test. Statistiksystemet SAS blev anvendt.

Resultater

I perioden fra den 1. juli 1998 til den 31. december 2000 rejste kommunerne 57.612 sager med henblik på tilkendelse af førtidspension. Af disse blev 47.120 (82%) tilkendt førtidspension eller invaliditetsydelse (IY). 11% af de pensionerede kvinder og 5% af de pensionerede mænd havde en syndromdiagnose, svarende til 8,3% af alle.

Incidensraten for alle med syndromsygdomme var for mænd 0,22 per 1.000 personår og for kvinder 0,58 per 1.000 personår.

Af **Tabel 1** fremgår antallet af behandlede sager i tidsperioden fordelt på køn og diagnosegruppe. For næsten alle diagnosegrupper fraset kronisk belastningssyndrom var der en betydelig overrepræsentation af kvinder. Som det også fremgår af Tabel 1, var der en betydelig variation i kønsfordelingen i forhold til de enkelte sygdomsgrupper. Afslagsprocenten var forholdsvis høj, særlig for kvinder med somatoforme tilstande, fibromyalgi, bækkenløsning og alle med kroniske smerter. Fraset patienter med kronisk belastningssyndrom og følger efter *whiplash*-traumer var afslagsprocenten væsentlig højere end for de øvrige ansøgere til førtidspension.

Flere mænd end kvinder fik tilkendt højere pensioner, χ^2 -test, $p < 0,001$.

I 1999 ansøgte i alt 16.551 om at få tilkendt førtidspension. Heraf fik 13.435 (81%) tilkendt førtidspension eller IY, 1.855 (svarende til 11,2% af alle ansøgere) med en syndromdiagnose ansøgte om pension, 1.246 af alle, som fik tilkendt pension, fik tilkendt førtidspension eller IY, hvilket udgjorde 9,2% af alle ansøgere. 67% af ansøgerne med syndromdiagnoser fik tilkendt førtidspension eller IY. I 2000 ansøgte i alt 15.149 om førtidspension, 14.047 (93%) fik tilkendt pen-

sion eller IY. Heraf ansøgte 1.612 (10,5% af alle ansøgere) med en syndromdiagnose, og 1.406 med en syndromdiagnose fik tilkendt førtidspension, 10% af alle tilkendte. 87% af alle ansøgere med syndromsygdomme fik tilkendt førtidspension eller IY.

I 1999 fik i alt 5.140 personer tilkendt mellemste førtidspension, heraf udgjorde personer med syndromer de 303 (5,8%). I 2000 fik i alt 6.419 personer tilkendt mellemste førtidspension, heraf udgjorde personer med en syndromdiagnose de 629 (9,7%), altså svarende til deres andel af det samlede antal pensionerede.

For alle er andelen, som fik tilkendt mellemste førtidspension, steget fra 39% til 46% fra 1999 til 2000, for patienter med kronisk belastningssyndrom er stigningen fra 35% til 50%, for patienter med fibromyalgi fra 9% til 37%, for patienter med kronisk træthedssyndrom fra 8% til 51% og for patienter med følger efter *whiplash*-traumer fra 39% til 59%.

Det har været muligt at udtrække patienter med kronisk træthedssyndrom, kronisk belastningssyndrom og fibromyalgi siden 1995. Patienter med følger efter *whiplash*-traumer er først registreret fra 1998. Af **Tabel 2** fremgår antallet af afslag og antallet af pensionerede per år med de nævnte lidelser. Det fremgår af Tabel 2, at antallet af tilkendte pensioner er faldet betydeligt, og næsten er halveret fra 1995 til 2000. For patienter med kronisk belastningssyndrom har det absolutte antal per år været næsten konstant med et fald i 1999. Den relative del i forhold til alle øvrige pensionerede har dog været stigende fra 1,4% af alle andre i 1995 til 2,6% i 2000. For fibromyalgipatienterne er der sket et betydeligt fald i både antallet af ansøgere og i antallet af tilkendte pensioner. Den relative andel af alle øvrige har derfor været konstant på 2,4%.

Meget få patienter (0,2-0,3% af alle pensionerede) med diagnosen kronisk træthedssyndrom får tilkendt pension.

Et stort antal patienter med følger efter *whiplash*-læsioner tilkendes førtidspension. For 1998 er der kun opgjort en halvårsperiode og i 1999 og 2000 var der tale om 2,3% af alle

Tabel 1. Ansøgere uden pension fordelt på diagnose, afgørelse og køn, 1998-2000.

Diagnose	Køn	Afslag n (%)	Højeste pension n (%)	Mellemste pension n (%)	Forhøjet alm. pension n (%)	I alt tilkendt pension n (%)
Kronisk belastningssyndrom	Mænd	103 (19)	17 (3)	214 (39)	225 (40)	452 (81)
	Kvinder	108 (18)	2 (0)	125 (21)	364 (61)	491 (82)
Somatoforme tilstande	Mænd	14 (16)	1 (1)	27 (32)	43 (50)	71 (84)
	Kvinder	87 (32)	-	43 (16)	141 (52)	184 (68)
Kronisk træthedssyndrom	Mænd	11 (25)	1 (2)	13 (30)	19 (43)	33 (75)
	Kvinder	37 (28)	-	20 (15)	73 (56)	93 (72)
Fibromyalgi	Mænd	10 (21)	-	11 (23)	27 (56)	38 (79)
	Kvinder	335 (26)	6 (0)	161 (12)	798 (61)	965 (74)
Bækkenløsning	Kvinder	21 (42)	-	10 (20)	19 (38)	29 (58)
Følger af <i>whiplash</i> -traume	Mænd	36 (15)	4 (2)	107 (46)	85 (37)	197 (85)
	Kvinder	76 (12)	4 (1)	225 (37)	306 (49)	535 (88)
Kroniske smerter	Mænd	229 (45)	2 (0)	89 (17)	190 (37)	282 (55)
	Kvinder	429 (45)	3 (0)	105 (11)	425 (44)	533 (55)
Andre diagnoser	Mænd	4.040 (17)	3.354 (14)	9.061 (38)	6.891 (29)	20.095 (83)
	Kvinder	4.956 (18)	2.768 (10)	8.248 (29)	11.429 (41)	23.180 (82)

Tabel 2. *Ansøgere uden pension fordelt på diagnose, af-gørelse og år, 1995-2000.*

År	Andre diagnoser		Kronisk belastningssyndrom		Fibromyalgi		Kronisk træthedssyndrom		Følger efter <i>whiplash</i> -traume	
	afslag	i alt tilkendt pension	afslag	i alt tilkendt pension	afslag	i alt tilkendt pension	afslag	i alt tilkendt pension	afslag	i alt tilkendt pension
1995	5.001	23.952	50	340	165	540	18	59	-	-
1996	5.264	22.805	62	339	174	477	22	62	-	-
1997	6.392	21.579	96	388	197	419	32	63	-	-
1998	5.593	18.445	113	367	178	419	34	49	37	160
1999	2.507	12.189	71	253	121	271	10	38	49	277
2000	896	12.643	27	323	46	313	4	39	26	295

øvrige pensionerede, altså en andel, der svarede til andelen af fibromyalgipatienter.

I forhold til civilstatus er der en betydelig forskel på patienter med syndromdiagnoser og de øvrige, idet 71% af syndrompatienterne, som tilkendes førtidspension, mod 56% af de øvrige pensionerede, var gift, χ^2 -test, $p < 0,001$.

Af **Tabel 3** fremgår det i forhold til de enkelte diagnosegrupper, hvilken forsørgelse personen havde på ansøgningstidspunktet. Generelt var det sådan, at signifikant flere personer med syndromsygdomme modtog sygedagpenge på ansøgningstidspunktet og altså også under sagsbehandlingen end de øvrige pensionerede, χ^2 -test, $p < 0,0001$. Der var dog store forskelle mellem de enkelte syndromdiagnoser, idet 77% af *whiplash*-patienterne fik sygedagpenge på ansøgningstidspunktet mod kun 34% af patienterne med kronisk belastningssyndrom.

Forud for pensionsansøgning havde 67% af ansøgerne med en syndromdiagnose mod 38% af alle øvrige deltaget i en eller flere revalideringsforanstaltninger. Forskellen mellem grupperne var statistisk signifikant, χ^2 -test, $p < 0,0001$. Ser man på, hvilke foranstaltninger som havde været iværksat, drejede det sig overvejende om arbejdsprøvninger: 48% hhv. 23%, eller uddannelse 6% hhv. 5%. Lige mange i de to grupper havde været i beskyttet beskæftigelse, fleksjob/skånejob, dog kun ca. 2%. Der var 278 (3%) med en syndromdiagnose, som havde fået stillet en psykiatrisk diagnose som bidiagnose, mod 1.714 (4%) af de øvrige ansøgere.

Diskussion

Denne undersøgelse viser, at patienter med syndromdiagnoser udgør en stor gruppe af de patienter, som tilkendes førtidspension, knap 10%. Der er således tale om en stor

gruppe patienter, ikke blot i sundhedsvæsenet, men også i socialvæsenet, hvor alene udgifter til førtidspension udgør en betydelig post. Undersøgelsen bekræftede også, at langt flere kvinder end mænd tilkendes førtidspension på baggrund af en syndromdiagnose.

Da undersøgelsen er baseret på de helbredsoplysninger, de sociale forvaltninger vælger at indhente til belysning af pensionsagerne, må man formode, at der er tale om minimumstal. En systematisk diagnostik med opfyldelse af definerede diagnostiske kriterier for de forskellige syndromer ville muligvis vise et endnu større antal.

Der fandtes ikke tegn på væsentlig psykiatrisk komorbiditet med personlighedsforstyrrelser, angst og depression. Dette kan dog også være tegn på en underdiagnosticering. Selv om socialforvaltningerne er meget omhyggelige med at indhente psykiatriske og psykologiske vurderinger af disse patienter, er der tale om en helbredsmæssig vurdering, som anvendes med henblik på vurdering i forhold til sociale ydelser og ikke i forhold til sikker diagnostisk afklaring af psykisk lidelse med validerede diagnoseredskaber. Ligeledes kan den måde, kodningen foregår på, hvor lægekonsulenten vælger de mest relevante diagnoser, give anledning til bias. Det har ikke været muligt at få oplysning om, hvilke psykologiske/psykiatriske undersøgelser, der er foretaget forud for pensionstilkendelse.

Selv om man via en række ændringer i sociallovgivningen har reduceret antallet af pensionstilkendelser til det halve, har antallet af patienter med syndromdiagnoser været konstant, og de udgjorde i år 2000 en relativt større andel af det samlede antal pensionerede end året før.

Samtidig har en højesteretsafgørelse ændret praksis på en måde, så disse patienter har opnået ret til højere pensio-

Tabel 3. *Sammenhæng mellem indkomst på førtidspensionsansøgningstidspunktet og diagnose.*

Diagnose	Indkomst		
	sygedagpenge n (%)	kontanthjælp n (%)	anden indkomst n (%)
Kronisk belastningssyndrom	316 (34)	516 (55)	109 (12)
Somatoforme tilstande	132 (52)	78 (31)	45 (18)
Kronisk træthedssyndrom	65 (52)	35 (28)	26 (21)
Fibromyalgi	623 (62)	202 (20)	178 (18)
Bækkenløsning	16 (55)	9 (31)	4 (14)
Følger efter <i>whiplash</i> -traume	564 (77)	62 (8)	105 (15)
Kroniske smerter	474 (58)	186 (23)	154 (19)
Total syndromdiagnoser	2.190 (56)*	1.088 (28)	621 (16)
Andre diagnoser	19.922 (48)*	10.923 (26)	1.096 (26)

*) χ^2 -test, $p < 0,001$.

ner. Vurderet både på de absolutte og de relative tal, er denne ændring i væsentligt omfang slået igennem for patienter med syndromdiagnoser set fra perioden 1998 til 2000. Med hensyn til afslag på at få tilkendt pension er der ikke i 2000 nogen større forskel mellem syndrompatienter og øvrige pensionsansøgere. Den hidtidige lovgivning har lagt vægt på det medicinske invaliditetsbegreb i forbindelse med tilkendelse af førtidspension.

Fra patientforeningerne har der været udtrykt utilfredshed med, at syndrompatienter i forhold til den sociale lovgivning behandles uretfærdigt i forhold til andre borgere. Denne undersøgelse tyder på, at personer med syndromlidelser behandles på lige fod med andre med behov for sociale forsørgelsesydelse, idet undersøgelsen viste, at signifikant flere med syndromlidelser modtog sygedagpenge på ansøgningstidspunktet end andre ansøgere, og mange havde været igennem en eller flere afklarende revalideringsforanstaltninger. For så vidt at man vil betragte overgang fra en forsørgelsesmåde, sygedagpenge til en anden forsørgelse, dvs. førtidspension uden ophør af forsørgelse, som udtryk for god sagsbehandling, kan denne undersøgelse for de patienter, som opnår førtidspension, ikke bekræfte en negativ særbehandling. Hvorledes patienterne var stillet forud herfor, kan denne undersøgelse ikke give oplysninger om.

I 2003 træder en ny pensionslov i kraft. Heri bliver den medicinsk baserede erhvervsnevurdering erstattet af en arbejdsevnevurdering baseret på en beskrivelse af de samlede ressourcer hos personen i relation til sociale, personlige og helbredsmæssige forhold (19). Man må forvente, at denne nye lovgivning kan lette presset på sundhedsvæsenet, idet der så ikke i så høj grad vil være krav om en sikker medicinsk diagnose for at opnå varige forsørgelsesydelse. Lægernes rolle i forbindelse med vurdering af pensionsspørgsmålet nedtones. På baggrund af nærværende undersøgelse, som viser resultatet af en mere lempelig praksis i forhold til patienter uden veldefinerede biologisk forklarlige helbredsproblemer, kan den styring, som fra politisk side har været ønsket i forhold til bevilling af førtidspensioner, blive vanskeligjort.

Det store antal patienter, som må pensioneres på baggrund af en syndromdiagnose, peger i væsentlig grad på betydningen af, at man iværksætter forebyggelses- og behandlingsmæssige initiativer med henblik på at reducere dette antal. Hidtil har der ikke i litteraturen kunnet peges på tiltag, som i væsentlig grad kan bedre disse patienters funktionsevne. Der har været peget på, at kognitiv terapi på et tidligt tidspunkt i sygdomsforløbet og fysisk træning kan bedre tilstanden for nogle (6, 7, 20). Såfremt man vil iværksætte initiativer af forebyggelses- og behandlingsmæssig karakter, må man fra socialmedicinsk side pege på vigtigheden af, at en sådan indsats bliver tværfaglig og sker i samarbejde mellem på den ene side de ansvarlige for erhvervsrettede foranstaltninger: a-kasser, socialforvaltninger og revalideringsinstitutioner, og på den anden side alment praktiserende læger, speciallæger/afdelinger, fysioterapeuter og psykologer med særlig indsigt i smertebehandling og kognitiv terapi. Kan blot et beskedent antal personer bringes fra passiv forsørgelse til en vis grad af egen forsørgelse, må man forvente

en økonomisk rentabilitet. En hurtig diagnostisk afklaring af den biologiske, psykologiske og sociale baggrund for helbredsklagerne og den deraf følgende funktionsforringelse, som er forståelig for den enkelte person, er vigtig. Dette må følges op med et passende tilbud om midlertidig aflastning og fysisk og psykisk smertehåndtering. Der er behov for iværksættelse af sådanne tværfagligt baserede projekter.

Summary

Elsebeth Stenager, Morten Aagren Svendsen & Egon Stenager:
Disability retirement pension for patients with syndrome diagnoses. A register study on the basis of data from The Social Appeal Board.

Ugeskr Læger 2003;165:469-74.

Introduction: Since the early 1990es, disability retirement pension may be granted on the basis of a syndrom diagnosis. Before the pension can be granted, local public authorities collect information on health and social matters and report to The Social Appeal Board. In 1998, a new diagnostic tool was introduced based on the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) diagnoses. The information available in The Social Appeal Board has made it possible to study the social consequences of a syndrom diagnosis. The purpose of the study was: 1) To estimate the incidence of patients granted disability retirement pension with the diagnoses whiplash, fibromyalgia, chronic pain disorder, chronic fatigue syndrome, chronic strain syndrome, and pelvic syndrome. 2) To estimate changes in the level of pension granted to patients with syndrome diagnosis. 3) To compare differences between patients with syndrome diagnosis granted disability retirement pension to patients with other diagnoses on the following parameters: sex, civil status, income when applying for pension, and attempts of rehabilitation. 4) To estimate comorbidity of psychiatric diagnosis in patients with syndrome diagnosis.

Material and methods: A register study of data on pension reported to The National Social Appeal Board in the period July 1st 1998 to December 31st, 2000.

Results: Of all patients granted pension in the period 8.3 per cent had a syndrome diagnosis, 11 per cent of the women and 5 per cent of the men. Both the relative and the absolute number of patients with syndrome diagnosis granted a pension were increasing. Comorbidity of psychiatric disorders was 3 per cent in the group with syndrome diagnosis. More patients with syndrome diagnosis than with other diagnoses had received sickness benefits and rehabilitation when pension was granted.

Discussion: The large number of patients with syndrome diagnosis granted pension calls for multidisciplinary prophylactic and treatment initiatives in order to reduce the number of patients in need of public support. The results are discussed in view of the new Pension's Act which will become effective as from January 1st, 2003.

Reprints: Elsebeth Nylev Stenager, Socialmedicinsk afsnit, Odense Kommune, Tolderlundsvej 3, 3. DK-5000 Odense C.

Antaget den 10. september 2002.
Syddansk Universitet, Institut for Sundhedstjenesteforskning,
Den Sociale Ankestyrelse, København,
Multipel Sklerose klinik, Vejle Amt, og
Multipel Sklerose klinik, Ribe Amt.

Litteratur

1. Fink P. Kronisk somatisering [disp]. Århus: Det sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet, 1997.
2. Andersen JH, Elverdam B, Hilden J, Vinther Nielsen C, eds. De nye sygdomme. København: Lægeforeningens forlag, 2000.
3. Birket-Smith M. Somatoforme tilstande. Ugeskr Læger 1999; 161: 5907-11.
4. Birket-Smith M. Somatoforme tilstande. En deskriptiv sammenlignende undersøgelse af patienter med somatiske symptomer uden organisk grundlag. FADL's forlag, 1998.
5. Jacobsen S. Kroniske muskelsmertesyndromer. Ugeskr Læger 2000; 162: 2178-80.
6. Rossey LA, Buckelew, Door N, Haglund KJ, Thayer JF, McIntosh MJ et al. A meta-analysis of fibromyalgi treatment interventions. Ann Behav Med 1999; 21: 180-91.
7. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many. Lancet 1999; 354: 936-9.
8. Hilden J. Fibromyalgi, belastningssyndrom og kronisk træthedssyndrom – sundhedsvæsenets stempel på eksistentielle problemer snarere end sygdom. Månedsskr Prakt Lægegern 1993; 71: 697-709.
9. Lønnberg F. Piskesmæld. Epidemiologi, diagnostik og behandling. Ugeskr Læger, 2001; 163: 2231-5.
10. Ferrari R, Schrader H. The late whiplash syndrome: a biopsychosocial approach. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2001; 70: 722-6.
11. Lærum H. Afgrænsning af belastningssyndromet. Månedsskr Prakt Lægegern 1992; 70: 369.
12. Sociale meddelelser SM P 4-93,12-93, 11-93. Den Sociale Ankestyrelse, 1993.
13. Sociale meddelelser SM P 33-95, 19-98. Den Sociale Ankestyrelse, 1995.
14. Sociale meddelelser SM P 19-98. Den Sociale Ankestyrelse, 1998.
15. Sociale meddelelse SM P 3-00. Den Sociale Ankestyrelse, 2000.
16. Højsted J, Alban A, Hagild K, Eriksen J. Forbrug af sundhedssystemet hos kroniske smertepatienter der søger førtidspension. Ugeskr Læger 2001; 163: 1280-3.
17. Stenager EN, Jørgensen BT, Kvolsgård S, Jensen BT. Førtidspensionsansøgere nu og i fremtiden II. Månedsskr Prakt Lægegern 1999; 77: 819-30.
18. Vejledning, lov om social pension. Socialministeriet, 1998.
19. Arbejdsevne metode, metode til beskrivelse, udvikling og vurdering af arbejdsevne. Socialministeriet, 2002.
20. Goldenberg DL. Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and myofascial pain syndrom. Curr Opin Rheumatol 1997; 9: 135-43.

Allergisk kontakteksem udløst af arbejde med methakrylatbaseret, anaerob metallim

KASUISTIK

Civilingeniør Anders Bjerre Mikkelsen, Peter Bro Bystrup & Inger Schaumburg

Vi beskriver her et udbrud af allergisk kontakteksem blandt ansatte på to køleskabsfabrikker. Kontakteksemet blev udløst af arbejde med methakrylatbaseret, anaerob metallim.

Sygehistorie

En 27-årig mand blev i 1996 henvist til arbejds- og miljømedicinsk afdeling (AMA) med håndeksem, der var debuteret efter fire ugers brug af metallimen Lokprep 61. Flere ansatte på virksomheden og på en søstervirksomhed havde fået hudproblemer ved brug af Lokprep 61 og det næsten identiske Lokprep 65. En havde været hos en dermatolog allerede i 1989, uden at det havde fået konsekvens for arbejdsmiljøet eller var blevet anmeldt til Arbejdsskadestyrelsen (ASK).

Der blev udleveret spørgeskemaer til 48 ansatte, nuværende og tidligere eksponerede. Hudproblemer anførtes af 17, som i 1997-1998 blev undersøgt af en arbejdsmedicinsk speciallæge. Hos 12 fandtes der arbejdsrelateret håndeksem, der var debuteret 1-8 uger efter, at de var startet på at arbejde med limene. Ingen havde haft forudgående hudgener. Otte accepterede undersøgelse hos en dermatolog, som foretog epikutantest med Europæisk Standardserie samt med følgende præparater fra Allergenbanken, Odense Universitetshospital: 2-hydroxypropyl-methakrylat

(2-HPMA) og triethylenglykol-dimethakrylat (TREGDMA), 2% i petrolatum. De to stoffers tilstedeværelse i produkterne oplystes af producenten.

Hos seks fandtes der positiv og hos én tvivlsom reaktion over for 2-HPMA. Én viste positiv reaktion over for perubalsam i Europæisk Standardserie. Forebyggelsesmæssigt gennemførtes ændrede arbejdsprocedurer samt en delvis erstatning af limning med lodning eller svejsning. Bedrifts-sundhedstjenesten instruerede de ansatte i håndhygiejne. Siden har der efter vores viden ikke været nogen ansatte, som har haft debut af arbejdsrelateret eksem.

Diskussion

Methakrylatmonomerene 2-HPMA og TREGDMA anvendes i lim-, lak- og dentalprodukter, hvis hårdning igangsættes af lys eller af kemiske faktorer, herunder fravær af ilt. Allergi over for akrylater og methakrylater, betegnet (meth)akrylater, er velkendt. På formodning herom blev 275 hudpatienter epikutantestet i 1985-1995 med op til 30 (meth)akrylater. Samlet havde 18% mindst én positiv reaktion; 12% en positiv reaktion for 2-HPMA og 8% for TREGDMA. Multiple reaktioner var hyppige (1). Udbrud af kontaktallergi ved brug af anaerob lim er beskrevet på autobilfabrikker i England (1967), Sverige (1972), Tyskland (1975) (2) og Spanien (1988) (3), men os bekendt ikke tidligere i Danmark.

Limene blev på arbejdspladsen anset for ufarlige, og hudkontakt blev ikke forebygget. Ifølge det tyske sikkerhedsdatablad var Lokprep 61: »I det væsentlige ugiftig«, skønt produktet skulle klassificeres »lokalirriterende«. Med revi-