

Rörelseorganens sjukdomar och deras samhällseffekter inom olika yrkesgrupper

Per Bjurulf

Rörelseorganens sjukdomar omfattar värtillstånd i olika delar av leder och muskulatur. Det helt dominerande, sett ur samhällsperspektiv, är värk i nacke, skuldror och ländrygg samt förslitna höft- och knäleder. Övriga tillstånd såsom reumatoid arthrit, fibromyalgi eller osteoporos behandlas inte i denna artikel. Tyngdpunkten i denna framställning är den yrkesmässiga fördelningen samt samhällseffekter i Östergötland. Dessa sjukdomar påverkar funktionsförmågan framför allt från 30-årsåldern. De har stor betydelse för sjukskrivning och förtidspension. De har också betydelse för öppenvården men relativt ringa för slutenvård och som dödsorsak. I denna artikel kommer huvuddelen av framställningen redovisa förhållanden under en period av snabb ökning av sjukskrivning i muskel-ledvärk - ett förhållande som sedan fortsatte med en mycket stor ökning av förtidspensioner inom denna grupp under hela perioden fram till 1994.

Per Bjurulf, professor och överläkare i socialmedicin i Umeå 1966-69 och i Linköping 1969-1997. Förtroendeläkare vid Försäkringskassan i Linköping 1979-1992.

Kvantitativ betydelse för sjukskrivningspanoramat i Östergötland 1985-87

Som ovan nämnts är rörelseorganens samhällseffekter framför allt betingande av funktionshinderande värk, som leder till sjukfrånvaro och förtidspension, medan hjärt- och kärlsjukdomar liksom cancer har störst betydelse som dödsorsaker.

Tillsammans svarade nack-, skulder- och ryggvärk samt förslitna höfter och knäleder för drygt 162 miljoner kronor 1985 i Östergötland. Under 1986 och 1987 ökade kostnaderna i fast penningvärde till 228 miljoner kronor, vilket redovisas i *tabell 1*.

Ländryggvärk orsakade något större kostnader än nack-skuldervärk som i sin tur orsakade större kostnader än förslitna höft- och knäleder.

Tabell 1. Sjukpenningkostnader i Östergötland i ländrygg - nack/skuldervärk samt höft- och knäförslitning under perioden 1985-87.

Symtomområde	Kostnader i 1.000 kronor		
	1985	1986	1987
Ländryggsbesvär	68 917	81 950	100 271
Nack/skuldervärk	46 385	62 967	83 728
Höft- o knäförslitning	47 423	58 720	73 112
Summa	162 725	203 637	259 111
Korrigerat mot löneindex för industriarb.		190 490	228 290

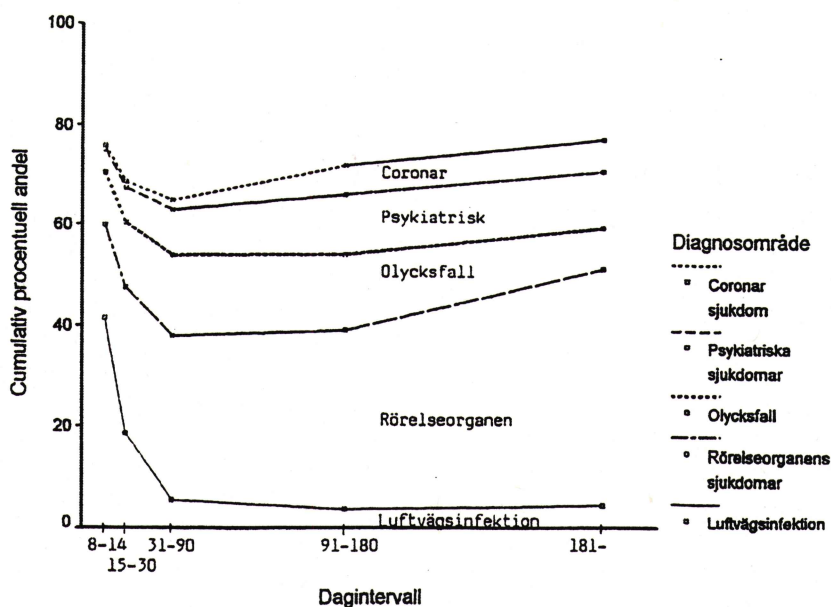
Under samma treårsperiod ökar antalet sjukfall i rörelseorganen med 2 219 fall trots att totalantalet sjukskrivningsfall i Östergötlands län var i stort sett oförändrat. Detta ger en ökande andel av sjukfallen med 5% under denna tid (26-31%). Ökningen i antalet sjukfall sker framför allt i nack-skuldervärk vilket framgår av *tabell 2* och det är i stort sett helt kvinnorna som står för denna ökning.

Tabell 2. Ländrygg och nack-, skuldervärk samt förslitning i höfter och knän. Utvecklingen av antal sjukskrivningsfall längre än 7 dagar under perioden 1985-87 i Östergötland.

Symtomområde	Antal fall			Ökning
	1985	1986	1987	
Ländryggvärk	6 963	7 253	7 394	431
Nack-, skuldervärk	4 209	4944	5 438	1 229
Förslitning i höfter och knän	4 511	4 893	5 070	559
Summa	15 683	17 090	17 902	2 219
Totalantal sjukfall	59 242	60 961	58 547	
Andel med rörelseorganens sjukdomar	26 %	28 %	31 %	
Rörelseorganens del av samtliga förtidspensionerade		36,5 %	46,4 %	

Tabell 3. Procentuell andel av den samlade sjukskrivningstiden i dagar i olika längd av sjukskrivningsfallen inom några stora diagnosområden i Östergötland 1985. Under 1986 och framför allt 1987 ökar antalet sjukdagar i samtliga diagnoser mest dock i rörelseorganens sjukdomar.

Diagnos	Sjukskrivningslängd i dagar resp %-andel									
	7-14		15-30		31-90		91-180		180-	
	antal dagar	%	antal dagar	%	antal dagar	%	antal dagar	%	antal dagar	%
Luftvägsinf.	110147	41,4	70512	(18,6)	31654	(5,7)	11905	(3,9)	45978	(4,5)
Olycksfall	28219	(10,6)	48621	(12,8)	87871	(15,9)	46446	(15,0)	82522	(8,2)
Rörelseorg.	48872	(18,4)	109306	(28,9)	178277	(32,3)	109024	(35,2)	472134	(46,8)
Psykiatrisk sjukl	12423	(4,6)	26652	(7,0)	49811	(9,0)	37205	(12,0)	116210	(11,5)
Hjärta o kärl	2380	(0,8)	4559	(1,2)	10363	(1,9)	18323	(5,9)	64684	(6,4)



Figur 1. Den relativa andelen sjukdagar för respektive diagnosområde 1985

Fem diagnosområden svarar tillsammans för cirka 80 procent av antalet sjukskrivningsdagar vilket framgår av både figur 1 och tabell 3. Från att ha en relativt liten andel av sjukskrivningsdagarna i de korta sjukskrivningsfallen (18,4%) ökar betydelsen av rörelseorganen till 35,2 procent av dagarna i fallen mellan 91 och 180 dagar och till nästan hälften av de över 181 dagar.

1987 års andel av sjukskrivningsdagarna i rörelseorganens sjukdomar är i stort sett oförändrad fram till början av 90-talet för att under perioden 1991 till 1994 minska med cirka 1 000 fall. 1992-93 svarar rörelseorganens sjukdomar för 37 procent av sjukskrivnings-

fallen över 60 dagar (enligt Riks-LS-undersökningen. Försäkringskassan Östergötlands län).

Sammanfattning

Rörelseorganens sjukdomar utgör en mycket stor andel av sjukskrivningsfall och dagar i Östergötland. De ökar starkt i betydelse i mitten av 1980-talet för att åter minska under perioden 1990-94.

Kvantitativ betydelse som förtidspensionsorsak 1971-1994

Fyra diagnosområden svarar tillsammans för cirka 80 procent av förtidspensionsfallen i Östergötland, vilket redovisas i tabell 4. Under perioden 1971-1994

Tabell 4. Fyra diagnosområdets procentuella andel av nybeviljade pensioner och sjukbidrag (exkl arbetsmarknadsskäl) i Östergötland 1971-1994. Fördelade på män respektive kvinnor.

År	Psykiatri	Olycksfall	Hjärta o kärl	Rörelseorgan	Tot ant förtidspens o sjukbi
	%	%	%	%	Ant fall n
MÄN					
1971	18	4	28	27	374
1975	17	2	31	31	373
1980	18	5	25	33	307
1985	21	5	19	33	285
1986	20	4	21	32	297
1990	17	3	16	45	376
1991	17	3	12	50	446
1994	20	5	12	43	466
KVINNOR					
1971	23	2	17	31	257
1975	21	2	19	37	316
1980	18	4	11	44	346
1985	18	4	7	51	448
1986	16	3	8	54	492
1990	11	3	5	66	771
1991	12	2	5	66	780
1994	13	2	5	61	808

sker emellertid rätt stora förändringar mellan dessa tre diagnosområden. Andelen i rörelseorganens sjukdomar ökar från 27 procent till cirka 50 procent hos männen. Absoluta antalet fall står rätt stilla (374-466) liksom den procentuella andelen från 1971-1990 för att öka såväl i antalet som procentuellt under 90-talet. För kvinnorna sker en stor kontinuerlig ökning såväl i antal (257-808) som procentuellt (31- 66%) från 1971-1991. Uppbromsningen procentuellt 1994 svarar inte mot en numerär minskning utan beror på ett större totalantal förtidspensionerade kvinnor detta år.

Parallellt med dessa förändringar i rörelseorganens sjukdomar minskar förtidspensionerna i hjärtsjukdomar påfallande såväl hos män som hos kvinnor (28-12% respektive 17-5%). Förtidspensioneringen i psykiatriska

orsaker hos män ligger rätt oförändrat på cirka 20% hela tidsperioden men minskar hos kvinnor (23-13%). Olycksfall har relativt liten betydelse som pensionsorsak såväl hos män som hos kvinnor till skillnad från dess roll som sjukskrivningsorsak.

Sammanfattning

Rörelseorganen har utvecklats till en starkt dominerande förtidspensionsorsak under perioden 1971-1994. Hos kvinnor har den mer än fördubblats. Det är inte orimligt antaga att den starkt ökande förtidspension/sjukbidragsdelen under 1990-1994 är orsaken till minskningen av sjukskrivningsdagar och fall i rörelseorganens sjukdomar under denna period.

Sjukskrivning i nack-, skulder-, ryggvärk samt förslitning i höfter och knän

Sjukpenningkostnader och relativ risk för män och kvinnor

Högriskgrupper

När man bedömer vilken risk ett yrke löper för sjukskrivning i vissa sjukdomar grundar man sin bedömning på sjukskrivningsfrekvens i just det yrket i förhållande till sjukskrivningsrisken för alla förvärsarbetande. Detta kallar vi för relativ risk (RR). Normalrisk ligger på 1,00. En relativ risk på 2,30 innebär att yrkesgruppen har 2,30 gånger så stor risk som genomsnittet i den yrkesverksamma befolkningen. Siffror under 1,00 innebär låga risker. I denna redovisning har vi beräknat relativa risker, yrkes- och könsuppdelat samt åldersstandardiserat.

När vi bedömt samhällseffekten har vi i detta avsnitt utgått från den samlade sjukpenningkostnaden i yrkesgruppen. Detta mått kan uppfattas som en indikator på den samhällsekonomiska effekten liksom på frånvaron från arbete.

Det bör påpekas att medlemmarna i en yrkesgrupp kan ha höga relativa risktal men beroende på att det finns få personer i yrkesgruppen blir den samlade samhällseffekten, såsom den mäts här, liten.

Vid redovisningen har vi redovisat högrisk-, normal- och lågriskgrupper i de tre diagnosområdena, värk i nacke och skuldror, värk i ländryggen och förslitningar i knä-, och höftleder för sig, för att lättare kunna urskilja överensstämmelser och skillnader.

I tabell 5 och tabell 6 redovisas högriskgrupper för sjukskrivning i de tre diagnosområdena.

Av sammanställningen i tabell 5 och tabell 6 fram-

Rörelseorganen har utvecklats till en starkt dominerande förtidspensionsorsak under perioden 1971-1994

Tabell 5. Högriskyrken i rygg-, nack-, skuldervärk i Östergötland RR > 1,20. Antal yrkesverksamma i befolkningen, sjukpenningkostnad i respektive diagnosgrupp, och relativ risk i diagnosgrupp och kön.

Yrke	Antal i befolkningen		Sjukpenning- kostnad m. kr		Relativ risk					
	Män	Kvinnor	rygg	nack/axel	Män	ryggvärk	Kvinnor	nack/skuldervärk	Män	Kvinnor
Taxi, buss,										
lastbil	5 285	413	4,48	2,95	1,29	1,40	1,07	1,40		
Textil	350	866	0,64	1,21	2,78	1,99	3,73	2,53		
Stål och										
gjuteri	14 565	1 520	16,24	18,64	1,61	3,66	1,82	5,30		
Elektroarb	5 027	2 578	5,81	7,26	0,94	1,36	0,77	2,41		
Såg- och										
träarbete	1 504	157	2,44	1,30	2,82	1,42	3,34	2,20		
Målare	1 757	46	1,75	1,06	1,41	2,08	2,21	3,33		
Byggarb.	4 896	20	5,41	1,50	1,31		1,33			
Kemiskt	1 435	624	2,39	5,40	1,81	1,72	2,48	3,34		
Livsmedel	1 183	521	1,74	1,58	1,52	2,53	1,91	3,26		
Massa/papper	1 250	232	2,29	1,14	1,92	2,48	2,41	3,63		
Kran och gräv	2 192	147	2,14	1,43	1,36	1,52	1,94	3,13		
Lager	2 811	1 306	2,57	2,99	1,45	1,35	1,13	1,56		
Städning	2 641	5 401	5,55	6,75	0,96	1,79	1,31	1,90		
Frisör, bad	267	1 124	0,73	1,23	1,05	0,94	1,54	1,13		
Sjukv.biträde	495	7 657	7,47	5,78	1,71	1,68	2,40	1,18		
Hemvårdsbitr.	241	9 364	-	-	2,46	1,30	1,93	1,03		

Tabell 6. Högriskyrken för sjukskrivning i höft- och knäförslitning RR > 1,20. Sjukpenningkostnad och relativ risk för män och kvinnor.

Yrke	Sjukpenning-kostnad m. kr	Relativ risk RR	
		Män	Kvinnor
Post etc	1,19	1,37	0,77
Textil	1,06	2,68	1,42
Stål o gjuteri	14,30	1,76	3,70
Elektroarb.	4,48	0,93	1,31
Såg o träarbete	1,30	3,23	0,92
Målare	1,06	1,72	0,94
Byggarbete	1,50	1,37	4,32
Grafiker	1,45	1,58	1,66
Kemiskt	5,40	1,63	1,85
Livsmedel	1,47	1,99	2,67
Massa o papper	1,49	2,04	2,79
Lager	2,63	1,25	1,16
Städning	5,07	1,01	1,70
Sjukvårdsbiträde	4,89	2,02	1,43
Socialsekreterare	-	0,32	1,39

går att det är LO-grupper som utgör högriskgrupper. Enda undantaget är kvinnliga socialsekreterare. Vi har då räknat med en RR på över 1,20 som högrisk. Parentes eller utelämnat värde innebär att antalet yrkesverksamma i gruppen gör värdet osäkert.

Höga riskgrupper i samtliga tre diagnosområden är

textil, stål och gjuteri, såg- och träarbete, målare, kemi, livsmedel, massa och papper samt sjukvårdsbiträden. En tendens föreligger för högre risktal för kvinnor än män. Fyra markanta undantag till detta är textil, såg- och trä, sjukvårdsbiträden och hemvårdsassistenter där männen har högre risktal.

Som extremt höga kan man beteckna RR-värden över 3,00. Endast ett fåtal manliga yrkesgrupper ligger över detta värde. Ingen inom området ryggvärk. Två inom nack-skuldervärk nämligen män i textil samt såg- och träarbete, som också ligger mycket högt i sjukskrivning inom höft- och knäförslitningar. Ett flertal kvinno-grupper ligger högt. Kvinnliga stål- och gjuteriarbetare ligger högt i samtliga tre diagnosområden. Vidare har kvinnor inom kemi, livsmedel och massa risknivåer över 3,00 när det gäller nack-skuldervärk.

Frapperande är den stora överensstämmelsen i överrisken mellan de tre diagnosområdena. Ett fåtal yrkesområden visar överrisk endast inom ett eller två av de tre symtomområdena. Taxi-, buss- och lastbilsförare, kran- och grävmaskinister, frisör- och badpersonal respektive hemvårdsbiträden har icke överrisker inom knä- och höftledsförslitningar. Vice versa har män inom post och telegraf, manliga och kvinnliga grafiker och kvinnliga socialsekreterare endast överrisk i förslitna knä- och höftleder.

När det gäller samhällseffekter i form av samlad sjukpenningkostnad utmärker sig metall-, stål- gjuteri med mycket höga kostnader i samtliga tre diagnosområden, sammanlagt cirka 50 miljoner kronor. Här sammanträffar höga RR med mycket höga samlade sjukpenningkostnader. Elektroarbete har sammanlagt 17,55 miljoner kronor i samlade sjukskrivningskostnader trots att männen har låga risktal medan kvinnorna ligger högt i samtliga tre diagnoser. Byggarbete utgör ett undantag genom att ha höga sjukpenningkostnader i ryggvärk men inte i de övriga diagnosområdena. Kemi har sammanlagt 11,03 miljoner kronor framför allt beroende på höga kostnader inom nack-skuldervärk samt förslitna höft- och knäleder. Städning och portvaktsarbete drar stora kostnader, 17,37 miljoner kronor framför allt beroende på högt risktal hos kvinnor, dock icke markant höga. Här ger nack-skuldervärk högre kostnader än ryggvärk. Sjukvårdsbiträde och undersköterskor svarar också för höga sjukskrivningskostnader, 18,14 miljoner kronor. I denna grupp är kostnaden för ryggvärk högre än nack-skuldervärk.

De högrisker som drar relativt liten samlad sjukpenning är trä- och såg (2,74 miljoner kronor), målare (2,74 miljoner kronor) samt massa och papper (4,92 miljoner kronor).

Normalriskgrupper

Som normalrisk har betecknats yrkesgrupper där grupperna ligger mellan 0,80 - 1,20 i RR. Här är överensstämmelsen betydligt sämre mellan de tre diagnosområdena. Gruppen är blandad av fysiskt tungt och lätt arbete. Tre yrkesområden återfinns i samtliga tre diag-

Tabell 8. Normalriskyrken för sjukskrivning i höft- och knäförslitning. RR 0,80-1,20. Sjukpenningkostnad och relativ risk för män och kvinnor.

Yrke	Sjukpenningkostnad m. kr	Relativ risk RR	
		Män	Kvinnor
Reklam, inköp	0,35	0,26	0,90
Försäljare	3,72	0,45	1,09
Lant- o skogsbruk	3,09	1,09	1,17
Taxi, buss, lastbil	1,94	0,86	1,05
Kran o gräv	0,83	0,99	0,59
Brand o polis	0,32	1,07	1,89
Hotell o restaurang	3,41	0,85	1,20
Frisör, bad	0,97	1,11	0,85
Hemvårdsbiträde	-	1,16	1,14

nosområden nämligen försäljare, lant- och skogsbruk samt hotell- och restaurang (se *tabell 7* och *tabell 8*). Något oväntat, även om man kan finna rimliga hypotetiska förklaringar, är normalrisken hos lant- och skogsbruksarbetare. Trots normalriskerna är den samlade sjukpenningkostnaden i denna yrkesgrupp rätt hög (9,55 miljoner kronor). Detta särskilt på grund av ryggvärk och höft- och knäförslitningar.

Försäljare har genomgående rätt låga riskvärden men samlad hög sjukpenningkostnad (13,24 miljoner kronor) med i stort sett lika kostnadsfördelning i de tre diagnosområdena. Hotell- och restaurang har genomgående något högre RR för kvinnor. Sammanlagda sjukpenningkostnaden är 10,27 miljoner kronor med jämn fördelning mellan de tre diagnosgrupperna.

Tabell 7. Normalriskgrupper i rygg-, nack-, skuldervärk i Östergötland RR 0,80-1,20. antal i befolkningen, sjukpenningkostnad i respektive diagnosgrupp. Relativ risk i diagnosgrupp och kön.

Yrke	Antal i befolkningen		Sjukpenningkostnad m. kr		Relativ risk			
	Män	Kvinnor	ryggvärk	nack/axel	ryggvärk		nack/skuldervärk	
					Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Sekreterare	777	9 992	3,94	3,33	0,92	0,58	0,72	0,53
Försäljare	5 953	6 809	5,03	4,49	0,44	0,76	0,32	0,86
Lant- och skogsbruk	7 624	1 625	4,89	1,57	1,12	0,77	1,02	0,49
Post etc	1 596	2 242	1,75	1,23	1,21	0,59	1,02	0,69
Grafiker	1 273	624	1,66	1,45	0,99	0,82	1,16	0,98
Brand o polis	1 819	185	0,85	0,30	0,76	1,22	0,60	0,42
Hotell och restaurang	914	4 926	3,45	3,41	0,76	1,19	0,85	1,14
Socialsekr	691	1 869	-	-	0,62	1,27	0,33	1,15

Tabell 9. Lågriskyrken för sjukskrivning i ryggvärk 1987 i Östergötland RR < 0,80. Antal yrkesverksamma, samlad sjukpenningkostnad samt rygg-, nack-, axelvärk fördelad på kön.

Yrke	Antal i befolkningen		Sjukpenning-kostnad m. kr		Relativ risk			
	Män	Kvinnor	ryggvärk	nack/axel	ryggvärk Män	Kvinnor	nack/skuldervärk Män	Kvinnor
Ingenjör/ tekniker	13 157	1 858	4,62	2,65	0,47	0,50	0,25	0,58
Lärare	4 134	8 101	2,17	1,05	0,34	0,45	0,23	0,31
Präster/ domare	1 839	1 497	0,40	0,45	0,43	0,41	0,61	0,36
Administr ADB,	3 757	3 485	0,95	0,55	0,28	0,21	0,10	0,21
bank, FK	4 136	3 374	1,72	1,49	0,39	0,36	0,26	0,51
Reklam, inköp	1 308	438	0,25	0,38	0,43	0,29	0,36	0,27
Diverse	1 639*		5,97	2,99	1,21	1,42	0,85	1,82
Militär	1 011	21	0,09	0,00	0,13	-	-	-
Sjuksköt	794	5 639	3,10	2,08	0,77	0,51	0,78	0,26
Läkare	1 060	679	1,20	0,60	0,45	0,71	0,23	0,34

* Både män och kvinnor

Tabell 10. Lågriskyrken för sjukskrivning i knä och höftledsförslitning RR< 0,80. Sjukpenningkostnad och relativ risk fördelad på kön.

Yrke	Sjukpenning-kostnad m. kr	Relativ risk RR	
		Män	Kvinnor
Ingenjör, tekniker	2,66	0,44	0,77
Lärare	1,74	0,19	0,32
Präster o domare	0,64	0,44	0,50
Vård	7,33	0,59	0,97
Socialt arbete	6,63	0,54	1,18
Administr	0,74	0,24	0,26
Sekreterare	3,61	0,81	0,69
ADB, bank, FK	1,26	0,37	0,37
Militär	0,07	0,17	-
Sjuksköt	1,82	0,19	0,47
Läkare	0,52	0,38	0,51
Diverse	3,94	1,56	1,28

Lågriskgrupper

Hit har förts grupper med lägre RR än 0,80. Vi återfinner här en påfallande överensstämmelse igen beträffande yrkesgrupper med låg risk i de tre diagnosområdena, vilket framgår av tabell 9 och tabell 10.

I denna grupp ingår företrädesvis yrken som kräver universitetsstudier. Ingenjörer och tekniker har en relativt hög kostnad för ryggvärk men det är framför allt beroende på det stora antalet individer i gruppen som den samlade kostnaden blir så hög (9,93 miljoner kronor). Trots påfallande låga risker svarar lärare för höga

sammanlagda kostnader (4,96 miljoner kronor) liksom sjuksköterskor (7,00 miljoner kronor).

Diskussion

Förändring av sjukskrivningsmönstret

Är resultaten fortfarande hållbara? De här redovisade siffrorna härrör sig från en intensivstudie från 1985-1987 täckande samtliga sjukskrivningar längre än sju dagar i hela Östergötland (det så kallade Diagnosprojektet). I vissa avseenden har arbetsmarknaden förändrats så att antalet verksamma i vissa yrken har minskat och andra har ökat.

Ser vi på redovisningen från den så kallade Riks-LS som länsvis och lokalkontorsvis redovisar ett urval av sjukfall längre än 60 dagar, synes de övervägande resultaten överensstämma. Särskilt om man lägger till aspekten av förtidspensioneringseffekter från 1985-1994. Det bör noteras att den samlade sjukskrivningen i rörelseorganens sjukdomar 1993-1994 utgör 37 procent, vilket stämmer rätt väl med siffrorna från 1985-1987.

Metodöverväganden

Som mått på samhällseffekter av värk i nacke-skuldror, ländrygg samt höfter och knän har använts förtidspension/sjukbidrag, den relativa risken för personer i en yrkesgrupp att bli sjukskrivna längre än 7 dagar (incidens) samt den för gruppen samlade sjukpenningkostnaden under ett år.

Vid beräkningen av sjukskrivningsincidens används ofta sjukskrivning längre än viss tidsperiod. I svenska och engelska studier används vanligtvis sjukperioder längre än 7 dagar medan i Norge används sjukskrivningsperioder längre än 14 dagar. Den relativa risken för sjukskrivning varierar emellertid med den "cut off"-gräns, som används. Om sjukskrivning från första dagen eller självrapporterad värk används erhålles mycket låga yrkesrelaterade risktal (jfr Brage 1997). Orsaken torde vara att värtillstånd av detta slag är mycket vanliga, 85% av den vuxna norska befolkningen hade muskuloskelettal värk under en ettårsperiod (Natvig et al 1995). Vid jämförelser mellan risktal av denna typ måste man därför kontrollera "cut off"-gränsen.

Köns- och yrkesrelaterad risk för sjukskrivning

Det mest påfallande i gruppen med hög risk för sjukskrivning är de i stort sett genomgående mycket höga riskerna för kvinnor. Detta är mer uttalat för värk i nackskulderpartiet än i ländrygg respektive höfter och knän. Detta har tidigare visats men på mer aggregerad nivå. Tidigare har flera hypotetiska förklaringar till dessa könsskillnader framförts bl a kvinnans svagare skelettmuskulatur, en generell tendens hos kvinnor att sjukskriva sig eller större krav från hem och familj (Alexandersson 1995, Hensing 1997). De här redovisade skillnaderna ger emellertid underlag för att urskilja extremt höga riskgrupper.

En annan systematisk skillnad, som mig veterligen inte tidigare påvisats, är att männen i högriskgrupperna nästan genomgående har högre risktal för sjukskrivning i nackskuldervärk än för ländryggvärk.

Även om kvinnor i högriskgrupperna ofta har högre risktal än männen ser vi att i de flesta av dessa yrkesgrupper både män och kvinnor har högre risktal inom alla tre symtomområdena. Sett ur strikt medicinskt förklaringsperspektiv har värk från dessa tre led-muskelområden till stor del olika orsaksväv. Detta talar för att specifika ergonomiska faktorer icke primärt orsakar värken utan att andra orsakssammanhang är troligare t ex att värtillstånd hindrar återgång i fysiskt tungt arbete eller att andra mer generella arbetsmiljö respektive sociala eller personlighetsmässiga faktorer i det komplexa orsaksmönstret till sjukskrivning hindrar återgång i arbete. I den vetenskapliga debatten har detta ofta sammanfattats som generell sårbarhet. Många intensivstudier pågår för att klarlägga orsaksinnebörden.

Inom tre yrkesområden har männen högre sjukskrivning än kvinnorna. Det gäller textil, såg och trä, sjukvårds- och hemvårdsbiträden. Dessa fenomen har tidigare analyserats i intensivstudier (Alexandersson 1995, Hensing 1997).

Oväntat låga risktal har sysselsatta inom jord- och skogsbruk, ADB samt sekreterare. För jord- och skogsbrukare kan förklaringen vara att trots mycket tungt arbete med hög olycksfallsrisk är personer i denna grupp till stor del egna företagare, som har svårigheter att sjukskriva sig. För gruppen sysselsatta med ADB och sekreterare, som har stor andel statistiskt arbete för armar och skuldror hade det varit troligt med högre risktal.

Möjligheter till behandling

Här skiljer sig de tre diagnosområdena åt. Förslitningar i höfter och knän kan, när de är klart arbetshindrande, opereras med i allmänhet goda resultat. Denna möjlighet är betydligt mindre vid värtillstånd i nacke- och skuldror och rygg.

Med den mångfald medicinska och alternativmedicinska metoder som förekommer för att behandla nack-, skulder- och ryggvärk har man i vetenskapliga utvärderingar i få fall kunnat demonstrera positiv effekt på sjukdomens naturalförlopp (SBU-konferens om ont i ryggen, orsaker, diagnostik och behandling, 1991).

Systematiska aktiverings- och funktionsträningsprogram kopplade till förändringar av den fysiska arbetsmiljön har emellertid i studier visat sig ha god effekt på sjukskrivning i ryggvärk och gett tidigare återgång i arbete, kortare sjukskrivning - också på längre sikt - samt minskat smärtberoende och minskat kroniskt lidande (SBU, 1991). Sådana program består oftast av flera olika delar. Däri bör enligt konferensrekommendationerna ingå en noggrann anamnes och kroppslig undersökning, kartläggning av ryggbesvärens relation till patientens fysiska arbetsmiljö och psykosociala arbetsförhållanden samt psykologiskt stöd och systematisk rörelseträning. En generell tillämplig av sådana program i hela landet antas enligt SBU-konferensen innebära en förbättring för patienterna och kan samtidigt ge samhällsekonomiska besparingar som för hela landet uppskattades vara 3,7 miljarder kronor per år.

I en specialundersökning beträffande tidigare rehabilitering av ryggvärk på vårdcentralen Brinken i Motala (Malmgren, 1995) skärptes de diagnostiska

Värk på grund av förslitning i höft- och knäleder kan behandlas vid svårare tillstånd. Medicinsk rehabilitering har ej entydigt visat effekt på sjukdomens naturlförlopp vid nack-, skulder- och ryggvärk

kriterierna och snabb tillgång till sjukgymnast ordnades. Trots tillfredsställelsen med programmet från såväl patienter som vårdpersonal kunde man inte visa någon större förkortning av sjukskrivningstiderna jämfört med en kontrollvårdcentral. Detta är resultat som i viss mån talar emot SBU-slutsatserna.

Nack-skuldervärk kunde ej heller påverkas av medicinsk rehabilitering medan psykosociala förändringar i arbetsmiljön hade effekt på sjukskrivningstider (Ekberg, 1995). Enighet förefaller råda om att snabb aktivering vid värtillstånd framför allt vid ryggvärk är gynnsam (SBU, 1991).

Sammanfattning

Värk på grund av förslitning i höft- och knäleder kan behandlas vid svårare tillstånd. Medicinsk rehabilitering har ej entydigt visat effekt på sjukdomens naturlförlopp vid nack-, skulder- och ryggvärk. Det förefaller som om psykosociala insatser kan ha effekt på sjukskrivning. Detta bör utvärderas i systematiska utvecklingsprojekt varvid även prospektiva studier av faktorer relaterade till förtidspension bör inkluderas.

Möjligheter till prevention

Vid preventiva överväganden bör man framför allt ur teoretisk synpunkt skilja mellan förebyggande av värtillståndet respektive prevention av sjukskrivning och förtidspension även om dessa åtgärder till stor del överlappar varandra. Huvuddelen av försöken att förebygga värtillstånden har inriktats på förbättringar av arbetsplatsen t ex avvibrering av maskiner och ergonomiska anpassningar till arbetsmomenten. Även i detta stadium är emellertid orsaksmönstret till huvuddelen av värtillstånden så komplext och den medicinska kunskapen om etiologi och patogenes otillräcklig.

Många försök har gjorts att förebygga sjukskrivning på grund av dessa tillstånd. Här blir emellertid orsaks-väven än mer sammansatt som ovan nämnts. Den mycket kraftiga ökningen av förtidspensioner under 80-talet och början av 90-talet på grund av muskuloskelettal värk är ett starkt argument för större mångdisciplinär satsning på prospektiva preventiva studier, där man dock i utformningen av åtgärderna många gånger får utgå från otillräckligt epidemiologiskt och medicinskt underlag, vilket får kompenseras med intuitiva överväganden.

Den stora skillnaden i relativa risker mellan olika yrkesgrupper ger viss vägledning, liksom den samlade sjukpenningkostnaden för respektive yrkesgrupper. Dessa två ger i viss utsträckning olika information. Sjukpenningkostnaden påverkas av den relativa risken, men även av antalet individer i yrkesgruppen och, vilket är viktigare ur metodsynpunkt av längden av sjukskrivningsfallen. En yrkesgrupp kan ha normala risktal men ändå höga kostnader beroende på att de som sjukskrivs har långa sjukskrivningstider, vilket även bör vägas in i utformningen av preventionen. Som praktiskt exempel kan nämnas anställda inom hotell och restauranger.

De här redovisade resultaten ger visst underlag för metod och designutformning av såväl primär som sekundär prevention att förebygga sjukskrivning eftersom de för första gången detaljredovisar såväl relativa risker som sjukpenningkostnader för en totalbefolkning omfattande ca 5% av Sveriges yrkesarbetande befolkning. Tidigare redovisningar har ofta baserat sig på selektiva material.

Sammanfattning

Tyngdpunkten i detta avsnitt ligger i begreppsutveckling som underlag för planering, utformning och effekt-utvärdering av interventiva försök att förebygga sjukskrivning och förtidspensionering på grund av värk i nacke-skuldror, ländrygg samt höfter och knän.

Litteraturlista kan erhållas från författaren.