

Uspesifikke smerter i muskler og ledd er den overlegent viktigste årsak til fravær og uførhet. Det er god medisin og god økonomi i å satse på tiltak vi vet virker

## Uføret uførhet

Alle klager over det høye antall uføre i Norge og over at de uføre stadig blir flere. Ved utgangen av 2005 var det til sammen 319 691 uføretrygdde her i landet. Dette er en betydelig belastning – både for dem det gjelder og for samfunnet. En logisk konsekvens ville vært en storsatsing på å finne årsaker og effektive virkemidler. Noen slik finnes dessverre ikke – det er et klart misforhold mellom milliardene i årlige utgifter til uføretrygd og millionene i forskningsbevilgninger.

Likevel er det grunn til å glede seg over mange gode norske studier på dette området. I dette nummer av Tidsskriftet rapporterer Robin Høltedahl resultatene fra sin undersøkelse av 200 personer som har søkt uføretrygd på grunn av muskel- og skjelettplager (1). Denne pasientgruppen har inngått i forfatterens arbeidsfelt som samarbeidende spesialist for trygdevesenet, og de er den største gruppen både hva gjelder uførhet og langvarig sykmelding.

Høltedahl hadde til hensikt å kartlegge den somatiske helsetilstanden hos trygdesøkere med lidelser i muskel- og skjelettsystemet. Resultatene viser at søkerne hadde betydelige helseplager og en sammensatt funksjonssvikt – det var smerter, slitenhet, lav fysisk yteevne, uheldig livsstil og sosioøkonomiske belastninger. Hos flertallet var det ingen spesifikke lidelser eller funn. De fleste har uspesifikke, generelle plager med smerter i mer enn én region. Dette er altså en bekreftelse på at det er denne store gruppen mennesker med uspesifikke og generelle plager som er vår største utfordring hvis vi skal gjøre noe med antallet uføre og langtidssykmeldte.

Mangelen på spesifikke funn og spesifikke lidelser er sannsynligvis en vesentlig del av problemet. Det er rimeligvis sant når disse pasientene begynner med å si: «Doktoren forstår meg ikke.» Det er heller ikke vanskelig å forstå at de blir et lett bytte for alle former for alternativ behandling. Leger er flinke til å finne og behandle spesifikke problemer. Det er det vi er opplært til, og det er vår viktigste oppgave. Men hva når denne tradisjonelle tilnærmingen ikke fører frem?

Som så mange andre tilskriver Høltedahl uførheten manglende tilrettelegging på arbeidsplassen og marginale utførelsesmuligheter. Dette kan vel være riktig, men gir egentlig ikke meget å gripe fatt i konkret. En viktigere hypotese er hans antydning om at pasientene har svekkede mestringsressurser. Dette underbygges også av hans funn av mer generelle plager. Etter mitt skjønn er dette et viktig bidrag til å forstå denne pasientgruppen. Sammen med smertene opptrer også svakhet og tretthet. Andre norske undersøkelser viser at jo flere plager, desto dårligere prognose (2, 3). Komorbiditet er altså både typisk og prognostisk viktig for pasientgruppen. Norske forskere har fremsatt en patofysiologisk modell som skal forklare disse forhold. Nevrobiologisk sensitivisering vil gi økt reaktivitet, som viser seg både i smertepersepsjon og i psykologisk ømfintlighet (4). Dette er et teoretisk grunnlag for å forklare effekten av kognitiv behandling. I de nye europeiske retningslinjene for behandling av ryggplager (5) er kognitive behandlingsmetoder med eller uten fysisk trening de som kommer best ut i randomiserte forsøk.

I tråd med datagrunnlaget for retningslinjene finner Høltedahl hos søkerne meget dårlig fysisk funksjon. Selv om søkerne angir at de trener, er oksygenopptaket foruroligende lavt. De orker ikke å gjen-

nomføre en vanlig ergometertest. Av 200 var det bare 94 som fullførte ergometersykeltesten. Selv blant disse «beste» lå indirekte beregnet maksimalt oksygenopptak på ca. 20 ml/kg/min (median). Dette er en objektiv bekreftelse på egenrapporteringen av lav funksjonsgrad.

Andre norske undersøkelser viser at det er meget vanskelig å få uføre tilbake til arbeidslivet. De er lite motivert og har minimal tro på muligheten av å vende tilbake (6), og det er liten eller ingen effekt av et kontrollert yrkesrettet intervensjonsopplegg (7). Det er viktig å huske på at gruppen med sykefravær utgjør en relativt liten del av de yrkesaktive (8), og uten adekvat behandling er det dårlig prognose for retur til arbeidslivet for den lille gruppen som har langvarig fravær.

Vi må ta høyde for at det nettopp er uspesifikke smerter i muskler og ledd som er den overlegent viktigste årsak til fravær og uførhet. Det er god medisin og god økonomi i å satse på implementering av det vi vet og på videreutvikling av metoder som ut fra kontrollerte studier har rimelig god effekt. Pasientene har vondt, og det er lett å bli skremt av både smertene og de mulige konsekvensene smerten eller «skaden» i ryggen kan ha. Mediene og noen kolleger holder fast ved at ryggen kan slites ut – «den knekker til slutt», «pass ryggen din». Dette kan raskt føre til inaktivitet og frykt for å skade ryggen ytterligere. Passivitet kan lede til en tiltakende svekkelse av ryggen, mer smerte, mer inaktivitet og lavt oksygenopptak. Høltedals pasienter er i slutfasen av denne utviklingen. Intervensjon tidlig i forløpet – med kognitiv behandling – kan gi modifikasjon av tanker og forestillinger om smerte og vanlige helseplager. Færre langvarige sykmeldinger og uførhetserklæringer er mulig med et bedret behandlingstilbud. Sannsynligvis krever dette også betydelig holdningsendring på alle plan – både blant behandlere, pasienter og publikum.

### Holger Ursin

holger.ursin@psybp.uib.no

Holger Ursin (f. 1934) er dr.med. og professor emeritus i fysiologisk psykologi ved Universitetet i Bergen. Han er nå prosjektkoordinator for forskningsenheten i Nasjonalt ryggnettverk.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

- Høltedahl R. Fysisk helsetilstand hos personer som søker uføretrygd. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2654–7.
- Hagen EM, Svendsen E, Eriksen HR. Predictors and modifiers of treatment effect influencing sick leave in subacute low back pain patients. Spine 2005; 30: 2717–23.
- Natvig B, Eriksen W, Bruusgaard D. Low back pain as predictor of long-term work disability. Scand J Public Health 2002; 30: 288–92.
- Eriksen HR, Ursin H. Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). J Psychosom Res 2004; 56: 445–8.
- European Commission Research Directorate General. Low back pain: guidelines for its management. www.backpainurope.org (5.9.2006).
- Magnussen L, Nilsen S, Raaheim M. Barriers against returning to work. Disabil Rehab 2006; akseptert for publisering.
- Magnussen L, Strand LL, Skouen JS et al. Motivating disability pensioners with back pain to return to work. A randomized controlled trial. J Rehab Med 2006; akseptert for publisering.
- Tveito TH, Halvorsen A, Lauvålien JV et al. Room for everyone in working life? 10 % of the employees – 82 % of the sickness leave. Norsk Epidemiologi 2002; 12: 63–8.