

Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge



Sammendrag

Bakgrunn. Muskel- og skjelettlidelser er en av de hyppigste årsakene til bruk av både tradisjonelle og alternative helsetjenester og -tilbud. Formålet med artikkelen er å gi en oversikt over forekomst av disse lidelsene i Norge.

Materiale og metode. Artikkelen er basert på en rapport om muskel- og skjelettlidelser fra 2004. Det er i tillegg foretatt ikke-systematiske søk i PubMed for artikler innen feltet som er publisert i årene 2005–09.

Resultater. Muskel- og skjelettplager er svært vanlig i befolkningen. 75–80 % vil i løpet av en måned ha opplevd slike smerter eller plager i en eller annen form. Flere kvinner enn menn rapporterer muskel- og skjelettsmerter, og man ser generelt en økning i forekomst med økende alder. En undersøkelse har vist at bare 11 % av befolkningen har muskel og -skjelettsmerter fra ett område, mens omtrent 40 % rapporterer fem eller flere smerteområder. Økende antall smerteområder er assosiert med nedsatt funksjon og høyere sykefravær og større uføreytelser. Forekomsten av muskel- og skjelettplager ser ut til å holde seg stabil i befolkningen over tid. Samtidig har disse lidelsenes andel av trygdeytelsene vist en fallende tendens de siste ti årene. Allikevel er muskel- og skjelettlidelsene fortsatt den hyppigste medisinske årsaken til sykefravær og uføreytelser.

Fortolkning. Muskel- og skjelettlidelser er utbredt i befolkningen og fortsatt en viktig årsak til trygdeytelser.

Camilla Ihlebæk

camilla.ihlebak@umb.no
Forskergruppe for natur, helse og livskvalitet
Universitetet for miljø- og biovitenskap
1432 Ås
og
Forskningsenhet for stress,
helse og rehabilitering
Uni helse
Bergen

Søren Brage

Utredningsseksjonen
Arbeids- og velferdsdirektoratet

Bård Natvig

Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter
Diakonhjemmet Sykehus
og
Seksjon for sosialmedisin
Avdeling for allmenn- og samfunnsmedisin
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

Dag Bruusgaard

Seksjon for sosialmedisin
Avdeling for allmenn- og samfunnsmedisin
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

Muskel- og skjelettlidelser er en av de hyppigste årsakene til at folk oppsøker både tradisjonelle og alternative helsetjenester og -tilbud (1). I Norge, som i mange andre vest-europeiske land, er disse lidelsene også de dominerende årsakene til sykefravær, rehabilitering og uførepensjonering.

Muskel- og skjelettlidelser omfatter et bredt spekter av tilstander. I noen tilfeller er etiologien kjent, og smertene og plagene kan helt eller delvis forklares ved kjente sykdommer. Men selv for slike tilstander som f.eks. Bekhterevs sykdom eller artrose, er det stor individuell variasjon i grad av symptomer og type konsekvenser for pasienten når det gjelder smerte, livskvalitet, dagligliv og arbeidsliv (2, 3). Ved mange tilfeller av muskel- og skjelettlidelser, finner man ingen sikre fysiologiske eller morfologiske endringer som kan forklare smertene. Likeledes er det i mange tilfeller usikkert hvilken relevans eventuelle objektive funn har for forståelsen av det aktuelle symptom bildet. Ved slike tilstander finner man sjelden kun én årsak, men mange individuelle og komplekse årsakssammenhenger. I denne artikkelen tar vi for oss forekomsten av muskel- og skjelettlidelser i Norge.

Materiale og metode

Artikkelen er delvis basert på en rapport om forekomst av muskel- og skjelettlidelser fra

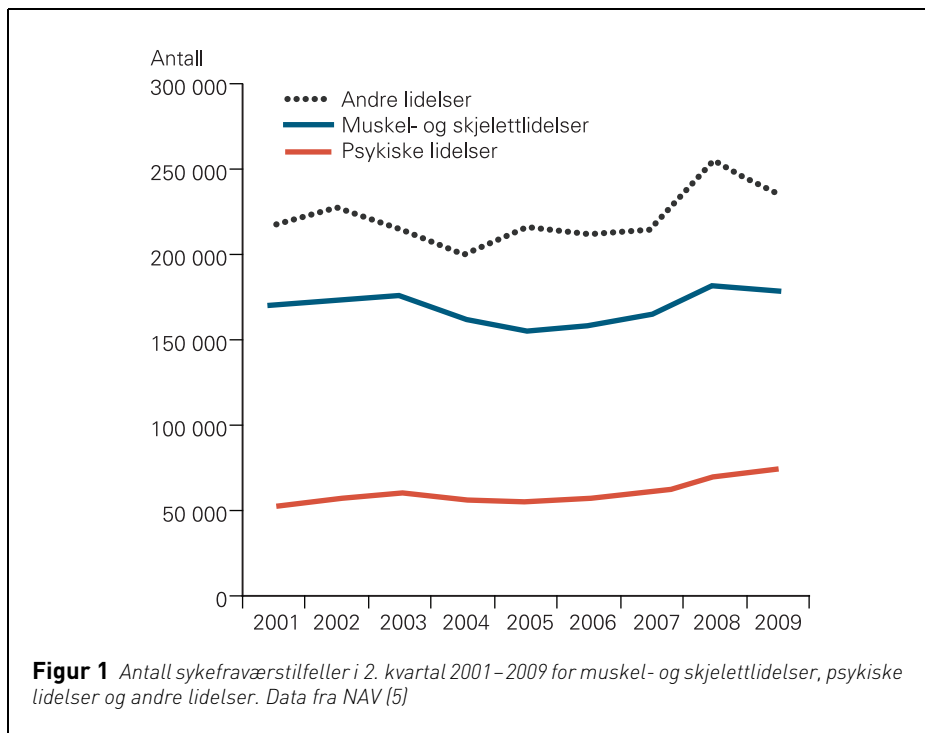
2004 (4). For årene 2005–09 er det foretatt et ikke-systematisk søk i PubMed med et utvalg artikler basert på forfatterens erfaring innen området. For trygdemessige konsekvenser ble det hentet opplysninger fra NAVs nettsider (5, 6). Tilgjengelige tabeller over diagnosefordeling ved sykefraværet i 2. kvartal 2001–09 og uføreytelser 1998–2006 er gjort om til figurer. «Uføreytelse» omfatter både varig uførepensjon og tidsbegrenset uførestønad.

Muskel- og skjelettplager

Muskel- og skjelettplager er svært vanlig i den norske befolkningen. 75–80 % vil i løpet av en måned ha opplevd smerter eller plager fra muskel- og skjelettsystemet i en eller annen form (7). Det meste av dette utgjøres av lette plager, som ikke krever behandling og som ikke får noen konsekvenser for dagligliv eller deltakelse i arbeidslivet. Det er likevel en betydelig andel av befolkningen som har kroniske muskel- og skjelettlidelser. I Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) fant man en aldersjustert insidens for muskel- og skjelettplager med varighet over to uker siste måned på 7,9 % (8), og 51 % av befolkningen rapporterte muskel- og skjelettplager med varighet i tre måneder eller mer siste år (9). I Helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK) rapporterte 38 % av menn og 48 % av kvinner i alderen 40–49 år kroniske smerter og stivhet fra muskel- og skjelettapparatet siste år. De tilsvarende tallene for 70–74 åringer var 41 % og 57 % (10). Flere kvinner enn menn rapporterer muskel- og skjelettsmerter (11), og man ser generelt en økning i forekomsten med økende alder, selv om dette variere noe med ulike lidelser og i ulike studier (10, 12). Det er funnet en sterk sammenheng mellom

Hovedbudskap

- Muskel- og skjelettplager er svært vanlig i befolkningen
- De fleste som rapporterer slike plager, rapporterer smerter fra flere områder
- Sykefravær på dette grunnlaget har vært stabilt de siste årene
- For uføreytelser har antallet nye tilfeller vist både en absolutt og en relativ nedgang, men lite tyder på at dette skyldes en reell nedgang i forekomsten av muskel- og skjelettplager



lav sosioøkonomisk status og kroniske muskelsmerter (11, 13). Fysisk aktivitet kan forebygge kronifisering og konsekvenser av muskel- og skjelettsmerter (9).

Forekomsten av denne typen lidelser holder seg stabil i befolkningen over tid. I levekårsundersøkelsen i 1998 var det 25 % som oppga å ha sykdom i muskel- og skjelettsystemet, mens tilsvarende tall for 2002 og

2005 var henholdsvis 23 % og 24 % (14). En slik stabil forekomst er også rapportert fra andre studier av den generelle befolkning i Norge (7, 15).

Tradisjonelt har mye av forskning og behandling av muskel- og skjelettplager, konsentrert seg om lokaliserte plager og spesifikke diagnoser. Men i HUSK fant man at blant dem som hadde kroniske muskel- og skjelett-

plager, var det vanlig å rapportere plager fra tre eller flere kroppsdeler (10). Undersøkelser av befolkningen i Ullensaker over en 14-årsperiode har også vist at bare 11 % av befolkningen hadde muskel og -skjelettsmerter fra ett område i løpet av det siste året, mens hele 39 % hadde smerter fra fem områder eller flere (16). Særlig kvinner, personer med lav utdanning og personer med dårlig generell helse opplevde å ha smerter fra mange områder (16). Undersøkelsen viste videre at det var en klar og lineær sammenheng mellom økende antall smerteområder og nedsatt funksjon, og antall smerteområder predikerte uføretygd 14 år senere (17, 18). I HUSK fant man at utbredte kroniske muskel- og skjelettsmerter ser ut til å være en uavhengig prediktor for fremtidig høyt sykefravær (11).

Muskel- og skjelettlidelsene er den hyppigste årsaken til en rekke trygdeytelser. De svarte for 36 % av sykefraværstilfellene i 2. kvartal 2009 (5) og 30 % av alle nye tilfeller av uføreytelser i 2006 (6). Den nest største diagnosegruppen, psykiske lidelser, ga opphav til 15 % av sykefraværstilfellene og 25 % av nye uføreytelser. Fra 2001 økte sykefraværet markant for psykiske lidelser og andre lidelser, mens sykefraværet på grunn av muskel- og skjelettlidelser stort sett var uforandret (fig 1). Antallet nye tilfeller av uføreytelser på grunn av muskel- og skjelettlidelser viste en absolutt nedgang i perioden 1998–2006 (fig 2). Den muskel- og skjelettlidelsesbaserte andel av disse viktige trygdeytelsene har i de siste ti årene vist en fallende tendens.

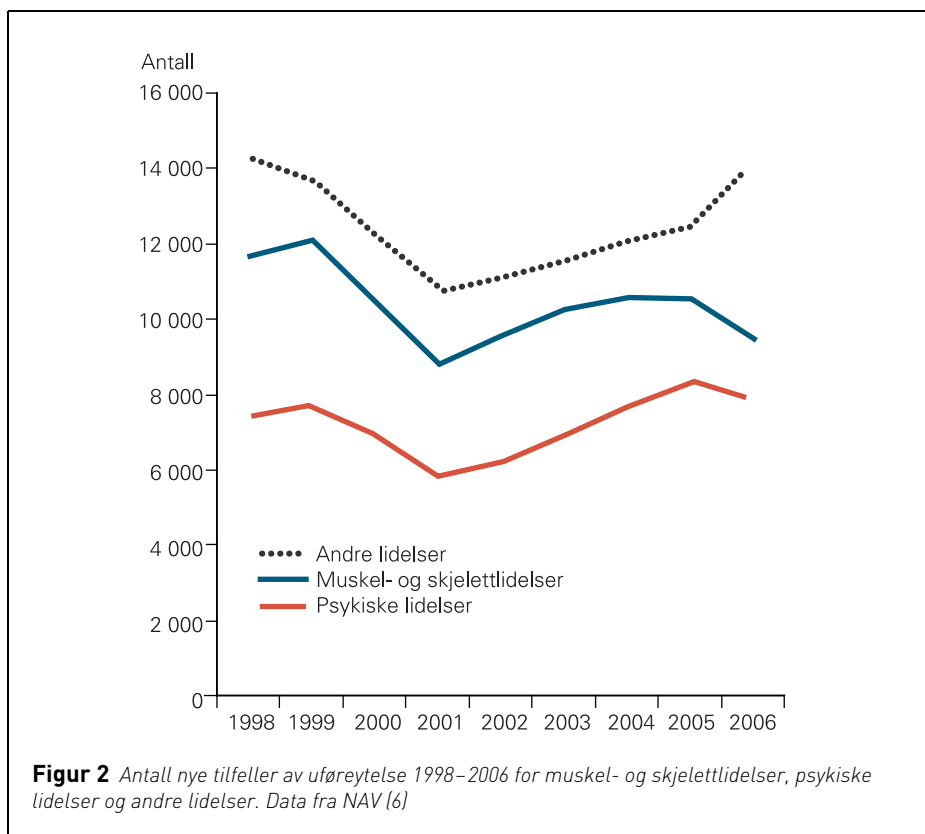
Revmatiske sykdommer

Prevalensen av revmatoid artritt i befolkningen ligger på omkring 0,5 %, og det er flere kvinner enn menn som har denne sykdommen (19). Den årlige insidensen er funnet å være ca. 25 per 100 000 innbyggere i Oslo (20) og 29 per 100 000 innbyggere i Troms (21). Forekomsten av Bekhterevs sykdom er antatt å ligge på mellom 0,1 % og ca. 1 %, og det er flest menn som rammes (22). I en studie av befolkningen i Tromsø, fant man en punktprevalens på 0,4 % (23). Den estimerte gjennomsnittlige årlige insidensen i perioden 1960–93 ble beregnet til 7,3 per 100 000 innbyggere.

Revmatiske sykdommer svarte for 1 % av sykepengetilfellene i 2008 og for 2 % av nye uføreytelser i 2006 (24). Det er tegn til at leddgikt er blitt en mildere sykdom de siste tiårene, muligens på grunn av nye sykdomsmodifiserende medikamenter (25). Men i en studie av norske arbeidstakere som var sykmeldt for muskel- og skjelettlidelser i mer enn åtte uker, var denne diagnosen en av høyrisikodiagnosene for å være mottaker av en uføreytelse fem år senere (26).

Degenerative sykdommer

Forekomsten av selvrapportert diagnostisert artrose i Ullensaker-undersøkelsen var 12,8 % (3). Hofteartrose ble rapportert av



5,5 %, artrose i kne av 7,1 % og håndartrose av 4,3 % (3). I Norge regner man med at 96 000–225 000 kvinner lider av osteoporose (27), og insidensen av osteoporoserelaterede brudd i Norge er den høyeste i verden (28). Artrose var bakgrunnen for 5 % av alle nye uføreytelser i 2006 (24).

Fibromyalgi

Det er omdiskutert hvorvidt fibromyalgi er et klart avgrenset syndrom eller del av generaliserte muskelsmerter (29). Sammenliknet med andre land er forekomsten av fibromyalgi i Norge forholdsvis høy. I en undersøkelse av nærmere 93 000 innbyggere i Nord-Trøndelag fant man at prevalensen var på 3,2 %. Blant kvinner var prevalensen på ca. 5 % og blant menn ca. 1 % (30), mens det i en undersøkelse av kvinner i Arendal ble rapportert om en prevalens på 10,5 % (31). Av voksne fibromyalgipasienter er ca. 90 % kvinner (32), og de fleste pasientene er i 40–50-årsalderen. Fibromyalgi førte til 5,4 % av alle nye uføreytelser i 2006 (24).

Rygglidelser

Ryggsmerter er svært vanlig i befolkningen, og det er antatt at 60–80 % vil erfare ryggsmarter i løpet av livet (33). Prevalens av isjias med nerverotssmerter angis til å ligge på 1–5 % (33, 34). For 80–90 % av akutte korsryggplager kan man ikke si noe sikkert om hvorfor smerten oppstår. I befolkningsundersøkelsen i Ullensaker i 2004, rapporterte 34 % å ha opplevd korsryggssmerter og 18 % smerter i øvre rygg i løpet av siste uke (17). I en undersøkelse av et representativt utvalg av yrkesaktive i Norge i 2003, fant man at 47 % hadde hatt ryggplager siste måned, mens tilsvarende tall for 1996 var 46 % (7). Hele 58 % av norske ungdomsskoleelever i 8. og 9. klasse rapporterte å ha hatt ryggsmarter i løpet av siste år, og 32 % rapporterte ryggsmarter i mer enn sju dager siste år (35). Av muskel- og skjelettlidelser er det rygglidelser som er den dominerende årsaken både til sykefravær og uføreytelser (24).

Nakkidelser

Smerter og plager i nakken eller cervikal delen av ryggsoylen kan være vanskelig å avgrense fra muskulære og andre plager i øvre rygg, nakke og skuldre. I en undersøkelse av et utvalg av yrkesaktive i den norske befolkningen i 2003, var det 33 % som rapporterte nakkeplager i en eller annen grad i løpet av siste måned (7). I Ullensaker-undersøkelsen 2004 var det 36 % som rapporterte å ha opplevd nakkesmerter siste uke, 43 % av kvinner og 27 % av menn (17). Ettårsprevalens av nakkeplager i befolkningen i Ullensaker er tidligere rapportert til å være 48 % (36). Man vet ikke så mye om forekomsten av kroniske nakkesmerter i befolkningen, men i en norsk studie hadde ca. 14 % hatt kroniske plager som varte i mer enn seks måneder (37). Nakkidelser er en vanlig årsak til både sykefravær og uføreytelser (24).

En nakkidelelse som har fått mye oppmerksomhet er nakkeslengskade. Det er omtrent 2 000 nye tilfeller av nakkeslengskade (grad I og II) i Norge hvert år. Hos 3–5 % av personer som har vært utsatt for en påkjørsel som gir nakkesleng, vil det utvikle seg symptomer på en nakkeslengskade innen tre dager. Et mindretall av disse igjen vil utvikle kroniske plager (38). I en oppfølgingsstudie av personer som rapporterte personskaade etter bilulykke til et norsk forsikringselskap, rapporterte ca. 70 % nakkesmerter etter ulykken og ca. 14 % utviklet kroniske nakkesmerter (39).

Skulderplager

Skulderplager var sammen med nakke og ryggplager den hyppigst rapporterte plagen i Ullensaker-undersøkelsen i 2004, og 34 % hadde opplevd skulderplager siste uke (17). Årsprevalensen for skulderplager i Ullensaker er tidligere funnet å være 47 % (36).

Bekkensmerter

Hele 46 % av gravide kvinner opplever bekkenmerter i løpet av svangerskapet (40). For de fleste vil disse plagene gå over av seg selv i løpet av 1–3 måneder etter fødselen, men for noen blir plagene langvarige og alvorlige (41). Prevalensen av kroniske bekkenmerter i befolkningen er ukjent, men ca. 40 % av dem som oppsøker allmennlege eller gynekolog for underlivsplager har kroniske bekkenmerter (42).

Diskusjon

Muskel- og skjelettlidelser er utbredt i befolkningen og er fortsatt en viktig årsak til trygdeytelser. I de siste årene har antallet personer med sykefravær på grunn av muskel- og skjelettdiagnoser vært omtrent stabilt, mens for uføreytelser har antallet nye tilfeller med muskel- og skjelettlidelser vist både en absolutt og en relativ nedgang. Det er imidlertid lite som tyder på at dette skyldes en reell nedgang i forekomst av muskel- og skjelettplager (7, 14).

Den generelle økningen i ytelsene har vært forårsaket av andre lidelser, først og fremst psykiske lidelser. Dette bekrefter fortsettelsen på en trend som også er rapportert før (43). Det er tidligere vist at det er liten overensstemmelse mellom forekomst av plager i den generelle befolkning og forekomst av tilsvarende diagnoser (7, 44). Samtidig vet man at pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager ofte også opplever psykiske plager som depresjon (45, 46). Det kan derfor være rimelig å diskutere om endringene skyldes en endret bruk av psykiatriske diagnoser på pasienter som tidligere ville fått en muskel- og skjelettdiagnose, etter hvert som det er blitt mer åpenhet i samfunnet omkring psykiske problemer.

I Ullensaker-undersøkelsen fant man at de aller fleste som rapporterer muskel- og skjelettsmerter, rapporterer smerter fra flere områder (17). Tilsvarende funn er gjort i en stu-

die av norske ryggpasienter, der majoriteten av pasientene også hadde en rekke andre plager (46). For pasienter med smerter fra mange deler av muskel- og skjelettsystemet samt en rekke andre plager, kan det være flere mulige diagnoser å velge mellom, og det kan bli litt tilfeldig hvilken diagnose de får. Hvilken diagnose som stilles kan avhenge av hvilken plage pasienten eller legen opplever som mest funksjonsnedsettende, hvilken type spesialist pasientene går til, eller hva som er mest akseptert i samfunnet. Det ser uansett ut som det ikke er lokalisering av smerter og plager som er det viktigste når det gjelder å påvirke funksjon, sykmelding og uføreytelser for personer med muskel- og skjelettplager, men antall smerteområder (11, 17, 18).

Selv om det er visse endringer i diagnosebruken, er det fortsatt slik at muskel- og skjelettlidelser plager flest og koster mest (4). Samtidig vet man at blant leger i Norge befinner disse lidelsene seg nederst på prestisjehierarkiet for ulike sykdommer (47). Kunnskapsgrunnlaget for å forstå årsaker og iverksette forebyggende og behandlingsrettede tiltak for muskel- og skjelettlidelser er fortsatt beskjedent.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Steinsbekk A, Adams J, Sibbritt D et al. The profiles of adults who consult alternative health practitioners and/or general practitioners. *Scand J Prim Health Care* 2007; 25: 86–92.
2. Dagfinrud H, Kjekken I, Mowinckel P et al. Impact of functional impairment in ankylosing spondylitis: impairment, activity limitation, and participation restrictions. *J Rheumatol* 2005; 32: 516–23.
3. Grotle M, Hagen KB, Natvig B et al. Prevalence and burden of osteoarthritis: results from a population survey in Norway. *J Rheumatol* 2008; 35: 677–84.
4. Ihlebæk C, Lærum E. Plager flest – koster mest, muskel-skjelettlidelser i Norge. Rapport nr. 1/2004. Oslo: Nasjonalt Ryggnettverk – Formidlingsenheten, 2004.
5. NAV. Sykefraværstilfeller 2 kv 2001–2009. <http://nav.no/212995.cms>. [19.2.2010].
6. NAV. Diagnoser uføreytelser. www.nav.no/805380444.cms [13.1.2010].
7. Ihlebæk C, Brage S, Eriksen HR. Health complaints and sickness absence in Norway, 1996–2003. *Occup Med (Lond)* 2007; 57: 43–9.
8. Hagen K, Svebak S, Zwart JA. Incidence of musculoskeletal complaints in a large adult Norwegian county population. The HUNT Study. *Spine (Phila Pa 1976)* 2006; 31: 2146–50.
9. Holth HS, Werpen HK, Zwart JA et al. Physical inactivity is associated with chronic musculoskeletal complaints 11 years later: results from the Nord-Trøndelag Health Study. *BMC Musculoskelet Disord* 2008; 9: 159.
10. Sirnes E, Sødal E, Nurk E et al. Forekomst av muskel- og skjelettplager i Hordaland. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2855–9.
11. Andersen I, Frydenberg H, Mæland JG. Muskel- og skjelettplager og fremtidig sykefravær. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2009; 129: 1210–3.
12. Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR et al. Age and the experience of chronic pain: differences in health and quality of life among younger, middle-aged, and older adults. *Clin J Pain* 2005; 21: 513–23.
13. 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.

>>>

14. Statistisk sentralbyrå. Levekårsundersøkelsene 1998–2005. www.ssb.no/emner/03/01/helseforhold/tab/tabeller.html [19.2.2010].
15. Kamaleri Y, Natvig B, Ihlebaek CM et al. Change in the number of musculoskeletal pain sites: A 14-year prospective study. *Pain* 2009; 141: 25–30.
16. Kamaleri Y, Natvig B, Ihlebaek CM et al. Number of pain sites is associated with demographic, life-style, and health-related factors in the general population. *Eur J Pain* 2008; 12: 742–8.
17. Kamaleri Y, Natvig B, Ihlebaek CM et al. Localized or widespread musculoskeletal pain: does it matter? *Pain* 2008; 138: 41–6.
18. Kamaleri Y, Natvig B, Ihlebaek CM et al. Does the number of musculoskeletal pain sites predict work disability? A 14-year prospective study. *Eur J Pain* 2009; 13: 426–30.
19. Kvien TK, Uhlig T, Ødegård S et al. Epidemiological aspects of rheumatoid arthritis: the sex ratio. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1069: 212–22.
20. Uhlig T. Revmatoid artritt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 86.
21. Riise T, Jacobsen BK, Gran JT. Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis in the county of Troms, northern Norway. *J Rheumatol* 2000; 27: 1386–9.
22. Dagfinrud H, Heiberg MS, Bakland G et al. Bekkterevs sykdom – en konsensus om diagnostikk og behandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 3209–12.
23. Bakland G, Nossent HC, Gran JT. Incidence and prevalence of ankylosing spondylitis in Northern Norway. *Arthritis Rheum* 2005; 53: 850–5.
24. Brage S, Ihlebaek C, Natvig B et al. Muskel- og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføretelser. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2010; 130: 0000–00.
25. Uhlig T, Heiberg T, Mowinckel P et al. Rheumatoid arthritis is milder in the new millennium: health status in patients with rheumatoid arthritis 1994–2004. *Ann Rheum Dis* 2008; 67: 1710–5.
26. Gjesdal S, Bratberg E, Maeland JG. Musculoskeletal impairments in the Norwegian working population: the prognostic role of diagnoses and socioeconomic status: a prospective study of sickness absence and transition to disability pension. *Spine (Phila Pa 1976)* 2009; 34: 1519–25.
27. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Tema: Beinskjørhet og brudd – osteoporose. www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5565:0:15,3302:1:0:0:0:0. [19.2.2010].
28. Lofthus CM, Osnes EK, Falch JA et al. Epidemiology of hip fractures in Oslo, Norway. *Bone* 2001; 29: 413–8.
29. Gran JT. The epidemiology of chronic generalized musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003; 17: 547–61.
30. Kurtze N, Svebak S. Fatigue and patterns of pain in fibromyalgia: correlations with anxiety, depression and co-morbidity in a female county sample. *Br J Med Psychol* 2001; 74: 523–37.
31. Forseth KØ. Fibromyalgi – forekomst og risikofaktorer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1885.
32. Wigert SH. Fibromyalgi – en oppdatering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1300–4.
33. Lærum E. Nasjonale kliniske retningslinjer. Korskryggsmerter – med og uten nervertaffeksjon. Oslo: Formi, 2007.
34. Grøvle L, Haugen AJ, Keller A et al. The bothersomeness of sciatica: patients' self-report of paresthesia, weakness and leg pain. *Eur Spine J* 2010; 19: 263–9.
35. Sjølie AN. Persistence and change in nonspecific low back pain among adolescents: a 3-year prospective study. *Spine (Phila Pa 1976)* 2004; 29: 2452–7.
36. Natvig B, Nessiøy I, Bruusgaard D et al. Musculoskeletal symptoms in a local community. *Eur J Gen Pract* 1995; 1: 25–8.
37. Bovim G, Schrader H, Sand T. Neck pain in the general population. *Spine (Phila Pa 1976)* 1994; 19: 1307–9.
38. Rø M, Borchgrevink G, Dæhlie B. Nakkeslengskade. Diagnostikk og evaluering. Metodevurdering basert på egen litteraturgranskning. SMM-rapport nr. 5/2000. Oslo: SINTEF, 2000.
39. Pape E, Brox JI, Hagen KB et al. Prognostic factors for chronic neck pain in persons with minor or moderate injuries in traffic accidents. *Accid Anal Prev* 2007; 39: 135–46.
40. Robinson HS, Eskild A, Heiberg E et al. Pelvic girdle pain in pregnancy: the impact on function. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 160–4.
41. Stuge B, Laerum E, Kirkesola G et al. The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy: a randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 2004; 29: 351–9.
42. Kirste U, Haugstad GK, Leganger S. Kroniske bekkenmerter hos kvinner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1223–7.
43. Rikstrygdeverket. Diagnostoser og sykefravær 1994–1999. Rapport nr. 4/2000. Oslo: Rikstrygdeverket, 2000.
44. Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 450–4.
45. Brage S, Sandanger I, Nygård JF. Emotional distress as a predictor for low back disability: a prospective 12-year population-based study. *Spine (Phila Pa 1976)* 2007; 32: 269–74.
46. Hagen EM, Svendsen E, Eriksen HR et al. Comorbid subjective health complaints in low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2006; 31: 1491–5.
47. Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Soc Sci Med* 2008; 66: 182–8.

Manuskriptet ble mottatt 23.6. 2009 og godkjent 1.7. 2010. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.