

Ryggplager, sykefravær og uføretrygd

Det finnes dokumentert kunnskap om hva som leder til langt sykefravær ved uspesifikke ryggplager og hvilke tiltak som kan redusere fraværet. Her presenteres konkrete forslag til hvordan denne kunnskapen bedre kan implementeres.

Jan Sture Skouen

jan.skouen@helse-bergen.no

Muskel- og skjelettplager er fortsatt den hyppigste årsaken til sykmelding og uføretrygd i Norge (1). Ryggplager utgjør den største undergruppen av muskel- og skjelettplager når det gjelder årsak til sykepen-ger og uføretrygd (2). Hele 80 % av alle ryggplager er betegnet som uspesifikke, det vil si at smertene ikke opprettholdes av kjent sykdom eller skade (3, 4).

For å kunne iverksette mer effektive tiltak for å få personer med uspesifikke ryggplager mer arbeidsføre, er det viktig å se nærmere på hvilke faktorer som predikerer at de kommer tilbake i arbeid. Disse faktorene kan så integreres i behandlingsmodeller og utprøves i kontrollerte intervensjonsstudier. En stor norsk kohortstudie viste at antall sykefraværsdager var korrelert med uføretrygdstatus fem år senere hos ryggpasientene (5). En metaanalyse har vist at hele 32 % av ryggpasientene ikke er tilbake i arbeid etter én måned. Senere i forløpet flatet andelen som var tilbake til arbeid tydelig ut, noe som indikerer at man allerede fra dette tidspunktet bør vurdere mer omfattende intervensjon (6).

I en annen større norsk kohortstudie koblet man materiale fra HUNT-undersøkelsen med trygderegisterdata for perioden 1987–93. Målet var å se om det var noen sammenheng mellom arbeidsforhold, livsstil, andre sykdommer, psykososiale faktorer og uføretrygd. Personer med høy risiko for fremtidig uføretrygd anga at jobben var konstant fysisk krevende, at de hadde andre helseplager enn ryggplager og at de var slitne og utbrent (7). I en fersk oversiktsartikkel fra Nederland fant man i to av tre høykvalitetsstudier at mindre ryggsmarter og mindre fysiske krav på jobb var assosiert med lavere sykefravær (8). Videre er det dokumentert at liten psykososial støtte fra ledere og kollegaer på jobb, liten medbestemmelse og opplevelse av høye krav på jobb har negativ innvirkning på hvorvidt man er i stand til å komme tilbake i arbeid (9). Det er også påvist at forsiktighet med å bevege seg av frykt for smerter predikerer

langtidsfravær hos pasienter med uspesifikke ryggplager (10).

Tiltak for mindre sykefravær

Multidisiplinær biopsykososial rehabilitering for ryggpasienter synes i dag å være den behandlingsmodellen som har best dokumentert effekt på sykefraværet når man sammenlikner med andre behandlingsformer (11, 12). I en systematisk oversikt fra Cochrane er det inkludert intervensjonsstudier der både omfattende og enklere multidisiplinære modeller evalueres. Den kognitive delen av behandlingstilbudet inneholder som oftest en smerteforståelses-

«Multidisiplinær biopsykososial rehabilitering for ryggpasienter synes i dag å være den behandlingsmodellen som har best dokumentert effekt på sykefraværet»

modell og avdramatisering av ryggtilstanden slik at pasienten blir mindre redd for å bevege seg (13, 14). Pasienten får også opplæring i eller gjennomgår ulike former for fysisk trening med gradvis økende aktivitet (15). I tillegg kan behandlingsmodellene innbefatte varierende grad av arbeidsrettede tiltak og generelle helsefremmende tiltak, som omfatter kosthold, overvekt og røykevaner.

I de senere år er det fremkommet dokumentasjon på at en multimodal behandlingsmodell utført av fysioterapeut også kan redusere sykefraværet hos ryggpasientene (16). Basert på resultater fra validerte måleredskaper gis pasientene en differensiert behandling avhengig av omfanget av mestingsproblemer i forhold til smertene og måten man beveger og belaster ryggen på

i det daglige. Det gjenstår å gjennomføre flere randomiserte, kontrollerte studier med denne type lovende tilnærming.

Hvordan kunnskap om ryggplager formidles i mediene, vil kunne påvirke hvordan befolkningen forholder seg til smerter. Det foreligger dokumentasjon på at formidlingen i Norge i de senere år har fulgt de nasjonale kliniske retningslinjene for ryggpasienter (17, 18), noe som kan ha bidratt til noe nedgang i sykefraværet på grunn av ryggplager i den samme perioden.

Utdanning, sosial status og helse

Det er vel dokumentert at det er en klar sammenheng mellom lav utdanning og økt sannsynlighet for uføretrygd (19, 20). I de senere år er man blitt mer klar over de ulike faktorer som forklarer denne sammenhengen. Lavere utdanning resulterer i jobber som oppleves som mer stressende og som medfører mindre innflytelse på arbeidsoppgavene (21). Utvikler man helseproblemer i slike jobber, enten som følge av jobben eller av annen årsak, blir det vanskeligere å forbli i arbeid (19).

Mentale problemer er en av de vanligste årsakene til uføretrygd (22). Det er også dokumentert en klar sammenheng mellom familieinntekten og barnas mentale og kognitive utvikling i 3–5 års alder, og foreldrenes engasjement i oppfølgingen av barna synes å være en sterk medvirkende faktor når det gjelder fremtidige problemer (23).

Veien videre

Jeg vil foreslå følgende for å få til en ytterligere nedgang i langvarig sykmelding og uføretrygd: Allmennleger og medisinstudenter må få bedre opplæring i hvordan ryggpasienter bør diagnostiseres og behandles. Norske allmennpraktikere synes i liten grad å ha endret praksis de siste årene når det gjelder denne pasientgruppen (24). Det er ugunstig at bildediagnostikk like ofte som tidligere blir bestilt i den første tiden, da naturlig bedring skjer, og det samarbeides mindre med andre grupper i primærhelsetjenesten enn for vel ti år siden.

Allmennleger bør i større grad trekkes med i forskningsprosjekter der måleredskaper og pasientforløp valideres. Dette vil kunne føre til mer kunnskap og endret

praksis overfor denne pasientgruppen. Medisinstudentene må få avsatt flere undervisningstimer for å beherske samtale og undersøkelse av pasienter med vedvarende ryggplager.

Videre mener jeg bruken av validerte verktøy til å kartlegge risikopasienter i primærhelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten bør implementeres. Risikopasienter må henvises tidnok til annenlinjehelsetjenesten. Det foreligger i dag enkle standardiserte screeningverktøy (25–27) og undersøkelser (28) som kan identifisere risikopasienter. Dersom en risikopasient ikke blir arbeidsfør av behandlingen i primærhelsetjenesten i løpet av 2–3 måneder, bør vedkommende få snarlig tilbud om multidisciplinær biopsykososial utredning/behandling, tilbud som i dag finnes i annenlinjetjenesten. Et slikt tilbud bør ikke gis tidligere enn etter én månedens sykmelding (6), men heller ikke senere enn etter fire måneder (5).

Ønsker man å få flere mennesker med langvarige ryggplager tilbake i arbeid, må tilretteleggelse av arbeidsforholdene i større grad bli en del av tiltaket. Det er vanskelig for både første- og annenlinjetjenesten å prioritere nok tid til forhold på arbeidsplassen, men jeg mener bedriftshelsetjeneste, ledere og helseaktører i langt større grad bør samarbeide og søke å avdekke eventuelle behov for arbeidstilpasninger.

Etter mange år med rehabilitering av pasienter med muskel- og skjelettplager har jeg erfart at flere med delvis arbeidsevne etter rehabiliteringstiltak likevel blir 100 % uføretrygdet. Til tross for at man har vedtatt å ha et inkluderende arbeidsliv her i landet, legger man fortsatt større vekt på de helsemessige begrensningene enn på restarbeidsnivået (19). I Norge har vi råd til varige økonomiske støtteordninger for tilrettelegging av arbeidsplassen der det trengs, men den politiske viljen synes ikke å være til stede.

Forebyggende tiltak bør inn i skolehelsetjenesten. Etablerer man et hjelpeapparat i skolen som i større grad er i stand til å behandle tidlige psykiske plager hos barn, i nært samarbeid med foreldrene, vil man kunne gjøre disse barna mer rustet til å mestre vanskeligheter senere i livet, mest sannsynlig også eventuelle muskel- og skjelettplager som måtte oppstå. Psykiske plager gjør mennesker sårbare for ekstra belastninger, som smerter ofte medfører. Som tidligere påpekt spiller psykososiale faktorer en stor rolle for utfallet av smertetilstander i ryggen.

Den dokumenterte kunnskapen som er oppsummert i denne kronikken, er i tråd med de nasjonale kliniske retningslinjene for korsryggssmerter fra 2007, men retningslinjene har i liten grad omfattet konkrete forslag til implementering. Det trengs fortsatt mer forskning for bedre å forstå årsakene til ryggssmerter. Økt kunnskap og bedre implementering av det vi alt vet, vil kunne føre til mer målrettede tiltak for den enkelte pasient, med positiv innvirkning på sykefravær og uføretrygd.

Jan Sture Skouen (f. 1953)

er seksjonsoverlege ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Haukeland universitetssykehus, og professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Han er spesialist i nevrologi og i fysikalsk medisin og rehabilitering, og har omfattende erfaring med muskel- og skjelettplager og rehabiliteringsfaget. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Sykefraværstilfeller NAV. 3 kv 2001–2009. www.nav.no/222271.cms [19.6.2015].
2. Brage S, Ihlebæk C, Natvig B et al. Muskel- og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføretelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2010; 130: 2369–70.
3. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J 2006; 15 (suppl 2): S192–300.
4. Burton AK, Clarke RD, McClune TD et al. The natural history of low back pain in adolescents. Spine 1996; 21: 2323–8.
5. Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K et al. Predictors of disability pension in long-term sickness absence: results from a population-based and prospective study in Norway 1994–1999. Eur J Public Health 2004; 14: 398–405.
6. Wynne-Jones G, Cowen J, Jordan JL et al. Absence from work and return to work in people with back pain: a systematic review and meta-analysis. Occup Environ Med 2014; 71: 448–56.
7. Hagen KB, Tambs K, Bjerkedal T. A prospective cohort study of risk factors for disability retirement because of back pain in the general working population. Spine 2002; 27: 1790–6.
8. Verkerk K, Luijsterburg PA, Miedema HS et al. Prognostic factors for recovery in chronic nonspecific low back pain: a systematic review. Phys Ther 2012; 92: 1093–108.
9. Bethge M. Rückenschmerzpatienten. Psychosoziale arbeitsplatzbezogene Faktoren und berufliche Wiedereingliederung – eine Literaturübersicht. Orthopade 2010; 39: 866–73.
10. Iles RA, Davidson M, Taylor NF. Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: a systematic review. Occup Environ Med 2008; 65: 507–17.
11. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for

chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ 2015; 350: h444.

12. Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. J Rehabil Med 2009; 41: 115–21.
13. Moseley GL. Evidence for a direct relationship between cognitive and physical change during an education intervention in people with chronic low back pain. Eur J Pain 2004; 8: 39–45.
14. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. Pain 2012; 153: 1144–7.
15. Oesch P, Kool J, Hagen KB et al. Effectiveness of exercise on work disability in patients with non-acute non-specific low back pain: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. J Rehabil Med 2010; 42: 193–205.
16. Vibe Fersum K, O'Sullivan P, Skouen JS et al. Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: a randomized controlled trial. Eur J Pain 2013; 17: 916–28.
17. Lærum E, Storheim K, Brox JI. Nye kliniske retningslinjer for korsryggssmerter. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2706.
18. Lærum E, Høyve S, Nordland R et al. Hva skriver norske aviser og ukeblader om vond rygg? Tidsskr Nor Lægeforen 2010; 130: 2465–8.
19. Bruusgaard D, Smeby L, Claussen B. Education and disability pension: a stronger association than previously found. Scand J Public Health 2010; 38: 686–90.
20. Hagen KB, Tambs K, Bjerkedal T. What mediates the inverse association between education and occupational disability from back pain?—A prospective cohort study from the Nord-Trøndelag health study in Norway. Soc Sci Med 2006; 63: 1267–75.
21. Karasek R, Theorell T. Healthy work: stress productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.
22. Murray CJ, Richards MA, Newton JN et al. UK health performance: findings of the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2013; 381: 997–1020.
23. Kelly Y, Sacker A, Del Bono E et al. What role for the home learning environment and parenting in reducing the socioeconomic gradient in child development? Findings from the Millennium Cohort Study. Arch Dis Child 2011; 96: 832–7.
24. Werner EL, Ihlebæk C. Hva gjør primærlegen med ryggpasienten? Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132: 2388–90.
25. Hill JC, Dunn KM, Lewis M et al. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. Arthritis Rheum 2008; 59: 632–41.
26. Kvåle A, Ellertsen B, Skouen JS. Relationships between physical findings (GPE-78) and psychological profiles (MMPI-2) in patients with long-lasting musculoskeletal pain. Nord J Psychiatry 2001; 55: 177–84.
27. Linton SJ, Halldén K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. Clin J Pain 1998; 14: 209–15.
28. Ask T, Skouen JS, Assmus J et al. Self-Reported and Tested Function in Health Care Workers with Musculoskeletal Disorders on Full, Partial or Not on Sick Leave. J Occup Rehabil 2014. E-publisert 27.11.

Mottatt 1.4. 2015, første revisjon innsendt 29.5. 2015, godkjent 19.6. 2015. Redaktør: Inge Rasmus Grooten.