

Antall smertepunkter kan synes å være vel så viktig som lokalisering av smertene når det gjelder sykmelding av personer med muskel- og skjelettplager

## Ikke hvorvidt, men hvor mange

Et seminar om muskel- og skjelettplager arrangert av det daværende Institutt for allmenntilleggsmedisin i Oslo i 1988 hadde undertittelen: Plagsomt for pasienten, dyrt for samfunnet og vanskelig for legen. Vi må vel bare være ærlige og innrømme at situasjonen er like problematisk i dag. Vi har ikke kommet særlig mye lenger. Personer med plager som går under sekkebetegnelsen muskel- og skjelettlidelser er en stor utfordring, ikke minst fordi de utgjør den største gruppen av uførepensjonerte og står for rundt halvparten av alle sykefraværsdager utover arbeidsgiverperioden. Det er dessuten i denne gruppen vi finner mange av de vanskeligste trykkesakene. På tross av en kraftig økt forskningsaktivitet er fortsatt vår forståelse av denne pasientgruppen begrenset og behandlingsresultatene skuffende.

Personer som rapporterer muskel- og skjelettplager er en heterogen gruppe. Korsryggplager dominerer statistikken når det gjelder trykkesaker. Ingrid Andersen og medarbeidere påpeker i en artikkel i dette nummer av Tidsskriftet at det kan se ut som det er antall smerteområder som betyr noe for sykefraværet når det gjelder muskel- og skjelettplager, ikke hvor plagene sitter (1). Dette er et interessant funn som overensstemmer med andre undersøkelser. Mange i befolkningen rapporterer muskel- og skjelettplager, og de fleste har symptomer fra flere steder.

En lederkommentar i *Pain* om muskel- og skjelettplagenes epidemiologi har fått overskriften: The question is not «have you got it»? But «how much of it have you got»? (2). Fordi mange har plager mange steder samtidig, har forskning for å finne årsaker til plager fra definerte områder, som korsrygg eller nakke, stort sett kommet til at de ulike tilstandene har like årsaker.

Mens man både i klinisk arbeid og i forskning har vært opptatt av hvor smertene sitter, er det nå dokumentert, blant annet fra Ullensaker-undersøkelsen, at funksjonsnedsettelsen ikke av avhengig av hvor du har plager, men heller hvor mange steder du har plager (3–5). Det kan for øvrig se ut som om det ikke bare er antall smertepunkter, men den totale symptombelastning som teller. Dette er ikke bare viktig i et trykkesaksperspektiv, men bør også få konsekvenser for klinisk arbeid og forskning.

Selv om muskel- og skjelettplager er en hyppig fraværsårsak er behandlingstilbudet til denne pasientgruppen fremdeles begrenset. Økt oppmerksomhet på reduksjon av sykefravær har resultert i etablering av en rekke poliklinikker for at pasientene kan behandles raskere og mer effektivt. Flere hundre millioner kroner brukes årlig på spesielle «raskere tilbake» (RATI)-poliklinikker. De mange millionene har fungert som et økonomisk incitament til å utvikle behandlingstilbud til en pasientgruppe som spesialisthelsetjenesten til nå knapt har villet bry seg med. Søkelyset settes i større grad på pasientenes arbeidsevne, ikke bare på tradisjonell diagnostikk og symptomlindring. Tiltakene er ofte tverrfaglige med innslag av kognitiv atferdsterapi og fysisk aktivitet, og er beregnet på et vidt spekter av tilstander der psykiske plager og muskel- og skjelettplager dominerer.

Millioninnsprøytingen i spesialisthelsetjenesten har resultert i en formidabel idédugnad med økonomiavdelingene på sykehusene som ivrige pådrivere. Satsingen er både et eksempel på politikernes

behov for å markere handlingskraft og på helsevesenets villighet til å prioritere de oppgavene der det gis økonomiske incentiver. Det rapporteres jevnlig entusiastisk om vellykkede prosjekter for å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid. Sykefraværet synes imidlertid å være upåvirket, og det er ikke satt av penger til å evaluere tiltakene.

Ethvert arbeidsliv stiller krav, og i enhver befolkning er det noen som har problemer med å fylle disse kravene – personer som sliter med å holde seg i arbeidslivet, og personer som sliter med å komme inn, eller tilbake til arbeidslivet. Mange av disse har muskel- og skjelettplager.

Jeg ser ikke bort fra at «raskere tilbake»-satsingen på praktisk helsearbeid kan resultere i nye og bedre behandlingstilbud. Manglende evaluering gjør imidlertid at vi kan bli stående tomhendt tilbake når spesialsatsingen er over, og at pasientene med muskel- og skjelettplager forblir en like stor utfordring for helsevesenet som før.

Det kan hende den tradisjonelle diagnostiske tilnærming til denne pasientgruppen ikke har vært hensiktsmessig, og at vi bør revidere vår terminologi. En generisk beskrivelse av utbredte smerter og multisymptomatologi sier kanskje mer om funksjonsevne enn mange etablerte diagnoser. Resultatene fra artikkelen til Andersen og medarbeidere støtter en slik antakelse (1).

Men uansett hvor flinke vi blir til å behandle, vil utfallet av bestrebelsene på å få et inkluderende arbeidsliv være avhengig av hvor stor del av den marginale arbeidskraft arbeidslivet klarer å sysselsette. NAV er i ferd med å utvikle metoder for individuell arbeidsevnevurdering. Inkluderingssevnevurdering av arbeidslivet er kanskje vel så viktig.

**Dag Bruusgaard**  
dag.bruusgaard@medisin.uio.no

*Dag Bruusgaard (f. 1940) er professor ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og fastlege ved Frogner helsesenter.*

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

### Litteratur

- Andersen I, Frydenberg H, Mæland JG. Muskel- og skjelettplager og fremtidig sykefravær. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1210–3.
- Croft P. The question is not «have you got it»? But «how much of it have you got»? Pain 2009; 141: 6–7.
- Kamaleri Y, Natvig B, Ihlebaek CM et al. Localized or widespread musculoskeletal pain: does it matter? Pain 2008; 138: 41–6.
- 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.
- 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.