

# Muskel- og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser



## Sammendrag

**Bakgrunn.** Muskel- og skjelettlidelser er en heterogen gruppe tilstander. Vi ønsket å beskrive variasjonen i trygdeytelser når det gjelder de hyppigst forekommende lidelsene.

**Materiale og metode.** Studien er basert på data fra NAVs registre over sykefravær og uføreytelser.

**Resultater.** Blant muskel- og skjelettsykdommene er korsryggsidelser den hyppigste medisinske årsaken til sykefravær og uføreytelser og svarer for henholdsvis 11 % og 9 %. I tillegg er nakke- og skulderlidelser vanlige årsaker til sykefravær, mens artrose-tilstander og fibromyalgi er vanlige når det gjelder uføreytelser, der begge forårsaker 5 % av nye tilfeller.

**Fortolkning.** Arbeids- og velferdsetaten må fortsatt rette oppmerksomheten mot muskel- og skjelettlidelser for å forebygge langvarig fravær fra arbeid og permanent utstøtning.

### Søren Brage

soren.brage@nav.no  
Utredningsseksjonen  
Arbeids- og velferdsdirektoratet  
Postboks 5 St. Olavs plass  
0130 Oslo

### Camilla Ihlebæk

Helse UMB, forskergruppe for natur, helse og livskvalitet  
Universitetet for miljø- og biovitenskap, Ås og  
Forskningssenhet for stress, helse og rehabilitering  
Uni helse, Bergen

### Bård Natvig

Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter (NRRK)  
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 utbredt, og flere undersøkelser tyder på at forekomsten av slike plager holder seg stabil i befolkningen over tid (1, 2). De psykiske lidelsene er blitt vanligere som årsak til trygdeytelser (3), men det er fortsatt slik at muskel- og skjelettlidelser hyppigere er den medisinske årsak til sykefravær og uføreytelser (4).

Muskel- og skjelettlidelsene er en heterogen gruppe med henblikk på både kronisitet og på betydning for arbeidsforheten. Vi har sett på hvor ofte muskel- og skjelettlidelser forekommer som medisinsk årsak til henholdsvis sykefravær og uføreytelser.

## Materiale og metode

NAVs registre inneholder opplysninger om diagnoser ved trygdeytelser. Fra sykepenge-registeret ble det hentet ut data over avsluttede sykepengetilfeller blant lønntakere i 2008 (N = 469 732), inklusive medisinsk sykmeldingsgrunn, kodet etter ICPC-2. Fra uføreregistret ble det hentet alle nye tilfeller av varig uførepensjon og tidsbegrenset uførestønad i 2006 (N = 31 600), inklusive hovedårsak til uførheten, kodet etter ICD-10. Grunnen til at året 2006 ble valgt var mangelfulle diagnoseopplysninger i registret i 2007–08 ved studiens gjennomførings-

tidspunkt. Varig uførepensjon og tidsbegrenset uførestønad er slått sammen og benevnes «uføreytelse».

Kodene for muskel- og skjelettsykdommene ble gruppert for å fange opp hyppig forekommende og likeartede tilstander. De enkelte gruppene med tilhørende koding er beskrevet i tabell 1 og tabell 2. Samsvaret mellom ICPC-2 og ICD-10 er mangelfullt, og diagnosegruppene har derfor fått noe ulike benevnelser for henholdsvis sykefravær og uføreytelser.

## Resultater

Muskel- og skjelettlidelser var den medisinske årsak i 35 % av sykepengetilfellene i 2008 og i 30 % av de nye tilfellene av uføreytelser i 2006.

Ryggglidelser dominerte som årsak både til sykefravær og uføreytelser. To tredeler av det ryggrelaterte sykefraværet var forårsaket av ryggsyndromer uten utstråling, resten av syndromer med utstråling. For uføreytelser svarte lumbale skiveprolaps og isjias for nesten halvparten av de ryggrelaterte ytelsene, resten utgjorde uspesifiserte rygg-smerter og lumbago samt andre ryggglidelser, slik som spinal stenose.

Nakkidelser var vanlig årsak til både sykefravær og uføreytelser – 3,8 % av alle sykepengetilfeller og 3 % av alle nye tilfeller av uføreytelser. Revmatiske sykdommer lå bak 1 % av sykepengetilfellene og 2 % av nye uføreytelser. Artrrose var betydelig vanligere som årsak til uføreytelse enn til sykefravær og lå bak 5 % av alle nye ytelser. Noe av denne forskjellen skriver seg fra at artrose i ryggsgøylen klassifiseres som ryggglidelse i ICPC-2.

Fibromyalgi var medisinsk årsak i 1,9 % av sykepengetilfellene, men diagnosen førte til 5,4 % av alle nye uføreytelser.

Gruppen bursitt/tendinit/synovitt (entesopatier) og lateral epikondylitt var til sammen

## Hovedbudskap

- Muskel- og skjelettlidelser er hyppigste medisinske årsak til sykefravær og uføreytelser
- Nakke- og skulderlidelser er vanlige årsaker til sykefravær, men har mindre betydning når det gjelder uføreytelser
- De revmatiske lidelsene er viktige for uføreytelsene, men er ikke hyppig årsak til sykefravær

årsak til 3,2 % av alt sykefravær, men diagnosene var ikke vanlige som årsak til nye uføreytelser. Brudd, forstuvninger og andre skader i muskel- og skjelettsystemet svarte for 6,3 %

av alt sykefravær (ikke vist i tabell). Symfyseløsning førte sjelden til uføreytelser senere, i 2006 var det bare 40 kvinner som fikk uføreytelse på grunn av denne tilstanden.

**Tabell 1** Muskel- og skjelettlidelser. Antall avsluttede sykepengetilfeller blant lønnsstakere i 2008, med diagnosefordeling i prosent

Sykepengetilfeller 2008			
Diagnosegruppe	ICPC-2-kode	Antall	Andel (%)
Rygglidelser uten utstråling	L02-L03, L84	33 600	7,2
Rygglidelser med utstråling	L86	16 350	3,5
Kyfose, lordose og skoliose	L85	156	0,0
<i>Sum rygglidelser</i>		<i>50 106</i>	<i>10,7</i>
Nakkidelser	L01, L83	17 704	3,8
Skulderlidelser	L08, L92	22 242	4,7
Revmatiske sykdommer	L88	4 908	1,0
Artrose	L89-L91	8 558	1,8
Osteoporose	L95	100	0,0
Fibromyalgi	L18	8 787	1,9
Bursitt/tendinit/synovitt	L87	9 392	2,0
Lateral epikondylitt	L93	5 599	1,2
Andre muskel- og skjelettlidelser	Rest av L00-L99	35 241	7,5
<i>Sum alle muskel- og skjelettlidelser</i>		<i>162 637</i>	<i>34,6</i>
<i>Alle lidelser</i>		<i>469 732</i>	<i>100,0</i>

**Tabell 2** Muskel- og skjelettlidelser. Antall nye tilfeller av uføreytelser<sup>1</sup> i 2006, med diagnosefordeling i prosent

Nye uføreytelser 2006			
Diagnosegruppe	ICD-10-kode	Antall	Andel (%)
Uspesifiserte ryggsmertesmerter og lumbago	M532, M539, M540, M545-549	619	2,0
Lumbalt skiveprolaps og isjias	M51, M541, M543-544	1 279	4,0
Spinal stenose	M480	235	0,7
Skoliose	M41	43	0,1
Andre rygglidelser	M40, M42, M430-432, M435-439, M46-47, M481-489, M533-538	568	1,8
<i>Sum rygglidelser</i>		<i>2 744</i>	<i>8,6</i>
Nakkidelser	M433-434, M50, M530-531, M542	948	3,0
Skulderlidelser	M75	738	2,3
Revmatoid artritt	M05-06	407	1,3
Juvenil artritt	M08	14	< 0,1
Bekhterevs sykdom	M45	213	0,7
Artrose	M15-19	1 577	5,0
Osteoporose	M80-81	53	0,2
Fibromyalgi/myalgi	M79	1 706	5,4
Tendinit, bursitt, synovitt	M65-67, M70-72, M760-770, M772-779	161	0,5
Lateral epikondylitt	M771	84	0,3
Andre muskel- og skjelettlidelser	M00-02, M07, M10-13, M20-25, M30-35, M60-62, M83-99	886	2,8
<i>Sum muskel- og skjelettlidelser</i>		<i>9 531</i>	<i>30,2</i>
Piskesnertskade i nakke	S134	213	0,7
Symfyseløsning ved svangerskap	O267	40	0,1
<i>Sum alle lidelser</i>		<i>31 600</i>	<i>100,0</i>

<sup>1</sup> «Uføreytelser» inkluderer både varig uførepensjon og tidsbegrenset uførestønning

## Diskusjon

Rygglidelser er fortsatt den dominerende sykdomsgruppen innenfor muskel- og skjelettsystemet hva gjelder trygdeytelser. Siden år 2000 har det imidlertid vært en markert nedgang i antall tilfeller der rygglidelse har vært årsak til sykefravær og til uføreytelser. En slik nedgang har også vært sett i andre europeiske land, særlig i Storbritannia (5). Som årsak har vært nevnt endringer i behandlingen av rygglidelser – at man i større grad legger vekt på at pasienten skal opprettholde normal aktivitet og anbefaler rask tilbakegang til arbeid.

For sykefraværet er rygglidelser uten utstråling av størst betydning, mens isjias og lumbale prolaps er viktigere når det gjelder langvarige ytelser. For denne sistnevnte gruppen bør NAVs arbeid rettes mot forebyggende, tidlige tiltak (inklusive yrkesrettet rehabilitering) for å forhindre varig utstøtning fra arbeidslivet.

Nakke- og skulderlidelser samt entesopatii er ofte årsak til sykefravær, men har mindre betydning når det gjelder uføreytelser. Mange av disse tilstandene er kortvarige, og det kan være forholdsvis enklere å tilrettelegge arbeidet for slike plager. I oppfølgingen av de sykmeldte er det viktig at pasienter med denne gruppen av muskel- og skjelettlidelser mobiliseres så raskt som mulig.

De revmatiske lidelsene, artrose og fibromyalgi er sterkt fremtredende når det gjelder langvarige ytelser, men har forholdsvis beskjeden betydning for sykefraværet. Som ved enkelte rygglidelser er det en viktig trygdemedisinsk oppgave å identifisere dem så tidlig som mulig for å kunne sette i gang forebyggende tiltak. Disse tiltakene inkluderer både medisinsk behandling og rehabilitering og eventuell attføring til mindre belastende arbeid.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

## Litteratur

1. Ihlebaek C, Brage S, Eriksen HR. Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. *Occup Med (Lond)* 2007; 57: 43-9.
2. 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.
3. Mykletun A. Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærversreform. Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet. Oslo: Arbeidsdepartementet, 2010.
4. NAV. Sykefravæstilfeller 3 kv 2001-2009. [www.nav.no/222271.cms](http://www.nav.no/222271.cms) [13.9.2010].
5. Waddell G, Aylward M, Sawney P. Back pain, incapacity for work, and social security benefits. London: The Royal Society of Medicine Press, 2002.

Manuskriptet ble mottatt 22.2. 2010 og godkjent 3.6. 2010. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.



# **ANNONSE**

**Side  
2371**