

Muskel- og skelet sygdomme – en væsentlig årsag til det stigende sygefravær. Hvad gør vi ved det?

Indledning

Dette notat beskriver Gigtforeningens overvejelser om, og forslag til initiativer til nedbringelse af sygefravær.

Det samfundsmæssige problem

Næsten 700.000 danskere har muskel-skelet sygdomme, heraf har næsten 400.000 mennesker, i en given 14-dages periode, funktionsbegrænsende smerter i ryg og lænd og næsten 15.000 har alvorlig rygsygdom. Ca. 220.000 har en egentlig diagnose for slidgigt og mindst 35.000 har leddegigt.

Muskel- og skelet sygdomme er velfærdstruende sygdomme, der resulterer i aktivitetsbegrænsninger, sygefravær, arbejdsskift og/eller arbejdsophør. Muskel- og skelet sygdomme er den hyppigste form for langvarig sygdom. 43 % af alle langtidssygemeldinger skyldes problemer i bevægeapparatet (Socialforskningsinstituttet 2003). Dårlig ryg, smerte i nakke og andre former for muskel- og skeletbesvær er den hyppigste årsag til, at folk bliver langtidssygemeldte. Muskel- og skelet sygdom er årsag til 24 % af alle nytildelinger af helbredsbetingsførtidspension og er dermed den næst hyppigste tildelingsårsag. (Folkesundhedsrapporten 2007, Statens Institut for Folkesundhed).

Iflg. en audit-undersøgelse er muskel- og skelet sygdomme årsag til 14 % af konsultationerne hos de praktiserende læger, hvilket svarer til godt to mio. konsultationer årligt. Det er den sygdomsgruppe, der koster flest tabte gode leveår. Således kan en 20-årig mand forvente at miste 5,5 gode leveår som følge af muskel- og skelet sygdomme, og en 20-årig kvinde kan forvente at miste 8,4 år. "Ingen anden sygdom bare nærmer sig dette omfang af tabte gode leveår" (citater, Folkesundhedsrapporten 2007, Statens Institut for Folkesundhed)

De samfundsøkonomiske udgifter ved sygdomsgruppen er beregnet til 25 mia. kr. årligt, den største del af dette tab er produktionstab. Det er en myte, at muskel- og skelet sygdomme kun er et problem for ældre. Rygproblemer og slidgigt i knæ er et massivt problem for mennesker i den erhvervsaktive alder.

Hvad er problemet - konkret?

Det er afgørende for bevarelse af beskæftigelse, at der sættes ind hurtigt. F. eks. tegner førtidspension på baggrund af en rygdiagnose sig alene for 10 % af alle nytilkendte førtidspensioner i 2006 (Ankestyrelsens statistikbank). Undersøgelser godtgør, at under 50 % af dem, der er sygemeldte over 6 mdr. grundet lænderygsmerter, vender tilbage til arbejdet, og at sandsynligheden for erhvervsarbejde efter to års sygemelding stort set ikke eksisterer.

Også i relation til indsats overfor leddegigt er der et betydeligt potentiale. Der nydiagnosticeres 1.700 tilfælde af leddegigt årligt. Røntgenpåviselige ledsår ses hos omkring 10 % ved hurtig diagnose og behandling. Efter 12 måneder uden relevant indsats ses blivende ledsår hos 40 %. Det er således afgørende for sygdommens udvikling, at diagnosen stilles hurtigt og behandlingen sættes ind øjeblikkeligt. Uanset at disse skader, som altså skyldes for sent igangsat diagnose og behandling, ikke er akut livstruende, har disse sygdomme et behov for mindskelse af ventetiderne på diagnose, der kan sammenlignes med sygdomsområder, der nu defineres som akutte.

Det er Gigtforeningens erfaring fra daglig kontakt med patienter med muskel- og skeletsygdomme, at der opstår betydelige, unødvendige forlængelser af sygefraværet på grund af manglende sammenhæng og koordination. Det, der i dag karakteriserer et sygeforløb for en person med muskel- og skeletsygdomme, er typisk, at personen gennemgår to helt ukoordinerede forløb - et sundhedsfagligt forløb i sundhedssektoren med henblik på udredning og behandling og et socialt/beskæftigelsesmæssigt forløb i den kommunale sektor med henblik på bevarelse af tilknytningen til arbejdsmarkedet i videst mulig omfang.

Case: Et klassisk sygeforløb: En 40-årig kontorassistent havde i en del år nu og da haft ondt i ryggen, men fik i maj 2007 akut ondt i ryggen med smerter ned i benene. Hun gik på arbejde et par dage efter, men måtte gå hjem efter nogle timer. Efter nogle dages sygefravær gik hun til egen praktiserende læge, der ordinerede smertestillende medicin i 1 – 2 uger. Da dette ikke havde hjulpet, gik kvinden atter til egen læge, der nu henviste til fysioterapi. Kvinden begyndte behandling hos fysioterapeut ugen efter og fik behandling i 4 uger uden virkning. Derfor gik hun igen til lægen, der henviste til privatpraktiserende reumatolog. Her var ventetiden 6 uger, hvor hun fortsat var sygemeldt. 5 uger før hun kunne komme til reumatologen, blev hun den 15. juli indkaldt til samtale hos kommunen med henblik på sygedagpengeopfølgning. Her kunne sagsbehandleren og kontorassistenten kun konstatere, at hun ventede på ordentlig udredning af sin sygdom, og at de måtte afvente resultaterne af speciallægeundersøgelsen.

Sagsbehandleren vurderede, at kontorassistenten var en "kategori 2 sag", med risiko for at miste erhvervsevne, og kontaktede efterfølgende kontorassistenten telefonisk i midten af august måned. Kontorassistenten oplyste, at hun havde en tid ved reumatologen i den efterfølgende uge. Det aftaltes, at kontorassistenten skulle komme til samtale hos sagsbehandleren den 14. september.

I slutningen af august blev kontorassistenten efter besøget hos reumatologen henvist til forundersøgelse på ortopædkirurgisk afd. på sygehuset på mistanke om diskusprolaps. Her var ventetiden 4 uger, måske længere.

Den 14. september kunne kontorassistenten ved samtalen med sagsbehandleren oplyse, at hun skulle til forundersøgelse på ortopædisk afd. dagen efter. De var således nødt til at afvente disse undersøgelsesresultater.

Ved forundersøgelsen den 15. september blev kontorassistenten henvist til MR-scanning, der på dette sygehus medførte en ventetid på lige godt 6 uger.

I midten af oktober fulgte sagsbehandleren atter op på sygedagpengene ved en telefonisk kontakt til kontorassistenten, som oplyste, at hun var henvist til MR-scanning i starten af november.

Den 4. november blev hun scannet og den 11. november fik hun et brev om, at hun ikke havde diskusprolaps, men efterfølgende skulle vurderes for evt. operation for slidgigt i lænden.

Den kommunale sagsbehandler kontaktede kontorassistenten igen den 15. november. Kontorassistenten kunne fortælle, at der ikke var tale om en diskusprolaps, men at der skulle tages stilling til en evt. operation for slidgigt. Kontorassistenten havde ikke længere tro på, at hun vil kunne vende tilbage til sit arbejde.

Casens ventetider er baseret på Gigtforeningens rundspørge i 2007 til privatpraktiserende reumatologer og alle landets reumatologiske afdelinger om ventetider. De angivne ventetider er lavere end, eller gennemsnittet af undersøgelsens resultater.

Kommentar: 10-15% af de, der får alvorlige smerter i ryg og lænd, har enten tilstande som brud på rygsøjle, kræft eller svære neurologiske sygdomme, tilstande, der ikke tåler belastning, eller diskusprolaps, der kræver operation eller træning under specialiseret supervision. Resten, 85-90%, vil enten få stabiliseret eller reelt forbedret deres tilstand ved træning under evt. delvist sygefravær. Gruppen har under alle omstændigheder ingen glæde af passivitet. Det drejer sig derfor om at udskille ovennævnte "red flags" så hurtigt som muligt, og få iværksat træning med henblik på arbejdsfastholdelse for resten. Dette kræver imidlertid, at hele gruppen af personer med alvorlige ryglidelse hurtigt tilbydes en undersøgelsespakke, med forudbestilt MR-scanning til en forventet andel af patient gruppen. I casens tilfælde umiddelbart efter 1 til 2 ugers ventetid, effektiv behandling i rygcenter, som fx det tilbud, Region Syd opbygger.

Konklusion på casen: Med en undersøgelsespakke som ovenfor beskrevet, ville forløbet kunne afkortes med mere end 15 uger. Og kontakten til kommunens sagsbehandler kunne iværksættes langt tidligere, og mere effektivt, ved at sagen behandlede af et tværfagligt team og under inddragelse af kontorassistentens arbejdsplads.

Ressourceforbrug: Der er i det veltilrettelagte forløb næppe brugt flere sundhedsfaglige ressourcer. Der er fx sparet et speciallægebesøg, der blot førte til viderehenvielse. Sagsbehandlingsforbruget i kommunen er formodentligt ikke mindre, men sker her i form af et koncentreret, resultatorienteret forløb, i forhold til casens flere ukoordinerede og reelt resultatløse forløb.

Hvad er forudsætningerne for en løsning af problemerne?

Problemet's løsning ligger i bedre organisering af de eksisterende ressourcer, gennemført anvendelse af anerkendte kliniske vejledninger i primærsektoren og tværsektoriel integrerede forløb.

Denne løsning forudsætter, at der

- Udvikles forløbsprogrammer i sundhedsvæsenet for leddegigt, slidgigt og ryglidelser, og at
- Forløbsprogrammerne integrerer de afgørende elementer fra social- og beskæftigelsesområdet.

Regeringen har i regeringsgrundlaget "Mulighedernes samfund" bl.a. foreslået af der nu udarbejdes forløbsprogrammer for de store folkesygdomme.

Gigtforeningen mener, at muskel- og skeletsygdomme skal gøres til det 3. prioriteringsområde på folkesygdomsområdet efter de i regeringsgrundlaget prioriterede to områder: kræft- og hjertekarsygdomme.

Forslaget indebære konkret, at de centrale myndigheder snarest iværksætter og leder en overordnet planlægning og koordination af regionernes, kommunernes og de faglige selskabers arbejde med at tilvejebringe et nationalt forløbsprogram for muskel-skeletområdet, med en fast afslutningstermin.

Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens opfordring til at udarbejde forløbsprogrammer for de store folkesygdomme, herunder beskrivelse og gennemførelse af sammenhængende patientforløb udarbejdede Gigtforeningen i foråret 2007 oplægget: "Modelregion for sammenhængende gigtforløb".

Arbejdet retter sig mod den ovenfor nævnte mangel på koordination indenfor sundhedssektoren og mellem sundhedssektoren og det social- og beskæftigelsesmæssige arbejde. Kernen i arbejdet er at få opstillet – og gennemprøvet - rammerne for en organisatorisk og sundhedsfaglig gennemgang af området med henblik på udarbejdelsen af et sammenhængende og tværsektorielt kommunalt henvisningstilbud til f.eks. slidgigt- og leddegigtpatienter og mennesker med rygproblemer. Målet er en samkøring af de social- og beskæftigelsesmæssige forløb med den helbreds mæssige udredning – forløbene er hinandens forudsætninger.

Hvad foreslår Gigtforeningen af initiativer indenfor ovennævnte rammer og rettet mod sygedagpengeproblemet?

Forebyggelse:

- Generel indsats på arbejdspladsen mod fysisk inaktivitet og overvægt
- Der skal på arbejdspladserne sættes ind med systematisk individorienteret indsats, fx opsøgning af personer i risiko (arbejde med løft, ensidigt gentaget arbejde, herunder meget skærmarbejde, samt personer i særlig risiko fx overvægtige) med motivering til konkrete forebyggende tilbud
- Der skal på arbejdspladserne sættes målrettet ind overfor medarbejdere med besvær med nakke-skulder, knæ, lænderyg m.v., med styrketræningsaktiviteter m.v. og overfor overvægtige med knæproblemer, med målrettede vægttabstilbud

Tidlig diagnose og konsekvent opfølgning:

- I tilfælde af sygemelding med muskel-skeletsygdom skal der sættes ind med konsekvent indsat udredning, behandling og koordineret indsats for arbejdsfastholdelse
- De eksisterende vellykkede forsøg med intensiv indsats under inddragelse af arbejdsplads, praktiserende læge og kommune skal sættes i generel drift

Patientrettet forebyggelse med sigte på opretholdelse af (delvis) arbejdsevne for kronikere:

- Genoptræning med specifikt sigte på arbejdsmæssig funktionsevne i samarbejde med arbejdsplads
- Patientuddannelse, med sigte på bedre sygdomsforståelse, behandlingscompliance, smertehåndtering m.v.
- Effektiv behandlingspræget vægttabsindsats overfor overvægtige med slidgigt i knæ

På muskel-skeletområdet findes veldokumenteret effekt af såvel borgerrettet som patientrettet forebyggelse. Og det gælder også, at hurtig udredning og korrekt behandlingsindsats virkelig gør en forskel for patientens fremtidige funktionsevne og livskvalitet.

Eksempler på effektive, dokumenterede muskel-skelet interventioner

Region Midtjylland har dokumenteret, at 11 % i aldersgruppen 25-79 år har været meget generet af smerter i ryg eller lænd inden for de sidste 14 dage. Det svarer på landsplan til 370.000 personer. Vi ved at smerter i lænd og ryg indgår i næsten halvdelen af alle førtidspensionssager og at 10-15 % af de mennesker, der oplever et lændehold udvikler et kronisk forløb. Disse problemer har et betydeligt forebyggelsespotentiale, ved systematisk, individuel tilpasset indsats, bl.a. ved arbejdspladsorganiserede tilbud, overfor personer med begyndende besvær.

Motion for slidgigtpatienter: Flere steder i landet tilbydes "Motion på Recept". Mennesker med muskel- og skeletsygdomme har typisk nedsat funktion og smerter i muskler og led og de vil derfor have meget vanskeligt ved at dyrke motion på samme vilkår som andre, ligesom mange vil have brug for støtte til overhovedet at komme i gang med at motionere. Gigtforeningen har i samarbejde med Vestsjællands Amt gennemført et forsøg med særlig tilpasset indsats, rettet mod mennesker med slidgigt. Forsøget viste, at deltagerne opnåede en meget positiv sundhedsmæssig gevinst – blandt andet fik 66 % færre smerter (Dokumentation: "Slidgigt, fysisk aktivitet og fastholdelse - Evalueringen af Motion på Recept", Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, SDU 2006)

KIA-projektet: Kommunerne viser klar interesse for mere effektive sygedagpengeforløb og bakkes op af lovgivningsinitiativer for aktiv beskæftigelsesindsats. Opgaven er – som nævnt - at få sundhedsvæsenets ydelser effektivt integreret med disse forløb. Kommunaløkonomiske analyser på diagnoser er vanskelige, men KIA-projektet (Koordineret Indsats for Arbejdsfastholdelse af sygemeldte med længerevarende bevægeapparatslidelser) dokumenterer, at der som minimum kan opnås besparelser på bl.a. sygedagpenge af den dobbelte størrelse af nettoomkostningerne ved den særlige indsats. (Dokumentation: Koordineret Indsat for Arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte med længerevarende smerte gener fra bevægeapparatet. Beskrivelse af en tværfaglig rehabiliteringsindsats. Gennemført af Vejle Amt, Vejle Sygehus, Arbejdsmiljøinstituttet og CAST, Syddansk Universitet. 2006. <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/KIA-rapport.pdf> - 13 sep 2007)

Vægttab for overvægtige med slidgigt i knæ: Det er dokumenteret at overvægtige patienter med slidgigt i knæ kan opnå en dramatisk forbedring af symptomer (smerter og mobilitet) ved effektivt og hurtigt vægttab ved bl.a. "pulverkur". Interventionen varer typisk 8 uger, og der er dokumenteret ca. 30 % smertereduktion og op til 40 % reduktion i funktionsbegrænsning ved vægttab på 10 %. En systematisk indsats på området vil kunne give de omfattede mennesker betydelig forbedret livskvalitet. Indsatsen vil kunne forebygge pensioner og endvidere anvendes som tilbud til førtidspensionerede med henblik på tilbagevenden til arbejde (Dokumentation: Vægttab som behandling af artrose i knæled hos adipøse patienter – sekundærpublikation, Cand.scient. Robin Christensen, forskningsdiætist Lise Stigsgaard, professor Arne V. Astrup & professor Henning Bliddal H:S Frederiksberg Hospital, Parker Instituttet, og Den Kgl. Veterinær- og Landbohøjskole, Institut for Human Ernæring, Levnedsmiddelcentret. Ugeskr Læger 2005;167(23):2522)

Forebyggelse af besvær i led, ryg og muskler hos pædagogisk personale i daginstitutioner (Ribe projektet): Smerter i led, ryg og muskler er en af topscorerne, når det gælder arbejdsskader i daginstitutionerne. Det skyldes typisk tunge løft og dårlige arbejdsstillinger. Ribe Kommune, Gigtforeningen og BUPL gennemførte et pilotprojekt, der som mål dels var at forbedre personalets fysiske form, dels at udvikle en model for, hvordan en kommune konkret og praktisk kan forebygge belastningsskader hos personalet i kommunens daginstitutioner. Hver ansat fik lavet en personlig sundhedsprofil samt en individuel motionsvejledning. Der blev købt inventar, eksempelvis påklædningsbænke og hæve/sænkeborde, for at forbedre det ergonomiske arbejdsmiljø. Pædagogernes fysiske aktivitet med børnene blev understøttet af indkøb af eksempelvis trampoliner, redskaber til boldspil og skridttællere. Der blev konstateret en signifikant reduktion af skulder/nakke-, ryg-, lænderyg- og benproblemer. Endvidere konstateredes et gennemsnitligt vægttab på 3 kg i personalegruppen (Dokumentation: Forebyggelse af besvær i led, ryg og muskler hos pædagogisk personale i daginstitutioner. Projekt gennemført af Ribe Kommune, Gigtforeningen og BUPL. 2005).

Sundhedstyrelsen har endvidere fremlagt en "Ryg-MTV": "Ondt i ryggen, Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv, Medicinsk Teknologivurdering Serie B 1999; 1(1) Ondt i ryggen", samt "Evaluering af udviklingen på rygområdet i Danmark 1999-2004, Sundhedsstyrelsen, CEMTV, 2006