

# Svårt bedöma om nacksymtom är arbetsskada

## Nya studier och identifiering av generella riskfaktorer ger bättre grund



**MATS HAGBERG**, professor, överläkare, arbets- och miljömedicin [mats.hagberg@amm.gu.se](mailto:mats.hagberg@amm.gu.se)  
**JORMA STYF**, docent, överläkare, ortopedkliniken, yrkesortopedi; båda Göteborgs universitet och

Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Göteborg; båda försäkringsläkare, Försäkringskassans arbetsskadekontor, Göteborg

Vi har det senaste året träffat besvikna patienter med nackbesvär som de uppfattar som arbetsrelaterade. De är besvikna på Försäkringskassans beslut att avslå deras begäran om livränta på grund av arbetsskada, trots att de tycker att arbetsskadeutredningen visat på en relation med arbetet. För försäkringsläkaren vid Försäkringskassans arbetsskadekontor är bedömning av nacksymtom en vanlig och samtidigt svår typ av ärende att yttra sig över, t ex kan den i underlaget redovisade exponeringen vara svårbedömd eller ofullständigt beskriven.

Även diagnoserna kan många gånger vila på osäker grund. Kriterier saknas för vanliga diagnoser i den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10: nackmyalgi och cervikalt eller cervikobrakialt syndrom brukar vara vanliga diagnoser [1]; de är alla symtomdiagnoser utan påvisbar strukturell förändring/skada. Oftast används en översikt i tidskriften *Arbete och Hälsa* (2001:12) [2] som referens av bedömande försäkringsläkare.

### Kriterier för orsakssamband

Redan 1965 publicerade Hill sina berömda nio kriterier för kausalitet. Dessa var styrka, konsistens, specificitet, temporalitet, biologisk gradient, rimligt sammanhang, koherens, experimentella bevis och analogi [3]. Varje kriterium är behäftat med svårigheter, och ofta tänker vi att ett symtom har en orsak när det i verkligheten kan finnas flera orsaker.

En översiktlig presentation av orsakskriterier och modeller för sjukdomars orsaksmekanismer har presenterats av Rothman [4].

Enligt evidensbaserad medicin rangordnas värdering av kliniska medicinska samband så att högst nivå har randomiserade, kontrollerade studier, därefter kohortstudier, följt av fall-kontrollstudier, lägst nivå har »expertbedömningar«. Se <http://www.cebm.net> för mer information.

Till exempel visade en nyligen publicerad randomiserad, kontrollerad studie att införande av underarmsstöd kombinerat med ergonomisk träning förebyggde nack- och skulderbesvär (Tabell I <http://www.amm.se/forsakringsmedicin>) [5].

I kohortstudier har man möjlighet att studera exponeringen före debut av symtom. I fall-kontrollstudier kan multipla exponeringar studeras för ett utfall, men det kan vara svårt att värde-

### FAKTA. Tabeller på Internet

Av utrymmesskäl publiceras här endast en tabell (Tabell III) av artikelns totalt fyra tabeller. De övriga, omfattande, tabellerna finns på:

<http://www.amm.se/forsakringsmedicin>

**Tabell I.** Sammanställning av 25 nya kohortstudier och randomiserade, kontrollerade studier vad gäller undersökt population, exponering, utfall, resultat och kvalitetsbedömning.

**Tabell II.** Risknivå för de fyra generella riskfaktorerna för nacksymtom.

**Tabell IV.** Risknivå för faktorer som kan påverka bedömningen »befintligt skick« och »konkurrerande« faktorer.

ra tid mellan exponering och sjukdom. I tvärsnittsstudier är bedömningen av orsakssamband problematisk, eftersom utfall och exponeringar studeras samtidigt; det går inte att bedöma om exponeringen är orsak till sjukdom, eftersom man inte kan hålla kontroll på selektionsmekanismer på grund av exempelvis sjukdom. Minst värde för kausalitetsbedömning har fallbeskrivningar och expertuttalanden.

Detta är anledningen till att vi i denna översikt endast har beaktat randomiserade, kontrollerade studier och kohortstudier.

### Arbetsskadeförsäkringen kräver vetenskaplig grund

Arbetsskada är ett juridiskt begrepp. Nuvarande arbetsskadeförordning kräver att skadlig inverkan kan visas [6]. Med skadlig inverkan i arbetet menas i princip inverkan av varje faktor i arbetsmiljön som kan påverka den fysiska och psykiska hälsan ogynnsamt [6]. Frågan om skadlig inverkan gäller individen och om det i den försäkrades arbetsmiljö funnits någon faktor som har kunnat ge upphov till den skada som hon/han har.

För att lagtillämpningen inte skall bli alltför godtycklig bör den genomgående bygga på vetenskapligt väl grundade kunskaper [6]. Full vetenskaplig bevisning behöver inte krävas. Även skador som på goda medicinska grunder kan antas ha sitt ursprung i faktorer i arbetsmiljön skall kunna omfattas av arbetsskadeförsäkringen. Resultat och rön från omstridda eller allmänt ifrågasatta medicinska studier kan normalt inte anses i tillräcklig styrka visa att en arbetsmiljöfaktor är skadlig i arbetsskadeförsäkringens mening.

En viktig punkt i propositionen är också att om läkarna i ett ärende redovisat olika uppfattningar får deras yttranden vägas mot varandra. Det finns då anledning att väga in vilket underlag

### SAMMANFATTAT

**Ny kunskap** visar på möjligt samband mellan nacksymtom och exponering för belastande nackarbetsställningar, hög fysisk armbelastning, psykosociala krav och inaktivitet.

**Vid bedömning** att nacksymtom är arbetsskada bör minst två av fyra generella riskfaktorer föreligga.

**Även hälsofrämjande** faktorer för att motverka nacksymtom – t ex variation i arbetet, avlastade arbetsställningar och kompetensutveckling – har identifierats.

**Kön, rökning, övervikt** och depression är samverkande individuella riskfaktorer.

**Nacksymtom är vanliga** i den arbetande befolkningen. Endast en liten andel av dessa symtom ger funktionsinskränkning.

**Sjukskrivning** av patienter med ospecifika nacksmärtor bör undvikas.

**Vid undersökning** av patienter med ospecifika nacksymtom bör funktion betonas hellre än dysfunktion.

**Upp till 10 procent av den vuxna befolkningen i Sverige har kontinuerligt ont i nacken. Har dessa personer en arbetskada? Majoriteten av dem är fullt arbetsföra, och nacksmärtan är av den digniteten att den inte påverkar deras funktionsförmåga i arbetet.**

de haft tillgång till vid bedömningen i det enskilda fallet. Således har enstaka experters yttranden mindre tyngd i sammanhanget. Det är resultaten av vetenskapliga studier som skall ligga till grund för att avgöra sannolikheten för samband mellan exponering och diagnos/symtom.

### **Nya kohortstudier ger nytt underlag**

Vid bedömning av nacksmärta eller nack-armsymtom som arbetskada har oftast det vetenskapliga underlag som sammanställts i Arbete och Hälsa 2001:12 [2] använts i Sverige. Här betonas att det vetenskapliga underlagets styrka för samband mellan olika fysiska exponeringar i arbete och förekomst av nackbesvär är otillräckligt eller begränsat; evidens saknas för samband mellan exponering i arbetet och nackbesvär. Det anges också att högkvalitativa studier saknas, särskilt prospektiva studier, vad gäller samband mellan exponeringar i arbete och nacksmärta.

Det har nu gått sex år sedan denna sammanställning gjordes, och inom området nacksmärta har det publicerats flera kohortundersökningar. Vi ger här en sammanställning av de resultat som rapporterats i kohortstudier publicerade efter sammanställningen 2001.

Vi har identifierat 25 nya kohortstudier [7-28], varav två randomiserade, kontrollerade studier [5, 29]. I dessa studier finns nacksmärta eller nacksjukdom angivet som utfall, och betydelsen av individuella faktorer och faktorer i arbetet för uppkomst av symtom/sjukdom har studerats (Tabell I <<http://www.amm.se/forsakringsmedicin>>). Vi har tagit med studier där utfall i nacke och nacke-skuldergördel (neck-shoulder) studerats.

Det finns även andra kohortstudier där samband mellan kombinationer av symtom från nacke och olika delar av övre extremiteten studerats, men dessa har inte medtagits i denna sammanställning. Inte heller har vi beaktat nya fall-kontrollstudier eller tvärsnittsstudier.

### **God kvalitet i de nya studierna**

Generella kvalitetsindikatorer i studierna, såsom studerad population, bortfall, uppföljningstid och exponeringsklassificering, är goda. Vi kvalitetsgranskade oberoende av varandra de 25 studierna enligt samma bedömningsprotokoll som användes i Arbete och Hälsa 2001:12, sidorna 1-6. Våra bedömningar var samstämmiga. De båda randomiserade, kontrollerade studierna bedömdes vara klass A. Av de övriga 23 studierna bedömdes 14 vara klass A, 9 studier klass B och ingen bedömdes vara klass C (Tabell I <<http://www.amm.se/forsakringsmedicin>>).

### **Problem i de nya studierna**

Det finns en rad problem med de nytillkomna 25 kohortstudierna. Studierna härrör från olika forskargrupper i olika länder. Utfallet har definierats på olika sätt: från nacksymtom någon gång de senaste 12 månaderna [13] till sjukskrivning eller förtidspension på grund av nacksymtom [10]. I några av studierna har utfallet utgjorts av symtom i nacke och skuldra definierat som en kroppsregion [28]. Få av studierna har omfattat kliniska undersökningar.

Arbetsfaktorerna, dvs exponeringen, är ofta kategoriserad på olika sätt, och ofta finns endast en av de tre parametrar som krävs för att karakterisera en exponering: dvs nivå, duration och frekvens.

När det gäller psykosociala faktorer har flera forskargrupper och studier använt Karasek–Theorells krav–kontrollmodell [30].

I de flesta studier har olika former av multivariata modeller använts, där man justerat för olika faktorer. Gemensamt för studierna är att riskestimater justerat för ålder och kön beräknats. Tidigare nacksymtom har i flera studier varit riskfaktor för att insjukna i nya nacksymtom.

### Fyra generella riskfaktorer för patogen exponering i arbete

Vid genomgång av de 25 studierna har vi identifierat fyra generella, patogena riskfaktorer:

- belastande nackarbetsställning
- hög fysisk armbelastning
- inaktivitet
- bristande psykosocial arbetsmiljö.

På detta sätt har vi kunnat sammanföra studier där likartad exponering har studerats. Härigenom blir det möjligt att tolka konsistens mellan studier som visar på risker. Emellertid innebär det att vi förlorat precision. För att utveckla kriterier för den nivå och tid som innebär att de fyra generella riskfaktorerna blir skadliga måste varje enskild studie värderas. Dessutom behövs betydligt fler kohortstudier för att nå konsensus om ett vetenskapligt underbyggt »gränsvärde« för exponering som medför »skadlig inverkan«.

**Belastande nackarbetsställning.** Till identifierad arbetsställning räknade vi studier där huvudets position studerats eller där man använt instrument eller hjälpmedel som statistiskt belastat halsryggen. I tio kohortstudier identifierades arbetsställning som riskfaktor för nacksmärta (Tabell II <[## Arbetslöshet är en viktig faktor för ohälsa. Det sociala stöd de flesta av oss har på arbetsplatsen är en viktig hälsofrämjande faktor.](http://</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

[www.amm.se/forsakringsmedicin](http://www.amm.se/forsakringsmedicin)). I tre av studierna var denna inte specificerad, utan generellt angiven som onormal arbetsställning eller vridning och böjning.

Två studier kunde ange nackflektion med gradantal och procent av arbetstid. I två studier var indikatorer för nacksmärta arbete med underarmarna avlastade i armbågsvinkel <121° och kort avstånd mellan bord och tangentbord. En randomiserad, kontrollerad studie fann att införande av underarmsstöd hade skyddande effekt mot nacksymtom (verifierat med fynd vid undersökning, »disorder«).

Att hålla fast telefonen mellan huvudet och axeln genom att använda telefonstöd var i en studie en klar riskfaktor, och att på samma sätt knipa och hålla fast en violin eller viola var för musiker också en riskfaktor. I en studie var arbete med händer ovan axelhöjd också en riskfaktor för nacksmärta.

Daglig cykling angavs i en studie vara en riskfaktor för nacksmärta. En möjlig förklaring kan vara att cykling medför extension av halsryggen.

Storleken på riskerna i fråga om arbetsställning varierade mellan 1,3 och 6,3, med tyngdpunkt kring cirka 2.

**Hög fysisk armbelastning.** Till hög fysisk armbelastning räknade vi faktorer som handintensivt arbete, manuell hantering och lyft. Sex studier rapporterade positivt samband mellan hög fysisk belastning och nacksmärta. I tre studier var repetitivt arbete riskfaktor för nacksymtom, ensamt eller i kombination med andra fysiska belastningsindikatorer. Manuell hantering och lyft var riskfaktorer för nacksymtom i två studier. I en studie användes ett mekaniskt exponeringsindex där hög exponering gav risk för nack–skuldersmärta. Storleksordningen på effekten låg mellan 1,3 och 2,7. I studien med den största effekten

**TABELL III. Hälsofrämjande faktorer.**

Generell friskfaktor	Definition av friskfaktor	Utfall – typ av nacksymtom	Risk (konfidensintervall)	Referens
Variation i arbetet	Sittande arbetsställning 1–50 % av arbetstiden (referens sittande <1 % av arbetstiden)	Sjukskrivning på grund av nacksmärta	0,32 (0,13–0,76)	Ariens et al 2002 [10]
Anpassad arbetsställning	Armbågsvinkel >121° (stor armbågsvinkel har operatör när denne kan avlasta underarmar på bordsskiva eller särskilda stöd)	Obehag i nacke ≥6 (skala 1–10) och fynd vid läkarundersökning	0,42 (0,18–0,98) (således friskfaktor att ha underarmsstöd vid datorarbete)	Marcus et al 2002 [24]
Sportaktivitet	Sportaktivitet ej definierad	Tillfrisknande av kroniska (≥6 månader) nack–skuldersmärta	Män 1,5 (1,1–1,2)	Cassou et al 2002 [12]
Kroppslängd	Kroppslängd kortare än 20:e percentilen hos datoranvändare	Frågeformulär varje vecka Muskuloskeletalt obehag ≥6 (skala 1–10) eller medicineringsindex för obehag Muskuloskeletalt symtom, om fynd vid läkarundersökning också nack–skuldersjukdom	0,5 (0,3–1,0)	Gerr et al 2002 [14]
Kompetensutveckling	Möjligheter att lära och utvecklas i arbetet	Om personer under uppföljningstiden 5 år hade sökt vård för nack–skuldersmärta, både traditionell och icke-legitimerad vårdgivare beaktades	0,4 (0,2–0,9)	Grooten et al 2004 [15]

2,7 var exponeringen självrapporterad kombination av hög fysisk belastning och hög anspänning (strain), dvs höga krav och liten kontroll [26].

Riskmagnituden i dessa studier av fysisk belastning har också en tyngdpunkt vid cirka 2 gånger ökad risk.

**Inaktivitet.** Inaktivitet definierade vi som stillasittande arbete eller arbete med låg fysisk belastning. Det är spännande att två studier rapporterade inaktivitet som riskfaktor för nacksmärta. Feveile och medarbetare [13] rapporterade att sittande under mer än tre fjärdedelar av arbetstiden och att man sällan utförde tunga lyft gav en riskfaktor på 1,5. Långvarigt sittande under mer än 95 procent av arbetstiden rapporterades av Ariens och medarbetare [9] som en riskfaktor för nacksmärta.

Tyngdpunkten för riskökningen är omkring 2 gånger.

**Bristande psykosocial arbetsmiljö.** Till bristande psykosocial arbetsmiljö räknade vi faktorer som övertid, höga krav i arbetet och dålig kontroll i arbetet. Sju kohortstudier rapporterade psykosociala förhållanden som riskfaktor för nacksmärta. Tre kohortstudier rapporterade risker mellan 1,2 och 2,1 för höga krav i arbetet som riskfaktor för nacksmärta. Hög självrapporterad anspänning och hög muskelspänning gav 4 gånger ökad risk i en annan kohortstudie [26]. Dålig kontroll och låg grad av stöd har också rapporterats som riskfaktorer för nacksmärta. Arbetslöshet utgjorde riskfaktor för nacksmärta. I en intressant studie rapporterade Lund och Csonka [23] att medarbetare i en traditionell hierarkisk organisation utan delaktighet fick ökad risk för nacksmärta på 2.

Tyngdpunkten för riskökningen är även här omkring 2.

#### **Flera riskfaktorer i kombination kräver särskild beräkning**

Få studier har studerat kombinationer av flera faktorer. Grooten och medarbetare [15] rapporterade att 2 av 4 riskfaktorer i arbetet gav en riskökning på 2,6, medan 3 eller 4 riskfaktorer ökade risken till 4,8.

Av de ovan nämnda riskerna avseende de fyra generella riskfaktorerna har de flesta tagits fram i multivariata modeller där man kontrollerat för andra faktorer. Vid förekomst av flera av dessa olika faktorer kan man lägga ihop dem. Eftersom faktorerna är framtagna i multiplikativa modeller genom antingen Cox-regression eller logistisk regression, gäller att faktorerna inte bara kan summeras, utan man får multiplicera riskfaktorerna med varandra för att få kombinationen av två eller flera faktorer. Vid förekomst av riskfaktorerna belastande nackarbetsställning, hög fysisk armbelastning och bristande psykosocial arbetsmiljö kan den sammanlagda risken beräknas till  $2 \times 2 \times 2$ , dvs den relativa risken att få nacksymtom är 8 gånger (förutsatt att de relativa riskerna för faktorerna uppskattas som vardera 2 gånger).

#### **Hälsobringande exponering i arbete – friskfaktorer**

Både arbete och muskuloskeletal belastning är förknippade med hälsa. Arbetslöshet är en viktig faktor för ohälsa. Det sociala stöd de flesta av oss har på arbetsplatsen är en viktig hälsofrämjande faktor. Belastning är nödvändig för att behålla hållfasthet och funktion i leder, brosk, muskler och senor.

I Folkhälsoinstitutets översikt av hälsofrämjande faktorer på arbetsplatser konstateras att fysisk aktivitet som enda insats är effektiv för att förebygga ryggont [31]. Dessutom har fysisk ar-

**I detta sammanhang bör vi undvika ord som »vila«, »utsliten« och »arbetsskada«, vilka kan ge ogynnsamma bieffekter för patienten.**

## Den kanske viktigaste behandlingen vid nacksmärta är att anpassa arbetet så att patienten kan vara kvar på arbetsplatsen även med symptom och eventuellt nedsatt arbetsförmåga.

betsförmåga (kondition) i flera evidensbaserade översikter visat sig utomordentligt viktigt för kardiovaskulär hälsa.

I de nya kohortstudierna rapporterades även faktorer med en »signifikant« relativ risk under 1, dvs faktorn är ingen riskfaktor utan en friskfaktor (Tabell III). Variation i arbete definierat som omväxlande, sittande arbete 1–50 procent av arbetstiden var signifikant friskfaktor vid jämförelse med <1 procent sittande arbete. Två studier visade förekomst av underarmsstöd som friskfaktor för nacksmärta: den ena definierade denna faktor som armbågsvinkel >121°, den andra var en randomiserad, kontrollerad studie där underarmsstöd infördes.

### Befintligt skick och konkurrerande orsaker till arbetsskada

I arbetsskadeförsäkringen sägs att hänsyn bör tas till befintligt skick: dvs den försäkrades kön, ålder, längd, vikt, personliga läggning, funktionshinder och sjukdomsanlag. Samtidigt sägs att faktorer i arbetet som rent allmänt inte anses som skadliga inte heller för en extremt känslig person bör kunna anses ha skadlig inverkan. Således gäller grovt sett tankesättet att exponeringen skall kunna ge upphov till skada även hos en frisk person; hos den som har en individuell svaghetsfaktor kan man kanske acceptera att sjukdom inträffar på kortare tid eller med lägre nivå, dvs att mindre dos krävs.

Vid bedömning av konkurrerande skadeorsaker måste det finnas något påtagligt. Vardagslivets normala påfrestningar skall inte bedömas som sådana skadeorsaker, och vid bedömningen skall man ta hänsyn till vilken som är den mest väsentliga sjukdomsorsaken. Bedömning av befintligt skick är svårt, och hittills har ingen väsentlig vägledning framkommit i vetenskapliga översikter eller genom domar i kammarrätt eller regeringsrätt.

Det finns även individuella riskfaktorer för nacksmärta (Tabell IV <<http://www.amm.se/forsakringsmedicin>>). Ålder är en sådan riskfaktor. I denna artikel redovisade risker har risknivån justerats för ålder. Många studier har rapporterat kön, dvs att vara kvinna, som en riskfaktor för nacksmärta. I värdering av riskfaktorer har de flesta studier antingen använt multivariat teknik och kontrollerat för kön eller analyserat män och kvinnor var för sig. Rökning och övervikt är också riskfaktorer, enligt flera studier. I några av studierna framkom att nacksymtom är starkt associerade med självs kattad dålig allmän hälsa. Flera studier har rapporterat att tidigare nacksmärta var en riskfaktor för ny nacksmärta. Depression var en oberoende riskfaktor för utveckling av nacksymtom i två av kohortstudierna.

### Vägledning för försäkringsläkare

Det är viktigt att vi i landet får lika bedömning av nacksmärtor och nacksjukdom vad avser arbetsskadeförsäkringen. Idag finns en betydande skillnad i godkännande av livränta för arbetsskada mellan olika delar av landet. Enligt Lag om arbetsskadeförsäkring 2002 skall övervägande skäl tala för ett samband mellan exponering och utfall.

Vi föreslår att övervägande skäl föreligger om det vid utredningen kan beläggas att minst två av de fyra generella riskfaktorerna har förekommit under väsentlig tid (minst 12 månader) och att nacksymtomen uppkommit under exponeringstiden. Eventuella konkurrerande riskfaktorer måste beaktas. Skälet för att kräva förekomst av minst två av de generella riskfakto-

erna är att det skall föreligga mer än 50 procents chans att exponeringen har samband med nacksymtomen.

Om en generell riskfaktor föreligger med relativa risken 2 är den tillskrivna fraktionen (attributable fraction) relativa risken minus 1 dividerat med relativa risken, dvs  $2 - 1 = 0,5$ ; dvs 50 procent [4].

Om två generella riskfaktorer föreligger med vardera relativa risken 2 är den tillskrivna fraktionen 2 multiplicerat med 2 minus 1 dividerat med den sammanvägda relativa risken 4, dvs  $(4 - 1)/4 = 0,75$ ; dvs 75 procent. Således föreligger med förekomst av två generella riskfaktorer en tillskriven fraktion som är högre än 50 procent.

Det kan diskuteras om man i detta resonemang kan ta hänsyn även till konkurrerande faktorer. Om tre generella riskfaktorer föreligger med vardera en relativ risk på 2 gånger och det samtidigt finns en konkurrerande faktor med relativa risken 2 gånger kan man bedöma att det föreligger en tillskriven fraktion över 50 procent. Överslagsberäkningen kan se ut som följer: tre riskfaktorer  $2 \times 2 \times 2 = 8$  gångers relativ risk, 8 dividerat med den konkurrerande faktorn med en relativ risk på 2 ger  $8/2 = 4$ ; en total sammanvägd relativ risk på 4 betyder en tillskriven fraktion på 75 procent.

### Drygt 40 procent av Sveriges kvinnor har ont i nacken

Totalt 25 procent av männen och 41 procent av kvinnorna i arbetsför ålder i Sverige 1999–2003 hade ont i övre delen av rygg/nacke minst en dag per vecka [32]. Långvarig och återkommande nacksmärta drabbar en stor del av befolkningen. Upp till 10 procent av den vuxna befolkningen i Sverige har kontinuerligt ont i nacken. Har dessa personer en arbetsskada? Majoriteten av dem är fullt arbetsföra, och nacksmärtan är av den digniteten att den inte påverkar deras funktionsförmåga i arbetet.

Hos 8 procent av kvinnliga datoranvändare förekom nacksmärtor som gav minskad prestation i arbetet [33]. Denna minskade arbetsprestation ledde i sin tur i endast mycket liten del till sjukskrivning. Det är först när sjukskrivningen varat över samordningstiden 180 dagar som det blir aktuellt att ansöka om ersättning för arbetsskada.

Vi rekommenderar att den exponering som ligger till grund för de fyra generella riskfaktorerna skall vara belagd av arbetsgivare, arbetskamrater, skyddsombud, företagshälsovård, arbets- och miljömedicinsk klinik eller motsvarande för att det skall vara möjligt att bedöma huruvida skadlig inverkan i arbetet förekommit. Magnituden av exponeringen bör också överstiga det som normalt förekommer i arbetslivet. Den försäkrades exponering skall stämma överens med den som finns beskriven/rapporterad i de vetenskapliga studier som ligger till grund för riskbedömningen.

Huruvida våra rekommendationer vad gäller antal och typ av riskfaktorer är rimliga att använda som kriterier i bedömning av ansökan om arbetsskadeersättning får utvärderas i framtida tillämpningar i domstol. Detta är en juridisk avvägning, inte en medicinsk bedömning.

Det finns ett stort behov av ett nytt evidensbaserat, brett förankrat dokument om sambandet mellan exponering i arbetslivet och muskuloskeletala besvär. I denna artikel har endast kohortstudier publicerade efter år 2000 beaktats. Det finns även en stor mängd fallkontrollstudier och tvärsnittsstudier som behöver värderas.

### Nacksmärta kan sitta i länge – arbetet måste anpassas

Hur länge kan nacksmärta kvarstå? Flera svenska undersökningar visar att kronisk ospecifik nacksmärta kan kvarstå länge [34–36]. För behandlande läkare är det angeläget att aktivt be-



handla nacksmärta som varat under längre tid. Det gäller då att vara medveten om att traditionell behandling med sjukgymnastik, analgetika och långvarig sjukskrivning inte är tillräckligt eller har otillräckligt vetenskapligt värde vid ospecifik nacksmärta. Däremot har träning av rörelseförmåga och styrka samt kognitiv beteendeterapi visat sig vara effektivt vid ospecifik nacksmärta [37].

Dessutom finns studier som ger stöd för att antidepressiv behandling kan lindra smärta och öka funktionsförmågan hos vissa patienter [38, 39].

Den kanske viktigaste behandlingen vid nacksmärta är att anpassa arbetet så att patienten kan vara kvar på arbetsplatsen även med symtom och eventuellt nedsatt arbetsförmåga. Företagshälsovården är den expertresurs som har bäst förutsättningar för att behandla och rehabilitera patienter med ospecifik nacksmärta.

I en studie från Holland var upplevd fysisk ansträngning i arbetet en viktig prognostisk faktor för långvarig sjukskrivning på grund av smärta i nacke och övre extremitet [40]. Detta var inte fallet när det gällde sjukskrivning på grund av ländryggssymtom; där var däremot smärtintensitet en viktig prognostisk faktor.

Således kanske arbetsplatsåtgärder är viktigare när det gäller rehabilitering vid nacksymtom än vid ländryggssymtom.

## Anpassad aktivitet hälsobringande

Inaktivitet är bevisat skadlig; anpassad aktivitet är hälsobringande. Det är en pedagogisk utmaning att lära patienten att »det är ofarligt att röra sig även om det gör lite ont, lev så vanligt som möjligt«. I detta sammanhang bör vi undvika ord som »vila«,

»utsliten« och »arbetsskada«, vilka kan ge ogynnsamma biefekter för patienten.

Ett tips vid undersökning av patienter med nacksmärta:

- betona inte inför patienten de s k positiva fynden, dvs de patologiska fynden
- försök att i stället framhålla de normala förhållandena, t ex god rörelseförmåga, god styrka, god muskulatur etc.

En minichecklista för läkarundersökning av rörelseorganen (bl a nacke) finns på <http://www.amm.se/fhvmethodik>.

## Undvik sjukskrivning

Baserat på genomgången litteratur vill vi poängtera vikten av att i mötet med patienten undvika vilseledande terminologi och medikalisering av allmän ohälsa. Vi bör undvika sjukskrivning för ospecifika nacksmärtor.

Vi behöver konsensus från olika specialiteter för hur riskfaktorer i arbetet skall värderas i förhållande till deras förmåga att orsaka eller försämra olika muskuloskeletala tillstånd. Denna konsensus måste vara baserad på vetenskaplig evidens, där evidensnivån kan accepteras av de flesta epidemiologiskt medvetna läkare.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**Kommentera** denna artikel på [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)

## REFERENSER

- Hagberg M. Clinical assessment, prognosis and return to work with reference to work related neck and upper limb disorders. *G Ital Med Lav Ergon*. 2005;27:51-7.
- Hansson T, Westerholm P. Arbeta och besvär i rörelseorganen. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2001. Arbeta och Hälsa. 2001:12.
- Hill AB. The environment and disease: Association or causation? *Proc R Soc Med*. 1965;58:295-300.
- Rothman J. Epidemiology: an introduction. Oxford: Oxford University Press; 2002. p. 1-223.
- Rempel DM, Krause N, Goldberg R, Benner D, Hudes M, Goldner GU. A randomised controlled trial evaluating the effects of two workstation interventions on upper body pain and incident musculoskeletal disorders among computer operators. *Occup Environ Med*. 2006;63:300-6.
- Försäkringskassan. Ersättning enligt lagen om arbetsskadeförsäkring – vägledning. Version 2. [Åndrad 2005 11 24.] Stockholm: Försäkringskassan Sverige; 2003. p. 1-263.
- Gerr F, Marcus M, Monteilh C, Hannan L, Ortiz D, Kleinbaum D. A randomised controlled trial of postural interventions for prevention of musculoskeletal symptoms among computer users. *Occup Environ Med*. 2005;62:478-87.
- Karasek R, Theorell T. Healthy work. New York: Basic Books Inc Publishers; 1990.
- Källestål C, Bjurvald M, Menckel E, Schaerström A, Schelp L, Unge C. Hälsöfrämjande arbete på arbetsplatser. Effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004. p. 1-83. Rapport 2004:32. <http://www.fhi.se>
- Statistics Sweden. The work environment 2003. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2004. p. 1-227. Report AM68SM0401. <http://www.av.se>
- Hagberg M, Tornqvist EW, Toomingas A. Self-reported reduced productivity due to musculoskeletal symptoms: associations with workplace and individual factors among white-collar computer users. *J Occup Rehabil*. 2002;12:151-62.
- Berg M, Sandén Å, Torek G, Järvholm B. Persistence of musculoskeletal symptoms: a longitudinal study. *Ergonomics*. 1988;31:1281-5.
- Ekenbäck K, Hagberg M. Tioårsuppföljning av industriarbetande kvinnor: Dålig prognos vid svåra nack- och skulderbesvär. *Läkartidningen*. 1991;88:1120-1.
- Ålund M, Larsson SE, Lewin T. Work-related persistent neck impairment: a study on former steelworks grinders. *Ergonomics*. 1994; 37:1253-60.
- Gross AR, Hoving JL, Haines TA, Goldsmith CH, Kay T, Aker P, et al. A Cochrane review of manipulation and mobilization for mechanical neck disorders. *Spine*. 2004;29:1541-8.
- Feng FL, Schofferman J. Chronic neck pain and cervicogenic headaches. *Curr Treat Options Neurol*. 2003;5:493-8.
- Nemat A, Richeimer SM. Pharmacologic therapies for neck pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2003; 14:629-41.
- Lotters F, Burdorf A. Prognostic factors for duration of sickness absence due to musculoskeletal disorders. *Clin J Pain*. 2006;22:212-21.

annons