

## Gigtforeningens foretræde for Sundheds- og Ældreudvalget den 4. dec. 2018

### Notat om fremme af muskel- og skeletsundhed

Allerede i dag koster muskel og skelet sygdomme samfundet 20,5 mia. kr. til behandling og øgede udgifter til forsørgelse. Sydomsgruppen er i dag den største kilde til tabte gode leveår. Det er problemer og udgifter vi ved kun vil vokse i de kommende år. Vi ved også, at meget kan gøres politisk for at undgå at følgerne af udviklingen bliver uoverstigelige.

Det kræver en offensiv, national handlingsplan for muskel og skeletområdet nu. Der er brug for en række nationale indsatser, der giver tidligere og bedre forebyggelse og bedre behandling og rehabilitering således at langt flere mennesker i fremtiden får mulighed for at leve et aktivt deltagende liv til glæde for den enkelte og samfundet.

Der er igennem årene sat mange initiativer i gang for at komme stigningen i muskel- og skeletlidelser til livs. Men det har været enkeltstående indsatser, der ikke har begrænset udviklingen og sikret flere gode leveår og en forbedret livskvalitet. Muskel- og skeletsundheden i Danmark kræver nationalt politisk fokus og handling, så vi kan sikre en bred indsats mod den store folkesygdom.

En national handlingsplan kan derfor fx indeholde følgende politiske initiativer:

- landsdækkende etablering af enheder på sygehusene, hvor man inddrager relevante specialer og teknologisk udstyr, så patienter med komplekse problemstillinger og sygdomme hurtigt kan få stillet en korrekt diagnose og lagt en behandlingsplan. Til inspiration har man arbejdet med sådanne enheder på Udviklingshospitalet i Silkeborg.
- at tilbyde en bedre og mere patientcentreret behandling til de mange gigtpatienter, der på trods af flere og bedre tilbud om medicinsk behandling, ikke tåler eller ikke har tilstrækkelig effekt af den moderne medicinske behandling. Selv personer, der er relativt velbehandlede medicinsk, oplever invaliderende problemer i form af bl.a. kroniske smerter, træthed og søvnproblemer. Ligesom der ofte opstår comorbiditeter som hjertekarsygdomme, osteoporose, depression, diabetes, lungesygdomme mv.
- Initiativer der sikrer en ensartet og høj kvalitet på smertecentre og hurtigere henvisning for de svært smertelagede patienter.
- Etablering af børne-smerteteam til børn og unge med kroniske smerter på alle børnegigtafdelinger.
- Gøre "muskel- og skelet sygdomme" til et obligatorisk tema i sundhedsaftalerne, så der sikres bedre sammenhæng mellem behandlingen på sygehusene, almen praksis/praksissektoren og kommunerne.
- Finde nye løsninger på tværsektorielt samarbejde på tværs af de kommunale social-, sundheds- og beskæftigelsesindsatser og almen praksis. F.eks. med udgangspunkt i "Hjørring-modellen" eller "Silkeborg-modellen"

- Indføre kronikerhonorarer i almen praksis til patienter med kroniske muskel- og skeletsygdomme, så der sikres sammenhængende behandling og løbende opfølgning blandt alle patienter.
- Etablering af et Nationalt Videnscenter for Reumatologisk Behandling og Rehabilitering, som kan bibringe med både forskningsbaseret viden og erfaringer fra andre lande samt afprøvning af nye modeller og metoder i *hele* sundhedsvæsnet.
- En satsning på evidensbaserede forebyggelses- og rehabiliteringstilbud til patienter med muskel- og skeletsygdomme. Gennem en tidlig indsats kan man forebygge, at lettere gener og smerter udvikler sig, følgesygdomme opstår og tab af funktionsevne indtræder.

**Hvad er muskel- og skeletlidelser?**

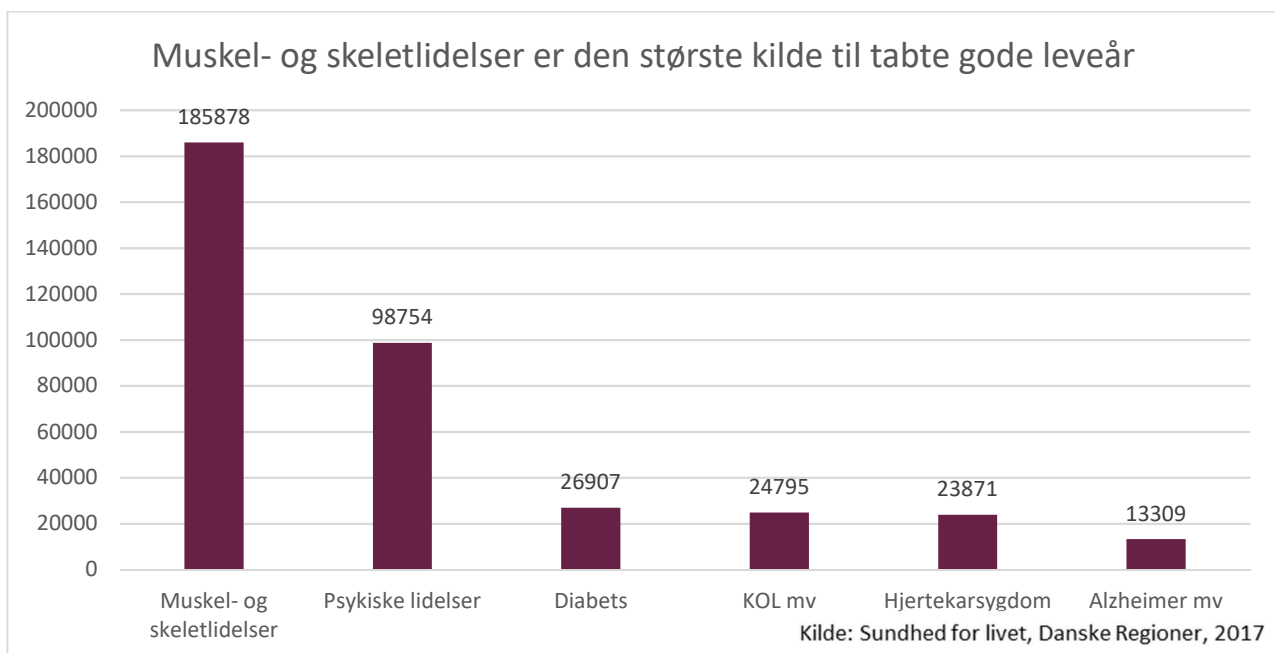
Muskel- og skeletlidelser er en fællesbetegnelse for sygdomme og gener i knogler, muskler, sener og led, og giver sig ofte udslag i smerter og følgende nedsat funktionsniveau. Udover diagnosticerede sygdomme i led, ryg og muskler, dækker muskel- og skeletlidelser også over mere uspecifikke smerter eller ubehag i bevægeapparatet, fx lænderygsmarter, som hundredtusindvis af danskere dør med (2). Derudover er lænderygsmarter i sig selv den førende årsag til invaliditet og funktionsnedsættelse på verdensplan.

## BAGGRUND

### Muskel- og skeletlidelser er den største kilde til tabte gode leveår

Antallet der rammes af muskel- og skeletlidelser forventes at stige år for år. Allerede nu er flere end 700.000 danskere diagnosticeret med en muskel- eller skeletlidelse [1]. Det svarer til hver 8. dansker! Men muskel- og skeletlidelser er langt mere end de mange med en diagnose. Det er også de dem, der går rundt med smerter i hænder, lænderyggen eller nakke og skulder, som ikke har en diagnose. Hundredetusindevis lider fx af lænderygssmerter, og det påvirker deres arbejdsevne, deres livskvalitet og deres mentale tilstand [2], [3].

Når manglende muskel- og skeletsundhed fører til en kronisk sygdom og store smerter, er det en kæmpe udfordring for den enkelte, som ikke kan holde til at have et almindeligt arbejde eller gennemføre fritidsaktiviteter med bare en lille smule fysisk aktivitet.



Muskel- og skeletlidelser er uden sammenligning den største kilde til tabte gode leveår for voksne danskere [4], [5] og en af de hyppigste former for langvarig sygdom i befolkningen. Sygdomsgruppen er skyld i ca. 25 % af danskernes sygefravær [6] og årsagen til ca. 16 % af de helbredsbedingede førtidspensioner. Det er dermed den næsthypigste årsag til førtidspension i Danmark [7]. Samtidig er den manglende muskel- og skeletsundhed en stor omkostningsdriver for den offentlige sektor, og de bidrager til et stort samfundsmæssigt produktionstab.

I 2010 kostede muskel- og skeletlidelser det danske samfund et samlet produktionstab på ca. 9 mia. kr. på grund af sygemeldinger og for tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Derudover vurderer Statens Institut for Folkesundhed, at de offentlige kasser i 2010 havde muskel- og skeletrelaterede merudgifter for 20,5 mia. kr., som gik til behandling i sundhedsvæsenet, sygedagpenge og førtidspension [8].

Vidensråd for Forebyggelse har opgjort, at muskel- og skeletlidelser udgør næsten halvdelen af alle erstatningsgodkendte erhvervssygdomme, og konservativt beregnet udgør de samfundsøkonomiske omkostninger mere end 20 mia. kr. Det svarer til omkring 15 % af de totale sygdomsomkostninger i Danmark [9].

Forekomsten af muskel- og skeletlidelser har store individuelle omkostninger. De økonomiske omfatter fx medicinindkøb og nedgang i indkomst som følge af uarbejdsdygtighed, de personlige består i, at man ikke kan klare dagligdagsfunktioner som indkøb og rengøring, ikke er i stand til at løfte sit barn eller at dyrke idræt. Dette kan resultere i en betydeligt nedsat livskvalitet for den enkelte og de pårørende. For forældre kan funktionsnedsættelsen og smerter være med til at begrænse overskuddet til og interaktionen med børnene. Det kan således også gå ud over børnenes trivsel.

Muskel- og skeletlidelser er en trussel mod en sund og livlig alderdom. Danskere, der lever et arbejdsliv med smerter, har stor risiko for ufrivilligt at forlade arbejdsmarkedet i utide og leve et liv, hvor smerter og fysiske funktionsnedsættelser begrænser dem i at leve det liv, de ønsker. Muskel- og skeletlidelser står bag 29 % af alle tilfælde af erhvervspåvirkende invaliditet i hele Europa, og årligt angiver omkring 3.500 danskere, at de forlader arbejdsmarkedet pga. skader og sygdomme i muskler og led [9].

Størstedelen af dem, der har en muskel- og skeletlidelse er i stand til at arbejde, men det kræver, at der gøres en indsats for både at tilrettelægge arbejdet således, at den enkelte undgår nedslidning, at muskler og skelet styrkes gennem fx træning, og samfundet sætter ind med tidlig behandling, når der er behov herfor.

Der er behov for at sætte fokus på de tiltag, der i fællesskab vil øge muskel- og skeletsundheden. Det handler om at forebygge, at smerter udvikler sig til en sygdomsmeddel; om, at danskerne skal være sundere, når de går hjem fra arbejde, end da de tjekkede ind om morgenen; og det handler om, at løsningerne skal findes i et klogt sammenspil mellem sundhedsvæsen, kommuner, arbejdsgivere og arbejdstagere.

### **Stort potentiale – og behov – for forebyggelse**

Danskernes stigende levealder betyder, at antallet af ældre stiger. En konsekvens heraf er vækst i forekomsten af muskel- og skeletlidelser. Ændringerne i arbejdsforhold, motionsvaner og kostvaner betyder også, at flere og flere vil få en muskel- og skeletlidelse. Det er et område, som har stor international opmærksomhed, og der er meget tilgængelig viden om årsagerne til den stigende forekomst.

I et dansk studie blev deltagerne bedt om at udfylde et spørgeskema om bla. smerter i muskler og led. De blev herefter fulgt de næste 20 år for at undersøge, hvordan deres helbred udviklede sig. Af konklusionerne fremgår det, at de deltagere, der havde haft smerter i muskler og led inden for de seneste 14 dage forud for udfyldelsen af spørgeskemaet, havde en signifikant højere anvendelse af egen læge og sundhedsydelse generelt de følgende 20 år [12]. En af forklaringerne er, at der er en tendens til at afholde sig fra fysisk aktivitet, når man oplever smerter i muskler og led. Det kan lede til en inaktiv livsstil og dermed forhøje risikoen for at udvikle livsstilssygdomme som fx hjerte-kar-sygdomme og diabetes.

Der er derfor et stort potentiale i og behov for at identificere personer med begyndende muskel- og skeletlidelser m.h.p. at undgå, at disse udvikler sig i retning af mere kroniske smerter. Der skal sættes en forebyggelsesindsats i gang, når symptomerne på muskel- og skeletlidelser opstår. Herved er det muligt at sikre, at flere kan leve et frit og aktivt liv uden at blive begrænset af voldsomme daglige smerter. Fordi vi ved, at en tidlig indsats virker.

### **Ulighed i sundhed**

I den nationale sundhedsprofil påvises en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelse og andelen med meget generende smerter eller ubehag. Andelen er størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelse (52,2 %) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (30,5 %) [13].

## Hvem rammes af muskel- og skeletlidelser?

Undersøgelser har vist, at skolebørn oplever behandlingskrævende smerter, der fører til søvnbesvær, nedsat fysisk aktivitet og fravær fra skolen. Det er veldokumenteret, at børn og unge, som oplever smerter i muskler og led, også vil opleve dem senere i livet.

Den nationale sundhedsprofil viser, at alle aldersgrupper rammes af dårlig muskel- og skeletsundhed, men det går værst ud over de ældre [13] og det har større konsekvenser, jo ældre man bliver. Fx viser undersøgelser, at halvdelen af de 80+ årige oplever, at smerter fra muskler og led går ud over deres muligheder for at klare dagligdags gøremål, som af- og påklædning, personlig pleje og madlavning. Til sammenligning angiver en tredjedel af de 50-59-årige, at det er tilfældet.

## Sygdomsforløb og risici

Danskere der har et ensformigt arbejde med mange gentagelser er særligt i risiko for at få muskel- og skeletlidelser. Derfor er der brug for forebyggelse og en tidlig indsats, hvor der både fokuseres på livsstil og arbejdsfunktion.

### *Symptomer/lettere gener*

Begrænses eller forebygges risikofaktorerne ikke, vil de fleste på et tidspunkt opleve symptomer på en muskel- og skeletlidelse såsom lettere gener og begyndende smerter i bevægeapparatet (fx arme, ryg og skuldre), hvilket i mange tilfælde vil føre til periodevise sygemeldinger. Nogle tager smertestillende medicin for at kunne gå på arbejde. Andre oplever her den første kontakt til sundhedsvæsenet og det kommunale system.

Det er i denne periode helt afgørende med en forebyggende indsats, der modarbejder forværringer – en indsats, der bør involvere både sundhedsvæsenet, arbejdspladsen og den enkelte.

### *Kronisk lidelse*

Hvis ikke der tages hånd om årsagen til de begyndende symptomer, kan det føre til, at den enkelte får en kronisk lidelse. Det medfører flere besøg på sygehuset, besøg hos egen læge og den øvrige primære sundhedssektor, lange sygemeldinger, og heraf følgende kontakt til kommunen, nedsat arbejdskapacitet og en forværring af livskvaliteten for den enkelte.

I denne periode er der brug for en sammenhængende indsats, som sikrer, at den enkelte får en behandling af høj kvalitet i sundhedsvæsenet. Derudover er der brug for et arbejdsmiljø og en arbejdstilrettelæggelse, som forebygger forværringer og at den enkelte tilbydes arbejdsfastholdelse og en hjælp til at komme tilbage på arbejdsmarkedet. Her er det centralt, at der sker en koordinering på tværs af myndighederne samt at den enkelte støttes i at mestre sin sygdom via viden og opfølgning.

### *Svær kronisk lidelse*


Endeligt kan en utilstrækkelig indsats på tværs af regioner, kommuner og arbejdspladser føre til, at patienten får en svær, kronisk lidelse, hvor danskere, der er blevet nedslidt gennem et helt liv, mister muligheden for at bidrage på arbejdsmarkedet og for at leve et aktivt fritidsliv. Her skal der tilbydes behandling og rehabilitering i sundhedsvæsenet, som sikrer, at den enkelte får så høj en livskvalitet som muligt.

Desværre er der talrige eksempler på danskere, der i årenes løb har taget turen gennem sundhedsvæsenet fra risiko til svær kronisk lidelse. De har løbende haft muskel- og skeletrelateret sygefravær på arbejdspladsen, besøg hos egen læge, besøg på hospitalet og besøg hos kommunen i forbindelse med

sygedagpenge og jobafklaringsforløb. Dette underbygges af Vidensråd for Forebyggelse, som har udarbejdet nedenstående figur til at forklare forløbet og sammenhængen heri.

Figur 1: Sygdomsforløbet

I risiko	Lettere gener	Kronisk lidelse	Svær kronisk lidelse
Visse brancher 40+ Livsstil (overvægt, fysisk inaktivitet, rygning)	Ondt i ryggen Nakke- skuldersmerter Overbelastning af led og muskler Periodevise ledsmerter Ledskader	Fx begyndende artrose, smerter i ryg og nakke, smerter efter diskusprolaps Muskelgigt	Generelt nedslidt Multisygdom Daglige smerter i muskler og skelet
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forebyggelse i fritids- og arbejdslivet</li> <li>• Fysisk aktivitet i arbejdstiden</li> <li>• Vægttab</li> <li>• Rygestop (RA)</li> <li>• Tilpasset fysisk aktivitet hos ældre</li> <li>• Arbejdsmiljø indsats (tunge løft, EGA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidlig opsporing og behandling i sundhedsvæsenet – det nære sundsvæsen</li> <li>• Offensiv indsats mhb. på arbejdsfastholdelse (Hjørring Modellen)</li> <li>• Tilpasning af arbejdspladsen, hjælpemidler,</li> <li>• Genoptræning efter ledskader</li> <li>• Livsstil: Vægttab, fysisk aktivitet, rygestop</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidlig opsporing og behandling i sundhedsvæsenet.</li> <li>• Offensiv indsats mhb. på arbejdsfastholdelse (Hjørring Modellen)</li> <li>• Tilpasning af arbejdspladsen, hjælpemidler,</li> <li>• Livsstil: Vægttab, fysisk aktivitet og rygestop.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidlig opsporing og løbende behandling i sundhedsvæsenet. Fokus på multisygdom</li> <li>• Tværfaglig rehabilitering</li> <li>• Arbejdsfastholdelse/ Fleksjob?</li> <li>• Hjælpemidler og tilpasning af arbejdspladsen/hjemmet</li> <li>• Livsstil: Vægttab, fysisk aktivitet, rygestop</li> </ul>
Forebyggelse Uddannelse	Forebyggelse Uddannelse Arbejdstilrettelæggelse	Forebyggelse Uddannelse Arbejdstilrettelæggelse Behandling	Rehabilitering Behandling



Sygdomsforløb

### En sammenhængende indsats

Der er allerede sat mange vigtige initiativer i gang for at forebygge muskel- og skeletlidelser – på arbejdspladserne, i kommunerne og i sundhedsvæsenet. Men der mangler en sammenhængende politisk prioritering af muskel- og skeletsundhed. Der skal tænkes på tværs af arbejdsmarked, kommuner og sundhedsvæsen, når de løsninger, der virker, skal igangsættes.

Løsningerne skal findes med udgangspunkt i det enkelte individ, og i at både arbejdspladserne, kommunerne og sundhedsvæsenet har et ansvar. Alle parter skal bidrage til løsningerne. En god og varieret arbejdstilrettelæggelse på arbejdspladsen er ikke nok, hvis sundhedsvæsenet ikke sætter ind rettidigt og med den rette behandling, eller hvis den ansattes generelle helbredstilstand er dårlig. Virksomhederne, der bruger tid og kræfter på at investere i et sundt arbejdsmiljø, har brug for, at der tilbydes en ordentlig behandling og forebyggelse i regioner og kommuner til de medarbejdere, som arbejdspladsen forsøger at beskytte. På den anden side vil en god behandling i sundhedsvæsenet heller ikke være tilstrækkelig, hvis medarbejderne fortsat udsættes for u hensigtsmæssig arbejdsbelastning på arbejdspladsen.

Det er derfor essentielt, at alle parter tager ansvar og bidrager til løsningerne, da alle parter får glæde af effekterne.

## LITTERATURLISTE

- [1] "Gigtforeningen Nøgletalspublikation", Gigtforeningen, 3 udgave, jan. 2018.
- [2] J. Hartvigsen *m.fl.*, "What low back pain is and why we need to pay attention", *The Lancet*, mar. 2018.
- [3] E. M. Flachs, Statens Institut for Folkesundhed, Danmark, og Sundhedsstyrelsen, *Sygdomsbyrden i Danmark: sygdomme*. Sundhedsstyrelsen, 2015.
- [4] K. Christensen, Danmark, og Statens Institut for Folkesundhed, *Otte folkesygdomme: forekomst og udvikling : hjertekar-sygdomme, type 2-diabetes, osteoporose, muskel- og skeletsygdomme, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser, kronisk obstruktiv lungesygdom, cancer*. Kbh.: Statens Institut for Folkesundhed, 2005.
- [5] The Bone & Joint Decade, "EUROPEAN ACTION TOWARDS BETTER MUSCULOSKELETAL HEALTH - A Public Health Strategy to Reduce the Burden of Musculoskeletal Conditions", Lund, European Action Report 04-05-17, 2005.
- [6] O. S. Mortensen og Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, *Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær: årsager og handlemuligheder*. Kbh.: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2008.
- [7] M. Kjølner, Red., *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*, 2. opl. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2007.
- [8] *De samfundsmæssige omkostninger ved muskel- og skeletlidelser i Danmark*. Statens Institut for Folkesundhed, 2016.
- [9] E. Roos *m.fl.*, *Forebyggelse af skader og sygdomme i muskler og led*. Kbh.: Vidensråd For Forebyggelse, 2015.
- [10] G. Waddell, A. K. Burton, Great Britain, og Department for Work and Pensions, *Is work good for your health and well-being?* London: TSO, 2007.
- [11] K. T. Palmer og N. Goodson, "Ageing, musculoskeletal health and work", *Best Pract Res Clin Rheumatol*, bd. 29, nr. 3, s. 391–404, jun. 2015.
- [12] J. Hartvigsen, M. Davidsen, K. Søgaard, E. M. Roos, og L. Hestbaek, "Self-reported musculoskeletal pain predicts long-term increase in general health care use: A population-based cohort study with 20-year follow-up", *Scandinavian Journal of Public Health*, bd. 42, nr. 7, s. 698–704, nov. 2014.
- [13] "Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017", Sundhedsstyrelsen, København, 2018.