

Arbeidsevne hos muskelskjelettpasienter i primærhelsetjenesten. En kohortestudie

Gro Askland Øyehaug, MSc. fysioterapeut, psykomotorisk fysioterapeut. Avtalefysioterapeut i Nordre Follo kommune, Follo Fysioterapi. groaoy@gmail.com.

Hilde Stendal Robinson, fysioterapeut. Professor, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Lena Leren, førsteamanuensis, Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge.

Nina Kjøpke Vøllestad, professor, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Denne **vitenskapelige artikkelen** er fagfellevurdert etter Fysioterapeutens retningslinjer, og ble akseptert 8. september 2023. Studien artikkelen er basert på er en del av FYSIOPRIM, godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nr. 2013/2030). Det foreligger ingen interessekonflikter.

Artikkelen ble først publisert på www.fysioterapeuten.no.

Innledning

Muskelskjelettplager er den vanligste årsaken til at pasienter oppsøker fysioterapi i primærhelsetjenesten (1, 2) og den hyppigste årsaken til sykefravær i Norge (3). Tapte arbeidsevne som følge av muskelskjelettplager gir store samfunnsøkonomiske kostnader i tillegg til alvorlige konsekvenser for hvert enkelt individ.

Tilknytning til arbeidslivet er forbundet med bedre helse (4), livskvalitet (5) og funksjon (6). Kunnskapsbaserte retningslinjer for fysioterapi til sykemeldte pasienter anbefaler derfor intervensjoner som identifiserer risikofaktorer for arbeidsuførhet og som bidrar til å opprettholde eller raskest mulig gjenopprette pasientenes arbeidsdeltakelse (7). Formålet med denne studien var å utvikle kunnskap om arbeidsevne hos pasienter med muskelskjelettplager som går til fysioterapi i primærhelsetjenesten.

Fleire systematiske oversiktsartikler har vist at årsaker til redusert arbeidsevne hos pasienter med muskelskjelettplager er sammensatte og multifaktorielle (8, 9). Faktorer som

øker sannsynligheten for retur til arbeid hos korsryggpasienter er blant annet yngre alder, god generell helse, lav smerteintensitet, bedre fysisk funksjon, lav fysisk arbeidsbelastning og lav grad av psykiske plager og bevegelsesfrykt (8). Hos pasienter med plager i nakke, skulder og/eller arm var langvarige plager, større grad av funksjonsnedsettelse og sterkere symptomer assosiert med manglende bedring og økt sykefravær (9). Samlet tyder dette på at identifisering av faktorer som er forbundet med redusert arbeidsevne krever et bredt biopsykososialt perspektiv hos behandler.

Studier av nyere dato om selvrapportert arbeidsevne hos pasienter i fysioterapibehandling, har vært rettet mot kroppsområder og spesifikke diagnoser innen muskelskjelettsykdommer (5, 10, 11). Vi ønsket i vår studie også å inkludere pasienter med utbredte muskelskjelettplager og plager av psykosomatisk karakter som anspenhet. Pasienter med muskelskjelettsykdommer har økt prevalens av psykiske plager (12), og psykisk stress er assosiert med lav

Sammendrag

Hensikt: Å undersøke selvrapportert arbeidsevne hos muskelskjelettpasienter i fysioterapibehandling, hva som kjennetegner pasienter med redusert arbeidsevne, hvorvidt arbeidsevne endres i behandling og kjennetegn ved pasienter uten bedring i arbeidsevne.

Design: Kohortestudie.

Materiale: 1498 muskelskjelettpasienter i arbeidsfør alder som går til fysioterapi i primærhelsetjenesten.

Metode: Spørreskjemaer ved baseline og etter tre måneder.

Resultat: 63% rapporterte redusert arbeidsevne ved baseline. Faktorer assosiert med redusert arbeidsevne var redusert daglig aktivitetsnivå, fysisk arbeid, psykiske plager, utbredte plager og høy smerteintensitet. Deltakere med redusert

arbeidsevne bedret gjennomsnittlig arbeidsevne med 1.7 på WAS (arbeidsevneskala 0-10), men 53% av dem oppnådde ingen bedring. Kjennetegn ved pasienter uten bedring i arbeidsevne var langvarige plager, utbredte plager og psykiske plager.

Konklusjon: Det synes å være vanskelig å bedre arbeidsevne hos pasienter med langvarige og sammensatte plager i fysioterapibehandling. Fysioterapeuter bør være spesielt oppmerksom på psykologiske faktorer som hemmende for bedring i arbeidsevne.

Nøkkelord: Fysioterapi, langvarige plager, sykefravær, FYSIOPRIM.



arbeidsevne (8). Samtidig har arbeidsdeltakelse vist å ha stor helsegevinst særlig for personer med psykisk sykdom (4).

Hensikt

Hovedhensikten med denne studien var å undersøke selvrapportert arbeidsevne hos pasienter med muskelskjelettplager i fysioterapibehandling uavhengig av diagnose og affisert kroppsområde. Vi ville undersøke hvilke faktorer ved baseline som var assosiert med lav arbeidsevne. Videre ville vi undersøke endring i arbeidsevne tre måneder etter første konsultasjon, og hvilke faktorer som var assosiert med manglende bedring i arbeidsevne hos pasienter med lav arbeidsevne ved baseline.

© Author(s) (or their employer(s)) 2023. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Published by Fysioterapeuten.

Metode

Studiedesign, deltakere og datainnsamling

Denne kohortestudien har hentet data fra en stor database

Kort sagt

- Redusert arbeidsevne må ses i sammenheng med risiko for å utvikle sammensatte og langvarige plager når pasienter prioriteres inn til behandling i primærhelsetjenesten.
- Spørsmålet om arbeidsevne bør implementeres i anamneseopptak for å sette søkelys på sammenheng mellom arbeid og helse tidlig i behandlingsprosessen.
- Fysioterapeuter bør rette spesielt oppmerksomhet mot eventuelle psykologiske risikofaktorer for redusert arbeidsevne.

etablert i tidligere prosjekt (FYSIOPRIM) (1). Deltakerne i prosjektet var pasienter over 18 år uten språklige eller kognitive utfordringer som ble spurt av sin fysioterapeut om deltakelse, og deretter ga informert samtykke. Pasientene ble rekruttert fra fysioterapipraksiser i ni ulike kommuner fra alle helseregioner i Norge. Alle data ble samlet inn elektronisk og deretter importert til Tjenester for Sensitive Data (TSD) ved Universitetet i Oslo. Inklusjonskriterier for våre analyser var deltakere rekruttert i 2015-2019 med hoveddiagnose relatert til muskelskjelettsystemet, inkludert anspenhet. Deltakere med postoperative diagnoser eller som ikke besvarte spørsmålet om arbeidsevne ved baseline, og deltakere som rapporterte at de var pensjonister eller uføretrygdet ble ekskludert. Det er brukt data fra baseline og etter tre måneder.

Utfallsvariabel

Selvrapportert arbeidsevne ble målt med Work ability score (WAS) ved baseline og 3 mnd. WAS er et enkeltspørsmål om nåværende arbeidsevne sammenliknet med arbeidsevne på det beste. Pasientene svarte på en numerisk skala fra 0 (uten evne til å arbeide) til 10 (arbeidsevne på sitt beste). WAS skår ≤ 7 er definert som redusert arbeidsevne og skår > 7 som god arbeidsevne (13). Enkeltspørsmålet har vist sterk sammenheng med den komplette arbeidsevneindeksen og er anbefalt og benyttet som en enkel og reliabel indikator for arbeidsevne (13). Målemetoden har vist seg godt egnet til bruk for sykemeldte med muskelskjelettsykdommer (14).

Øvrige variabler

De følgende sosiodemografiske og kliniske variablene er også selvrapporterte. Psykiske plager er målt med Hopkins Symptom Checklist-10 (HSCL-10) (15). Bevegelsesfrykt er målt med skalaspørsmålet: «Hvor engstelig er du for at dine plager forverres med fysisk aktivitet eller bevegelse, fra 0 (ikke engstelig) til 10 (veldig engstelig)?» (16). Smerteintensitet siste uke er målt med Numeric Rating Scale (NRS), fra 0 (ingen smerter) til 10 (verst tenkelige smerter). Varighet av plagene er registrert med spørsmålet «Hvor lenge har du hatt dine nåværende plager?» Daglig aktivitetsnivå er kartlagt med spørsmålet «Hvor redusert er ditt daglige aktivitetsnivå på grunn av smerter eller plager?». Pasientens plager er karakterisert som henholdsvis lokale og utbredte (inkludert anspenhet), basert på fysioterapeutens vurdering.

Kategoriske variabler med flere kategorier og enkelte kontinuerlige variabler, ble dikotomisert (Tabell 1). Bevegelsesfrykt ble delt ved 0 (ikke engstelig) og skår > 0 (en viss grad av engstelse). HSCL-10 ble dikotomisert ved skår 1.85 der gjennomsnittsskår ≥ 1.85 indikerer symptom på psykiske plager (17). Varighet av plagene ble delt ved tre måneder etter IASPs (2020) definisjon av langvarige smerter over tre måneder.

Statistiske analyser

Data ble analysert i statistikkprogrammet SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versjon 25 (IBM, New York, NY). Beskrivende statistikk er oppgitt som frekvenser, prosent, gjennomsnitt med standardavvik (SD) eller median med interkvartilrange (IQR). Mulig seleksjonsskjevhet for

bortfall av deltakere på 3 måneder ble undersøkt deskriptivt for sosiodemografiske variabler og variablene type arbeid, psykiske plager og smerteintensitet.

Logistisk regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke faktorer assosiert med redusert arbeidsevne (WAS ≤ 7) ved baseline og oppgis i odds ratio (OR) med 95% konfidensintervall (KI). Potensielle prediktorer for redusert arbeidsevne ble valgt med bakgrunn i funn fra tidligere forskning (8, 9).

Endring i arbeidsevne fra baseline til 3 måneder ble analysert med parede t-tester og angitt med gjennomsnittlig differanse og 95% konfidensintervall (KI). Videre undersøkte vi faktorer assosiert med manglende bedring i arbeidsevne med logistisk regresjonsanalyse for deltakere som ved baseline hadde redusert arbeidsevne (WAS ≤ 7). Responsvariabelen var endring i WAS fra baseline til tre måneder der en endring på +1 eller mindre representerte manglende bedring. Forutsetningene for logistisk regresjonsanalyser ble vurdert. De uavhengige variablene hadde ikke høy korrelasjon med hverandre (Toleranse verdi < 0.1). Variablene som var signifikant assosiert med utfallsvariabelen i univariate analyser ble inkludert i multivariable regresjonsanalyser, og variablene med høyest p-verdi ble fjernet inntil modellen inneholdt kun signifikante variabler. For å forhindre eliminering av avgjørende variabler på ett trinn i analyseprosessen, ble de fjernede variablene lagt inn på nytt i modellene én etter én, og beholdt i modellene dersom de var statistisk signifikante på 5 %-nivået.

Resultater

Data fra 1498 pasienter med muskelskjelettsykdommer ble inkludert. En overvekt av deltakerne var kvinner (69%), og gjennomsnittsalder var 43 år (Tabell 2). Ved baseline hadde 75% av alle deltakerne hatt langvarige plager over 3 måneder, og for halvparten av deltakerne var det daglige aktivitetsnivået ganske eller veldig redusert. En tredel av deltakerne hadde tegn til psykiske plager (HSCL-10 ≥ 1.85).

Totalt 950 deltakere (63%) rapporterte redusert arbeidsevne (WAS ≤ 7) ved baseline. Av alle 11 variablene inkludert i ujusterte analyser, var det kun plagenes varighet som ikke viste assosiasjon med selvrapportert arbeidsevne (Tabell 3). I justerte regresjonsanalyser var redusert daglig aktivitetsnivå, fysisk arbeid, psykiske plager, utbredte plager og smerteintensitet signifikant assosiert med redusert arbeidsevne.

Deltakerne som svarte på spørsmål om arbeidsevne både ved baseline og etter tre måneder ($n = 891$) hadde en gjennomsnittlig signifikant bedring i arbeidsevne (Tabell 4). Av disse hadde 538 redusert arbeidsevne ved baseline. Denne gruppa viste en større bedring i WAS, i gjennomsnitt (95%KI) 1.7 (1.5, 2.0). Samtidig hadde 53 % av denne gruppen ingen bedring i arbeidsevne. Den ujusterte logistiske regresjonsanalysen viste at langvarige plager, utbredte plager, psykiske plager, smerteintensitet og kvinnelig kjønn var assosiert med manglende bedring i arbeidsevne (Tabell 5). I den justerte analysen var langvarige plager, utbredte plager og psykiske plager signifikant assosiert med manglende bedring.

Diskusjon

Over 60% av deltakerne rapporterte redusert arbeidsevne

Tabell 1 Beskrivelse av dikotomisering av kategoriske variabler fra opprinnelige variabler.

Variabel	Dikotomiserte kategorier		Opprinnelige kategorier	
Sivil status	Singel	Samboer	Enslig, enke/enkemann, skilt	Gift, samboer
Utdanningsnivå	Videregående skole/lavere	Høyere utdanning	Grunnskole eller lavere, vg. skole	Inntil 4 år høyere utdanning, mer enn 4 år høyere utdanning
Type arbeid	Mest sittende	Fysisk aktivt	Mest sittende	Arbeid som krever at du går mye, arbeid hvor du går og løfter mye, tungt kroppsarbeid
Daglig aktivitetsnivå	Redusert	Ikke redusert	Svært redusert, ganske redusert	Litt redusert, ikke redusert

Tabell 2 Deskriptiv karakteristikk av deltakerne ved baseline; Alle (n=1492), de som rapporterte redusert arbeidsevne WAS≤7 (n=950) og de som rapporterte god arbeidsevne WAS>7 (n=548).

	Alle n=1492	Redusert arbeidsevne, WAS 0-7 n= 950 (63.4%)	God arbeidsevne, WAS 8-10 n=548 (36.6)
Alder, gjennomsnitt (SD)	43.2 (12.7)	42.5 (1.6)	44.4 (12.9)
Range (år)	18-74	18-70	18-74
Kvinner, n (%)	1037(69.4)	687 (7.5)	350 (64.0)
Singel, n (%)	390 (26.2)	265 (28.1)	125 (22.9)
Fødested Norge, n (%)	1353 (91.9)	860 (92.2)	493 (91.5)
Høyere utdanning, n (%)	979 (65.9)	556 (59.0)	423 (77.9)
Arbeidssituasjon, n (%)			
Student	98 (6.5)	65 (6.8)	33 (6.0)
Lønnet arbeid	1154 (77.0)	62,8 (66.1)	526 (96.0)
Sykemeldt	327 (21.8)	313 (32.9)	14 (2.6)
Arbeidsavklaring	151 (10.1)	150 (15.8)	1 (0.2)
Arbeidsledig	50 (3.3)	40 (4.2)	10 (1.8)
Foreldrepermisjon	5 (0.3)	4 (0.4)	1 (0.2)
Ulønnet arbeid	16 (1.1)	12 (1.3)	4 (0.7)
Fysisk aktivt arbeid, n (%)	507 (435)	348 (54.6)	159 (30.1)
Daglig aktivitetsnivå, n (%)			
Ikke redusert	734 (49.2)	299 (31.6)	435 (79.8)
Redusert	758 (50.8)	648 (68.4)	110 (20.2)
Plagens varighet ≥3 mnd., n (%)	1097 (75.0)	700 (75.7)	397 (73.9)
Type plage, n (%)			
Lokale plager	1274 (85.0)	762 (80.2)	512 (93.4)
Utbredte plager	224 (15.0)	188 (19.8)	36 (6.6)
Arbeidsevne (WAS), median (IQR)	6 (4)	5 (4)	9 (2)
min – max	0-10	0-7	8-10
Psykiske plager, median (IQR)	1.6 (0.8)	1.7 (0.8)	1.3 (0.5)
min - max	1.0-4	1.0-4	1.0-2.9
HSCL-10< 1.85, n (%)	924 (67.8)	484 (56.4)	440 (87.1)
HSCL-10≥ 1.85, n (%)	439 (32.2)	374 (43.6)	65 (11.9)
Smerteintensitet siste uke, gj.snitt (SD)	4.5 (2.2)	5.0 (2.1)	3.6 (2.0)
min - max	0-10	0-10	0-9
Bevegelsesfrykt, median (IQR)	3 (5)	3 (4)	2 (6)
min – max	0-10	0-10	0-10
Skår 0	340 (22.8)	193 (20.4)	147 (27.0)
Skår 1-10	1152 (77.2)	755 (79.6)	397 (73.0)

WAS: work ability score (0-10) fra 0 =ingen arbeidsevne til 10 = arbeidsevne på sitt beste. Psykiske helseplager: HSCL-10: 10 skår 1-4. Gjennomsnittsskår 1.85 eller høyere indikerer psykiske helseplager. Smerteintensitet: Numeric Rating Scale fra 0= ingen smerte til 10= verst tenkelig smerte. Bevegelsesfrykt: Hvor engstelig er du for at plagene dine forverres ved bevegelse eller fysisk aktivitet? Skår fra 0= ikke engstelig til 10= veldig engstelig.. IQR: Interkvartil range.

ved oppstart av fysioterapi. De viktigste faktorene assosiert med redusert arbeidsevne ved baseline var reduksjon i daglig aktivitetsnivå, fysisk arbeid, psykiske plager, utbredte plager og høy smerteintensitet. Deltakerne med redusert

arbeidsevne ved oppstart hadde gjennomsnittlig god bedring i arbeidsevne etter tre måneder, men over halvparten av dem rapporterte ingen bedring. De viktigste faktorene assosiert med manglende bedring i arbeidsevne var lang-

Tabell 3 Assosiasjon mellom aktuelle faktorer og redusert arbeidsevne målt med Work Ability Score. (WAS) ved baseline. Logistisk regresjon. Referansegruppe gitt verdi 1. N= 1033

	Ujusterte analyser			Justerte analyser		
	OR	(95% KI)	p	OR	(95% KI)	p
Kjønn						
Menn	1					
Kvinner	1.48	1.18, 1.86	0.001			
Alder (år)	0.99	0.98, 1.00	0.004			
Sivilstatus						
Sambo	1					
Singel	1.32	1.02, 1.68	0.028			
Utdanningsnivå						
Høyere utdanning	1					
Videregående eller lavere	2.44	1.92, 3.13	<0.001			
Type arbeid						
Mest sittende	1			1		
Fysisk aktivt	2.80	2.19, 3.56	<0.001	3.04	2.26, 4.09	<0.001
Daglig aktivitetsnivå						
Ikke redusert	1			1		
Redusert	8.57	6.67, 11.01	<0.001	4.58	3.35, 6.27	<0.001
Varighet av plagene						
Under 3 mnd.	1					
3 mnd. eller lengre	1.10	0.86, 1.40	0.46			
Type plage						
Lokale plager	1			1		
Utbredte plager	3.51	2.42, 5.10	<0.001	2.09	1.26, 3.46	0.001
Psykiske plager						
HSCI-10<1,85	1					
HSCI-10≥1,85	5.23	3.90, 7.01	<0.001	2.81	1.96, 4.03	<0.001
Smerteintensitet siste uke	1.36	1.29, 1.43	<0.001	1.16	1.08, 1.25	<0.001
Bevegelsesfrykt						
Skår 0	1					
Skår 1-10	1.45	1.13, 1.85	0.003			

WAS: work ability score (0-10) fra 0=ingen arbeidsevne til 10 = arbeidsevne på sitt beste. Psykiske helseplager: HSCL-10, skår 1-4, der gjennomsnittsskår 1.85 eller høyere indikerer psykiske plager. Smerteintensitet: Numeric Rating Scale fra 0= ingen smerte til 10= verst tenkelig smerte. Bevegelsesfrykt: Hvor engstelig er du for at plagene dine forverres ved bevegelse eller fysisk aktivitet? Skår fra 0= ikke engstelig til 10= veldig engstelig. OR: Odds Ratio. KI: Konfidensintervall

varige plager, utbredte plager og psykiske plager.

De fem faktorene som var assosiert med redusert arbeidsevne ved baseline, er knyttet til pasientens funksjon, plagenes omfang og intensitet, samt arbeidets fysiske krav. De samme faktorene er også identifisert i tidligere oversiktsstudier (8, 9). En av disse fant også bevegelsesfrykt som en prognostisk faktor for redusert arbeidsevne hos ryggpasienter (8).

Det kan være flere grunner til at bevegelsesfrykt ikke er assosiert med arbeidsevne i våre justerte analyser. Bevegelsesfrykt ble i vår studie målt med ett enkeltspørsmål og fanger derfor kanskje ikke opp kompleksiteten av fenomenet (18). Oversiktsartiklene inkluderer ikke studier av pasienter med utbredte plager mens vi har studert en blandet pasientgruppe. Vår studie får dermed frem andre faktorer som utbredte plager og psykiske plager sammenliknet med studier om pasienter med avgrensede diagnoser. Siden bevegelsesfrykt er vist å være assosiert med f.eks. psykiske plager og funksjon (19), er det mulig at bevegelsesfrykt fanges opp av de andre fem faktorene i våre analyser.

Faktorer som er assosiert med manglende bedring

For utvalget som helhet fant vi tilsvarende eller litt mindre gjennomsnittlig bedring i arbeidsevne etter tre måneder enn funn fra sammenliknbare studier (10, 11). Studien vår inkluderer en bredere muskelskjelettgruppe enn de to nevnte studiene som inkluderer pasienter med lokale nakke- og/eller ryggplager. Forsbrand (11) inkluderte kun pasienter med kortvarige plager som enten var i risiko for sykemelding eller var korttidssykemeldte. Våre deltakere har også høyere gjennomsnittsalder og det er flere kvinner sammenliknet med de to andre studiene. En eller flere av de nevnte faktorene kan bidra til å forklare forskjellene i bedret arbeidsevne.

Det er spesielt interessant å undersøke om pasienter som hadde redusert arbeidsevne ved baseline, oppnådde bedring i arbeidsevne etter fysioterapibehandling. Vi fant at disse pasientene bedret sin arbeidsevne med i gjennomsnitt 1.7 poeng (på skala 0-10) etter tre måneder. En tidligere studie har vist at en reduksjon på ett poeng i opplevd arbeidsevne på WAS er assosiert med 15 % økt risiko for langvarig sykefravær og 33 % økt risiko for arbeidsuførhet

Tabell 4 Selvrapportert arbeidsevne ved baseline og etter 3 mnd. oppfølging (n, gjennomsnitt og SD) for alle deltakere, deltakere som rapporterte redusert arbeidsevne (WAS \leq 7) og deltakere som rapporterte god arbeidsevne (WAS $>$ 7). Gjennomsnittlig endring i arbeidsevne for de tre gruppene er presentert med 95% konfidensintervall og p-verdi.

	n	Baseline gj.snitt (SD)	3 mnd. gj.snitt (SD)	Endring b baseline – 3 mnd. gj.snitt (95% KI)	P
Arbeidsevne alle deltakere a	891	6.0 (3.0)	7.0 (2.8)	1.0 (0.8 - 1.2)	< 0.001
Arbeidsevne redusert (WAS \leq 7) a	538	4.1 (2.3)	5.9 (2.9)	1.7 (1.5 - 2.0)	< 0.001
Arbeidsevne god (WAS $>$ 7) a	353	8.9 (0.9)	8.8 (1.6)	-0.2 (-0.3 - 0.0)	0.06

a Arbeidsevne målt med WAS (work ability score) skala 0-10, der 0 er ingen arbeidsevne, 10 er arbeidsevne på sitt beste

b Paret (tosidig) t-test er benyttet

Tabell 5 Faktorer assosiert med manglende bedring i selvrapportert arbeidsevne fra baseline til 3 mnd. for deltakere med redusert arbeidsevne ved baseline. Logistisk regresjon. Referansegruppe gitt verdi 1. N=478.

	Ujusterte analyser			Justerte analyser		
	OR	(95% KI)	P	OR	(95% KI)	P
Kjønn						
Menn	1					
Kvinner	1.58	1.07, 2.33	0.021			
Alder	1.01	0.99, 1.02	0.397			
Sivilstatus						
Sambo	1					
Singel	1.00	0.69, 1.46	0.992			
Utdanningsnivå						
Videregående/lavere	1					
Høyere utdanning	0.99	0.70, 1.40	0.946			
Type arbeid						
Mest sittende	1					
Fysisk aktivt	0.98	0.65, 1.48	0.912			
Daglig aktivitetsnivå						
Ikke redusert	1					
Redusert	0.87	0.60, 1.27	0.477			
Varighet av plagene						
Under 3 mnd.	1			1		
3 mnd. eller mer	3.84	2.48, 5.97	<0.001	3.15	1.92, 5.16	<0.001
Type plage						
Lokale plager	1			1		
Utbredte plager	2.45	1.59, 3.75	<0.001	1.64	1.02, 2.65	0.043
Psykiske plager						
HSCI-10<1,85	1			1		
HSCI-10 \geq 1,85	2.13	1.47, 3.08	<0.001	1.62	1.09, 2.42	0.018
Smerteintensitet siste uke	1.11	1.02, 1.21	0.016			
Bevegelsesfrykt						
Skår 0	1					
Skår 1-10	0.88	0.58, 1.34	0.549			

WAS: work ability score (0-10) fra 0 =ingen arbeidsevne til 10 = arbeidsevne på sitt beste. Psykiske helseplager: HSCL-10: 10 skår 1-4 der gjennomsnittsskår 1.85 eller høyere indikerer psykiske plager. Smerteintensitet: Numeric Rating Scale fra 0= ingen smerte til 10= verst tenkelig smerte. Bevegelsesfrykt: Hvor engstelig er du for at plagene dine forverres ved bevegelse eller fysisk aktivitet? Skår fra 0= ikke engstelig til 10= veldig engstelig.. OR: Odds Ratio. KI: Konfidensintervall

(20). Den gjennomsnittlige økningen på 1.7 poeng, anses derfor som klinisk betydningsfull. Det er likevel grunn til å trekke frem at over halvparten av pasientene med nedsett arbeidsevne ikke viste noen bedring etter tre måneder. Dette er et overraskende høyt tall som gjør det aktuelt å se

nærmere på denne gruppen pasienter. De viktigste faktorene assosiert med manglende bedring var langvarige plager samt utbredte plager og/eller psykiske plager ved oppstart. Dette samsvarer godt med tidligere studier som konkluderte med at antall smertepunkt er en sterk risikofaktor for

sykefravær (21) og at langvarige plager (22) og psykiske plager (8) predikerer fremtidig redusert arbeidsevne.

Faktorene som var assosiert med manglende bedring av arbeidsevne kjennetegner en kompleks pasientgruppe med sammensatte plager. Tidligere studier har vist at pasienter med disse kjennetegnene har dårlig prognose (23). Det kan tyde på at denne pasientgruppa krever mer omfattende arbeidsrettet rehabilitering eller lengre tid i behandling for å oppnå bedring i arbeidsevne. På den annen side har studier som har målt endring av arbeidsevne over en lengre periode vist at bedringen er størst de første tre månedene med fysioterapi for deretter å flate ut (10, 11). Fremtidige studier bør undersøke om en bredere tverrfaglig tilnærming ville hatt større suksess for økt arbeidsevne hos deltakerne uten bedring i vår studie.

Kliniske implikasjoner

Arbeidsevnespørsmålet (WAS) som vi har benyttet er et enkelt og godt egnet måleverktøy å implementere i klinikken (13, 14) som i tråd med retningslinjene for sykemeldte pasienter kan belyse hva som kan bidra til å opprettholde eller gjenopprette arbeidsdeltakelse (7).

Vi har identifisert noen faktorer som kan være viktige for å adressere arbeidsevne hos pasienten. Fire av de fem faktorene vi fant assosiert med redusert arbeidsevne ved baseline er knyttet til pasientenes funksjon og kroppslige plager. Vi kan anta at fysioterapeuter fanger opp disse faktorene i anamnese og undersøkelse og ser dem i sammenheng med redusert arbeidsevne. Psykiske plager og bevegelsesfrykt er mer komplekse fenomen som kan være vanskelig å oppdage. Det kan derfor være grunn til å anbefale fysioterapeuter å rette spesiell oppmerksomhet mot eventuelle psykiske risikofaktorer for redusert arbeidsevne.

Funnene våre tyder på at pasienter med avgrensede og «enkle» plager har god nytte av fysioterapi for å bedre arbeidsevne. Vi kan imidlertid ikke utelukke at bedring har skjedd uavhengig av fysioterapi. Pasienter med komplekse og langvarige plager bedret ikke arbeidsevne i vår studie. Driver og medarbeidere (24) fant at fysioterapeuter bør ha kompetanse også på psykisk helse og sammensatte helsetilstander for å møte dagens helseutfordringer. Vi har imidlertid ikke informasjon om hvilken behandling pasientene har fått og om arbeid og/eller psykisk helse har vært i fokus. Det er behov for mer kunnskap om hvordan pasienter som er i fare for å utvikle langvarige og sammensatte plager kan fanges opp tidligere. Dette reiser også noen spørsmål om hva som bør vektlegges når pasienter prioriteres til behandling. Resultatene kan tyde på at redusert arbeidsevne bør ses i sammenheng med blant annet utvikling og varighet av plagene.

Styrker og begrensninger ved studien

Et stort antall deltakere og bred geografisk spredning som favner alle spesialiteter innen fysioterapi er en styrke for at utvalget i studien har en tilfredsstillende representativitet for pasienter som oppsøker selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. Sammenlikning med HELFO-data indikerer det at utvalget for hele materialet gjenspeiler pasienter som behandles av fysioterapeuter i primærhelsetjenesten (1).

Siden arbeidsevne er selvrapportert, vet vi ikke på hvilken måte arbeidsevne er redusert eller hvor likt deltakerne

vurderer det. Samtidig er det slik pasientenes arbeidsevne vil fremstå for en fysioterapeut i samtale med pasienten. Selvrapportert arbeidsevne har også vist bedre evne til å kunne forutsi sykefravær sammenliknet med omfattende forsikringsmedisinsk vurdering (25).

Et frafall på 40% ved tre måneders måling av arbeidsevne kan være en svakhet ved denne studien. Sammenlikning mellom deltakerne som svarte på arbeidsevne ved første måling og deltakere som svarte ved tre måneder indikerer likevel at frafallet ikke ga betydelig skjevhet for endringsdataene.

Konklusjon

Blant muskelskjelettpasienter i arbeidsfør alder som oppsøker fysioterapi i primærhelsetjenesten oppgir nesten to tredeler redusert arbeidsevne. Faktorer assosiert med redusert arbeidsevne ved baseline og dermed risikofaktorer for sykefravær, er redusert daglig aktivitetsnivå, fysisk krevende arbeid, psykiske plager, utbredte plager og høy smerteintensitet. Deltakerne med redusert arbeidsevne ved oppstart hadde gjennomsnittlig god bedring i arbeidsevne etter tre måneder, men over halvparten av dem rapporterte ingen bedring. Det synes å være vanskelig å bedre arbeidsevne hos pasienter med langvarige og sammensatte plager i fysioterapibehandling. Fysioterapeuter bør være spesielt oppmerksom på psykologiske faktorer som hemmende for bedring i arbeidsevne.

Referanseliste

1. Evensen KAI, Robinson HS, Meisingset I, Woodhouse A, Thielemann M, Bjorbækmo WS, et al. Characteristics, course and outcome of patients receiving physiotherapy in primary health care in Norway: design of a longitudinal observational project. *BMC Health Services Research*. 2018;18(1):936. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3729-y>
2. Helsedirektoratet. Rehabilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten. In: Helsedirektoratet, editor. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/habilitering-rehabilitering-og-bruk-av-avtalefysioterapeuter-i-primærhelsetjenesten/>
3. NAV. Utviklingen i sykefravær per år. 2021. Notatet er skrevet av Lene Lehmann Moberg 30.8.22 2021. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravaersstatistikk-arsstatistikk>
4. Gathergood J. An instrumental variable approach to unemployment, psychological health and social norm effects. *Health economics*. 2013;22(6):643-54. <https://doi.org/10.1002/hec.2831>
5. Nordstoga AL, Vasseljen O, Meisingset I, Nilsen TI, Unsgaard-Tøndel M. Improvement in work ability, psychological distress and pain sites in relation to low back pain prognosis: a longitudinal observational study in primary care. *Spine*. 2019;44(7):E423-E9. <https://doi.org/10.1097/brs.0000000000002860>
6. Waddell G, Burton AK. *Is work good for your health and well-being?* London: Great Britain: Department for Work and Pensions. The Stationery Office; 2006.
7. Daley D, Payne LP, Galper J, Cheung A, Deal L, Despres M, et al. Clinical Guidance to Optimize Work Participation After Injury or Illness: The Role of Physical Therapists: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health From the Academy of Orthopaedic Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2021;51(8):CPG1-CPG102. <https://doi.org/10.2519/jospt.2021.0303>
8. Oosterhuis T, Smaardijk VR, Kuijer PPF, Langendam MW, Frings-Dresen MH, Hoing JL. Systematic review of prognostic factors for work participation in patients with sciatica. *Occupational and environmental medicine*. 2019;76(10):772-9. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105797>
9. Bruls VE, Bastiaenen CH, de Bie RA. Prognostic factors of complaints of arm, neck, and/or shoulder: a systematic review of prospective cohort studies. *Pain*. 2015;156(5):765-88. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000117>
10. Unsgaard-Tøndel M, Nordstoga AL. Are Work Demand, Support and Control Associated with Work Ability and Disability during Back Pain Treatment? A Prospective Explorative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(6):3154. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063154>
11. Forsbrand MH, Turkiewicz A, Petersson IF, Sennehed CP, Stigmar K. Long-term effects on function, health-related quality of life and work ability after structured physiotherapy including a workplace intervention. A secondary analysis of a randomised controlled trial (WorkUp) in primary care for patients with neck and/or back pain. *Scandinavian journal of primary health care*. 2020;38(1):92-100. <https://doi.org/10.1080/08037059.2020.1811111>

doi.org/10.1080/02813432.2020.1717081

12. Knaster P, Karlsson H, Estlander A-M, Kalso E. Psychiatric disorders as assessed with SCID in chronic pain patients: the anxiety disorders precede the onset of pain. *General hospital psychiatry*. 2012;34(1):46-52. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2011.09.004>

13. El Fassi M, Bocquet V, Majery N, Lair ML, Couffignal S, Mairiaux P. Work ability assessment in a worker population: comparison and determinants of Work Ability Index and Work Ability score. *BMC public health*. 2013;13(1):305. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-305>

14. Stienstra M, Edelaar M, Fritz B, Reneman M. Measurement properties of the work ability score in sick-listed workers with chronic musculoskeletal pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2022;32(1):103-13. <https://doi.org/10.1007/s10926-021-09982-7>

15. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral science*. 1974;19(1):1-15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>

16. Verwoerd AJ, Luijsterburg PA, Timman R, Koes BW, Verhagen AP. A single question was as predictive of outcome as the Tampa Scale for Kinesiophobia in people with sciatica: an observational study. *Journal of physiotherapy*. 2012;58(4):249-54. [https://doi.org/10.1016/s1836-9553\(12\)70126-1](https://doi.org/10.1016/s1836-9553(12)70126-1)

17. Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic journal of psychiatry*. 2003;57(2):113-8. <https://doi.org/10.1080/08039480310000932>

18. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000;85(3):317-32. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(99)00242-0)

19. Grotle M, Vøllestad NK, Veierød MB, Brox JI. Fear-avoidance beliefs and distress in relation to disability in acute and chronic low back pain. *Pain*. 2004;112(3):343-52. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.09.020>

20. Sell L. Predicting long-term sickness absence and early retirement pension from self-reported work ability. *International archives of occupational and environmental health*. 2009;82(9):1133-8. <https://doi.org/10.1007/s00420-009-0417-6>

21. Mose S, Christiansen DH, Jensen JC, Andersen JH. Widespread pain—do pain intensity and care-seeking influence sickness absence?—A population-based cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2016;17(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1056-1>

22. Vooijs M, Leensen MC, Hoving JL, Daams JG, Wind H, Frings-Dresen MH. Disease-generic factors of work participation of workers with a chronic disease: a systematic review. *International archives of occupational and environmental health*. 2015;88(8):1015-29. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1025-2>

23. Artus M, Campbell P, Mallen CD, Dunn KM, van der Windt DA. Generic prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. *BMJ open*. 2017;7(1):e012901. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012901>

24. Driver C, Lovell GP, Oprea F. Physiotherapists' views, perceived knowledge, and reported use of psychosocial strategies in practice. *Physiotherapy theory and practice*. 2019;37(1):135-48. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1587798>

25. Ståhl C, Karlsson N, Gerde B, Sandqvist J. Predictive validity of general work ability assessments in the context of sickness insurance. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2021;53(4). <https://doi.org/10.2340/16501977-2798>

Title: Work ability in patients with musculoskeletal disorders in primary care. A cohort study

Abstract

Purpose: To investigate self-reported work ability in patients with musculoskeletal disorders in physiotherapy treatment. What characterizes patients with reduced work ability, whether work ability changes during treatment and characteristics of patients reporting no improvement.

Design: Cohort study

Material: 1498 patients with musculoskeletal disorders of working age who attend physiotherapy in primary healthcare.

Method: Questionnaires at baseline and after three months.

Results: 63% reported reduced work ability at baseline. Factors associated with reduced work ability were reduced daily activity level, physical work, psychological complaints, widespread pain, and high pain intensity. Participants with reduced work ability improved their average work ability by 1.7 on the WAS (work ability scale 0-10), however 53% did not achieve improvement. Characteristics of patients without improvement in work ability were long-term complaints, widespread pain, and psychological complaints.

Conclusion: It seems difficult to improve work ability for patients with long-term and complex disorders in physiotherapy treatment. Physiotherapists should pay particular attention to psychological factors that inhibit improvement in work ability.

Keywords: Work ability, physiotherapy, sick leave, musculoskeletal disorders.

Dictus Hip

For de med redusert styrke i benmuskulaturen!



DICTUS
The Dictus Band

Dictus Hip gir kraft til benet i svingfasen, og dermed en bedre gangfunksjon.

Dictus Hip gir direkte respons vedrørende resultatet.

For mer informasjon:



erimed

www.erimed.se
order@erimed.se, +46 (0)8 449 56 50

