



Arbetshälsoinstitutet

Värk och nedstämdhet

– samförekomst av muskuloskeletal smärta
och depressivitet i Finland

Helena Miranda, Leena Kaila-Kangas, Kirsi Ahola



Arbetshälsoinstitutet
Topeliusgatan 41 a A
00250 Helsingfors
tfn 030 4741 (växel)
www.ttl.fi

Layout Arja Tarvainen
Översättning Marianne Sjöholm och Bernt Sjöholm

© Författarna och Arbetshälsoinstitutet, Helsingfors 2011
All kopiering av detta verk, helt eller delvis, utan uttryckligt tillstånd är förbjuden enligt lagen om upphovsrätt (404/1961 jämte senare ändringar).

ISBN 978-952-261-181-9 (pdf)

Arbetet med rapporten har genomförts med stöd från social- och hälsovårdsministeriet.

Sammandrag

Rapporten omfattar en granskning av samförekomsten av muskuloskeletal smärta och depressivitet i samtliga åldersgrupper över 30 år samt en närmare analys av samförekomsten inom den yrkesverksamma befolkningen i åldern 30–64 år. Med muskuloskeletal smärta avses i denna undersökning förekomst av rygg-, nack-, axel-, armbågs-, handleds-, finger-, höft-, knä-, vrist- eller fotrelaterad smärta, värk eller rörelsesmärta under den senaste månaden. Med depressivitet avses i denna undersökning förekomst av aktuella depressionssymtom.

Förekomst av både muskuloskeletal smärta och depressivitet rapporterades av 23 % av hela befolkningen och 15 % av den yrkesverksamma befolkningen. En tredjedel av vuxenbefolkningen led av både smärta och depressivitet. Samförekomsten av smärta och depressivitet ökade kraftigt med stigande ålder och ökat antal smärtområden. Prevalensen av samförekomst var lägst bland heltidsarbetande och högst bland pensionerade och arbetslösa.

I den yrkesverksamma befolkningen var muskuloskeletal smärta klart vanligare bland dem som samtidigt också led av depressivitet. Förekomsten av smärta ökade med graden av depressivitet. Inga tydliga förändringar i prevalensen av samförekomsten av muskuloskeletal smärta och depressivitet observerades under åren 1997–2009.

Yrkesverksamma personer som led av muskuloskeletal smärta och depressivitet hade i genomsnitt lägre självskattad arbetsförmåga och gjorde fler läkarbesök än andra yrkesverksamma. I denna grupp var det också en större andel som blev sjukpensionerade. Förekomst av smärta och depressivitet rapporterades oftare av kvinnor, men arbetsförmåga på grund av samförekomst av smärta och depressivitet var vanligare bland män än bland kvinnor.

Innehåll

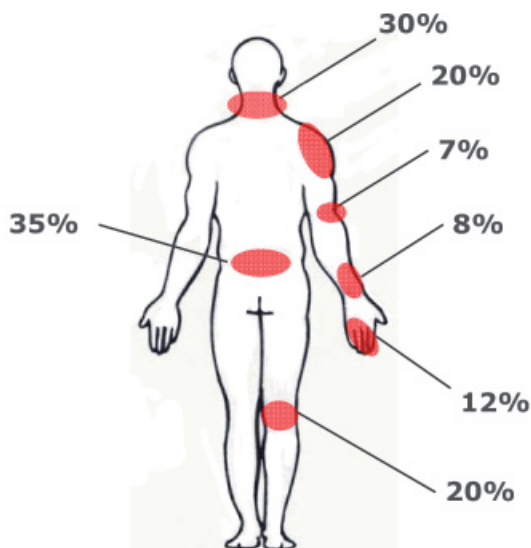
Sammandrag	3
Innehåll	4
Inledning	5
Mätning av muskuloskeletal smärta i denna undersökning	9
Vad avses med depressivitet?	9
Mätning av depressivitet i denna undersökning	10
Resultat	11
Samförekomst av muskuloskeletal smärta och depressivitet bland finländare i åldrarna 30–99 år	11
Samförekomst av muskuloskeletal smärta och depressivitet bland yrkesverksamma finländare i åldern 30–64 år	14
Har prevalensen av samförekomst förändrats över tid?	17
Sambandet mellan upplevd arbetsförmåga och förekomst av muskuloskeletal smärta och depressivitet	17
Yrkesverksamma personers vårdsökande för muskuloskeletal smärta och depressivitet	19
Arbetsoförmåga på grund av muskuloskeletal smärta och depressivitet	19
Slutledningar	22
Slutord	26
Referenser	27
Bilaga 1. Forskningsunderlag	29

Inledning

Muskuloskeletala besvär (besvär från rörelseapparaten) och mentala störningar (psykiska sjukdomar och syndrom) är de två största folkhälsoproblemen hos finländare i yrkesverksam ålder. Två tredjedelar av alla nya sjukpensioneringar och hälften av alla långa sjukskrivningsperioder som ersattes av Folkpensionsanstalten (FPA) 2009 orsakades av dessa sjukdomar (Folkpensionsanstalten, Statistisk årsbok 2009). Mentala störningar ensamt orsakar varje år över 4 miljoner sjukfrånvarodagar. Muskuloskeletal smärta är en av de vanligaste orsakerna till att söka vård. Av det årliga antalet hälsocentralsbesök är hälften (cirka 4 miljoner besök) smärtrelaterade (Mäntyselkä 1998).

Den vanligaste typen av muskuloskeletala besvär är ryggsmärta, som nästan alla drabbas av åtminstone någon gång i livet. Var tredje finländare har under den senaste månaden haft ryggont (Miranda 2006; Kaila-Kangas 2007), 30 % har haft nackont och 20 % har haft ont i axlar eller knän (Kaila-Kangas 2007) (figur 1). Orsaken är relativt sällan en specifik muskuloskeletal sjukdom. Vid ryggsmärta kan smärtan förklaras genom påvisande av en vävnadsskada i mindre än 10 procent av fallen; i nio fall av tio rör det sig om en smärta som inte kan specificeras närmare, en så kallad ospecifik smärta. Även vid axelbesvär är ospecifika smärtsymtom flerfald vanligare än symtom orsakade av klinisk sjukdom (Miranda 2005).

Varken incidensen av muskuloskeletala sjukdomar eller förekomsten av muskuloskeletal smärta har ökat i Finland under de senaste årtiondena (Helakorpi m.fl. 2010), men förekomsten av arbetsförmåga på grund av muskuloskeletala besvär har ökat stadigt sedan 1990-talet, utom under de allra senaste åren (från och med år 2008) (Folkpensionsanstalten, Statistisk årsbok 1965–). Incidensen av depression har enligt finländska befolkningsstudier inte förändrats, men förekomsten av depressionsorsakad



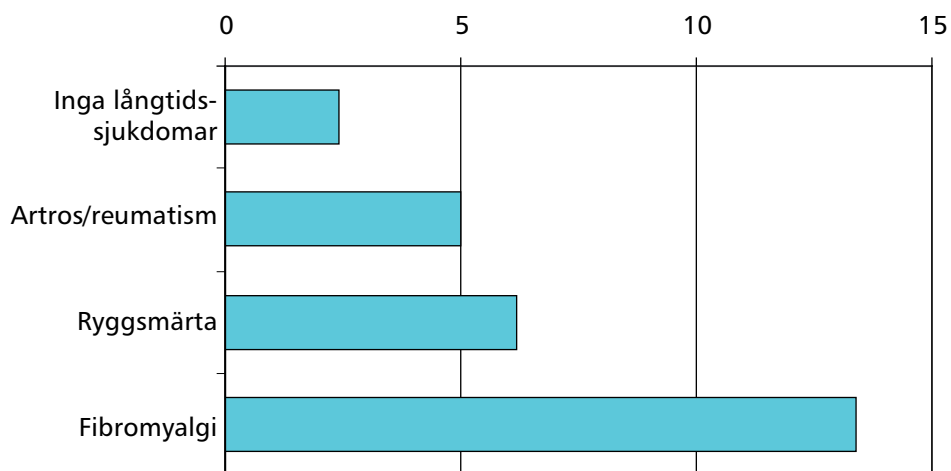
Figur 1. Förekomst av muskuloskeletal smärta

arbetsförmåga har liksom förekomsten av muskuloskeletala besvär ökat klart under åren fram till mitten av 00-talet (Folkpensionsanstalten, Statistisk årsbok 1965–). År 2006 var antalet nya, depressionsorsakade sjukpensioneringar 1,5 gånger större än motsvarande antal i mitten av 1990-talet (Gould m.fl. 2007). Var femte yrkesverksam finländare lider av depressivitet, och cirka 6 procent har en diagnostiserad depression (depressionstillstånd) (Aromaa & Koskinen 2002; Ahola m.fl. 2006).

Muskuloskeletal smärta och depression förekommer ofta samtidigt. Vid studier av kliniska patientmaterial har man funnit att två tredjedelar av de patienter som sökt vård för depression också lider av smärta. Diagnosen klinisk depression kan ställas på mer än hälften av alla smärtpatienter och upp till 80 % av alla patienter med kronisk smärta som remitterats till smärtklinik (Bair m.fl. 2003; Linton & Bergbom 2011).

Nya epidemiologiska och experimentella rön bekräftar den samförkomst av smärta och depression som man kunnat konstatera vid studiet av kliniska patientmaterial. Den hittills mest omfattande befolkningsstudien har publicerats av WHO. Denna studie gäller situationen för vuxenbefolkningen i 17 länder och baserar sig på intervjuer med 85 000 slumpmässigt utvalda personer. Enligt studien är risken för samtidig förekomst av depression och smärta dubbelt så hög för individer med långvarig nack- eller ryggsmärta jämfört med individer som inte lider av smärta (Demyttenaere m.fl. 2006). Depressionsrisken är ännu högre, nästan 4-faldig, om smärtan är utbredd (Gureje m.fl. 2008). Finland hörde inte till de länder som medverkade i denna undersökning.

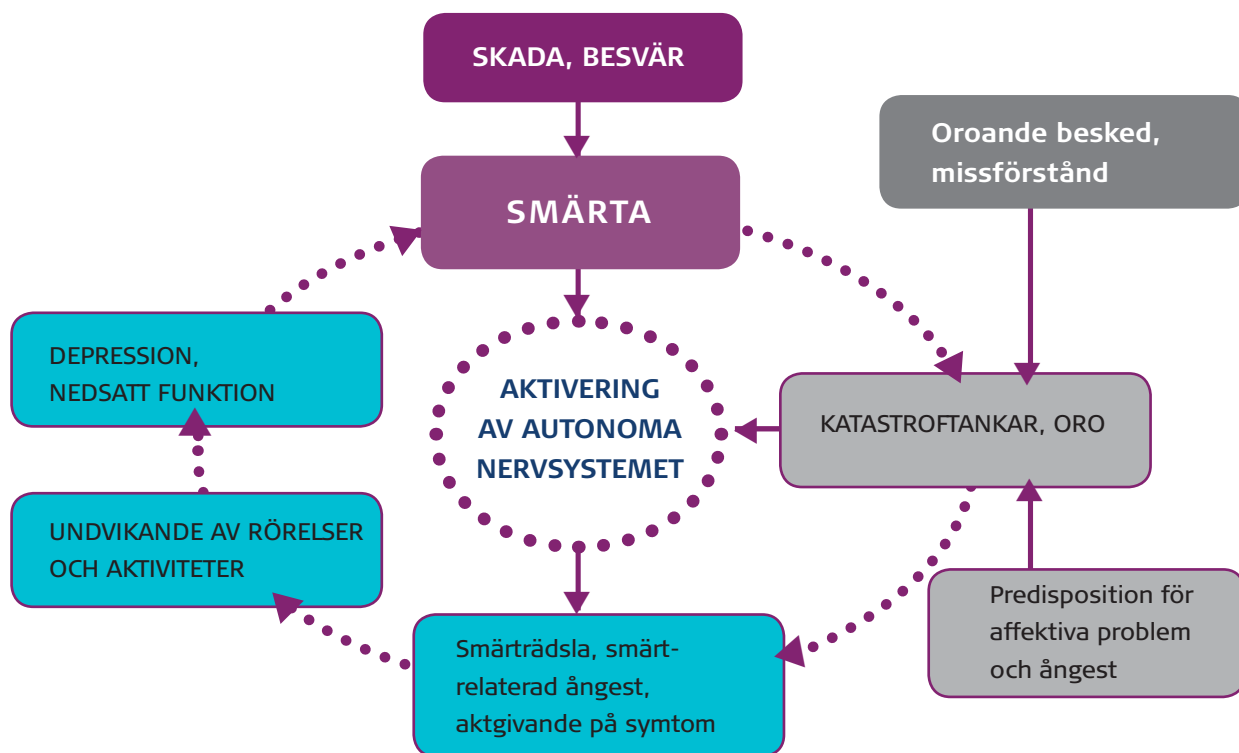
I en annan omfattande befolkningsstudie, baserad på intervjuer med 37 000 kanadensare, fann man att depression var 2–6 gånger vanligare hos personer med artros, ryggsmärta eller fibromyalgi (figur 2) (Patten m.fl. 2006).



Figur 2. Förekomst av depression (%) enligt en kanadensisk studie (Patten m.fl. 2006).

Det tidsmässiga sambandet mellan smärta och depression varierar. Hos en del individer kan långvarig smärta leda till depressivitet. Depression i samband med smärta kan också leda till att smärtprocessen blir mer utdragen. Flera uppföljningsstudier visar att en föregående depression kan predicera för uppkomst av smärtbesvär. Dessutom kan smärta och depression förekomma samtidigt utan att det finns något orsakssamband mellan de bägge tillstånden, eller så kan de ha en gemensam bakomliggande eller förstärkande faktor (Linton & Bergbom 2011). Denna typ av faktorer är ännu dåligt kända, men man vet att olika kognitiva faktorer spelar en central roll för smärtupplevelsen – t.ex. katastroftankar, irrationella föreställningar och dysfunktionella attityder samt oförmåga att hantera negativa känslor.

Samtidig smärta och depression förefaller vara speciellt vanligt vid ospecifik smärta utan påvisbar patofysiologisk vävnadsskada som skulle förklara symtomen (Patten m.fl. 2006; Aguera m.fl. 2010). En föreslagen förklaring är att förekomst av ospecifika smärtsymtom förstärker den drabbades oro över sina symtom och känslan av att inte kunna hantera sin smärta och bli tagen på allvar av läkare. En modell över sambandet mellan smärta och depression, med förmedlande och förstärkande faktorer, presenteras i figur 3 (Vlaeyen 1995; Valjakka 2010).



Figur 3. Modell över den onda cirkeln av smärta och depressivitet

Experimentella studier och nya hjärnabbildningsmetoder visar att smärta och depression har gemensamma biologiska mekanismer som hänför sig till specifika hjärnfunktioner och hjärnstrukturer och till olika signalsubstanser som t.ex. serotonin och noradrenalin. Hos deprimerade personer har man funnit funktionella störningar i hjärnans system för reglering av smärta och smärtrelaterade känslor. Dessa störningar kan öka intensiteten i den upplevda smärtan och förstärka den obehagliga känsloupplevelse som framkallas av smärtan (Berna m.fl. 2010).

För att kunna stötta de yrkesverksammas arbetsförmåga och arbetshälsa och främja deras möjligheter att fortsätta i arbetet är det ytterst angeläget att identifiera samförekomst av muskuloskeletal smärta och depressivitet. När smärta och depressivitet förekommer samtidigt verkar de förstärka varandras negativa effekter på såväl livskvaliteten som funktions- och arbetsförmågan. Sjukfrånvarotiderna för deprimerade smärtpatienter är i genomsnitt två gånger längre än för patienter med enbart smärta (Linton & Bergbom 2011). En holländsk studie har visat att samtidig förekomst av långvarig ryggsmärta och depressivitet ökade antalet sjukfrånvarodagar med 40 dagar per år jämfört med antalet sjukfrånvarodagar på grund av enbart ryggsmärta (Buist-Bouwman m.fl. 2005).

I Finland har man tillgång till relativt tillförlitlig kunskap på befolkningsnivå om riskfaktorer för och förekomst av muskuloskeletal symptom och sjukdomar. Även epidemiologin för mentala störningar (särskilt depression) är relativt väl utredd. Däremot vet man ganska lite om prevalensen av samförekomst och eventuella ålders- eller könsrelaterade skillnader i denna prevalens, eller hur samförekomst av smärta och depression påverkar finländarnas arbetsförmåga.

Syftet med denna rapport är att erbjuda en överskådlig framställning av samförekomsten av muskuloskeletal smärta och depressivitet i Finland. Vi granskar först samförekomstens prevalens inom hela den 30 år fyllda befolkningen efter könstillhörighet, ålder och huvudsaklig verksamhet (yrkesverksam, arbetslös, studerande etc.). Därefter fokuserar vi framför allt på den yrkesverksamma befolkningen. Vi börjar med att beskriva hur förekomsten av smärta och depressivitet har utvecklats under loppet av trettonårsperioden 1997–2009 och hur de tillsammans och var för sig påverkar den upplevda arbetsförmågan, antalet läkarbesök samt sjukskrivnings- och förtidspensioneringstalen.

Resultaten i denna rapport baserar sig på uppgifter om mer än 17 000 finländare. Uppgifterna har hämtats ur två representativa befolkningsmaterial: Hälsa 2000-undersökningen (inkl. uppgifter erhållna genom samkörning med bl.a. Folkpensionsanstaltens och Pensionskyddscentralens register) samt intervjuundersökningen Arbeta och Hälsa, som genomförs av Arbetshälsoinstitutet vart tredje år (Perkiö-Mäkelä m.fl. 2009).

Mätning av muskuloskeletal smärta i denna undersökning

I Hälsa 2000-undersökningen (se bilaga 1) ingick en intervju där undersökningspersonerna bl.a. fick ange om de under de senaste 30 dagarna hade haft smärta, värk eller rörelsesmärta från rygg, nacke, skuldror, axlar, armbågar, handleder, fingrar, höfter, knän, vristar eller fötter. Personer som rapporterade symtom från minst ett av dessa områden ansågs ha aktuell muskuloskeletal smärta. Summan av antalet smärtområden anger smärtans utbreddhet. Med utbredd smärta avses smärta i flera kroppsdelar samtidigt (t.ex. ländryggs- och nacksmärta i kombination med smärta i armen eller benet).

I intervjuundersökningen Arbete och Hälsa ingick en fråga om långvariga eller återkommande smärtsymtom från handleder eller fingrar, nack-skulderregionen, axlar eller armar, länd-korsryggen, höfter eller ben/fötter under den senaste månaden.

Vad avses med depressivitet?

Depressivitet är en naturlig reaktion på besvikelser eller förluster när den uppträder i form av en övergående sänkning av stämningsläget. Om depressiviteten är långvarig, kan den vara symtom på en sjukdom – ett depressionstillstånd – som innebär en betydande nedsättning av funktions- och arbetsförmågan samt livskvaliteten. Kärnsymtomen vid depression är ändrad grundstämning (där sänkt stämningsläge dominerar), nedsatt intresse eller minskad glädje och exceptionell trötthet. Andra symtom är koncentrationssvårigheter, sömnstörningar, förändrad aptit och vikt, sänkt självförtroende eller självkänsla, självanklagelser eller självdestruktiva tankar eller handlingar (Tuisku & Rossi 2010).

Mätning av depressivitet i denna undersökning

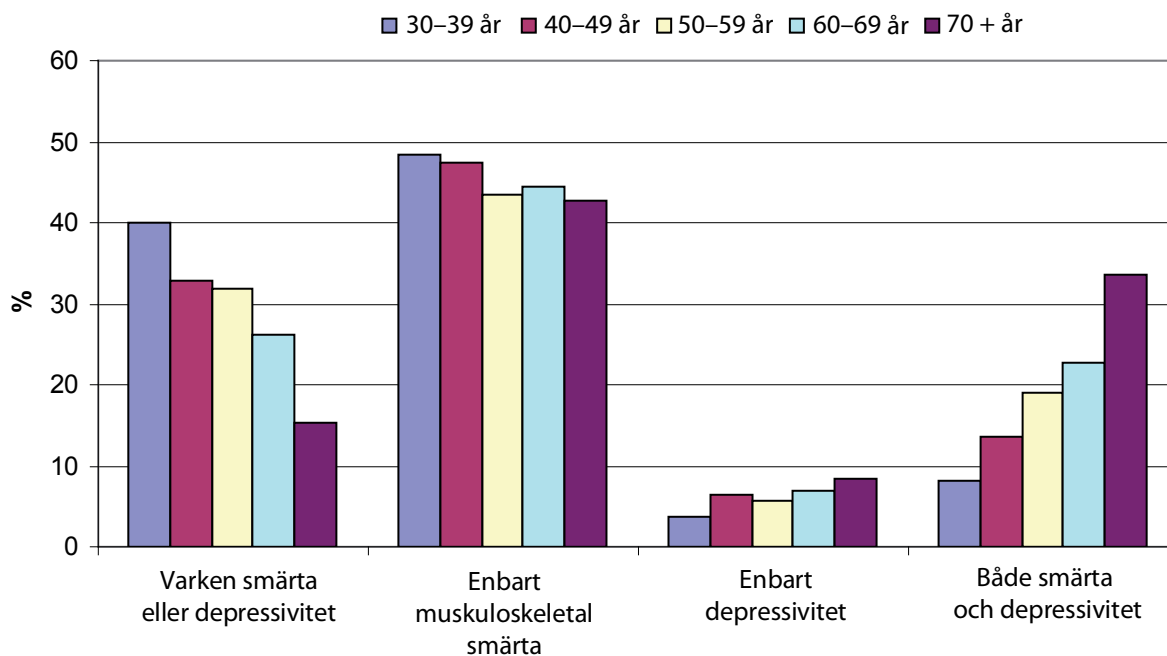
För att få ett så samtidigt mått på smärta och depressivitet som möjligt använde man sig i denna rapport av samma mått på depressivitet som i Hälsa 2000-undersökningen, dvs. den av Raitasalo modifierade versionen (Raitasalo 1977) av Becks depressionsinventarium (Beck m.fl. 1961), ett mätinstrument med tjugoen 5-gradiga delskalor för skattning av aktuella depressionssymtom. Undersökningspersonerna indelas på basis av sina totalpoäng i tre klasser: ingen depressivitet (0–9 poäng), lindrig depressivitet (10–18 poäng), medelsvår/svår depressivitet (över 18 poäng). Vid analyserna sammanfördes klasserna "lindrig och "måttlig/svår" till en enda klass, "depressivitet". I intervjuundersökningen Arbeta och Hälsa frågade man, om intervjupersonen under den senaste månaden hade lidit av långvarig eller återkommande depressivitet eller nedstämdhet.

Resultat:

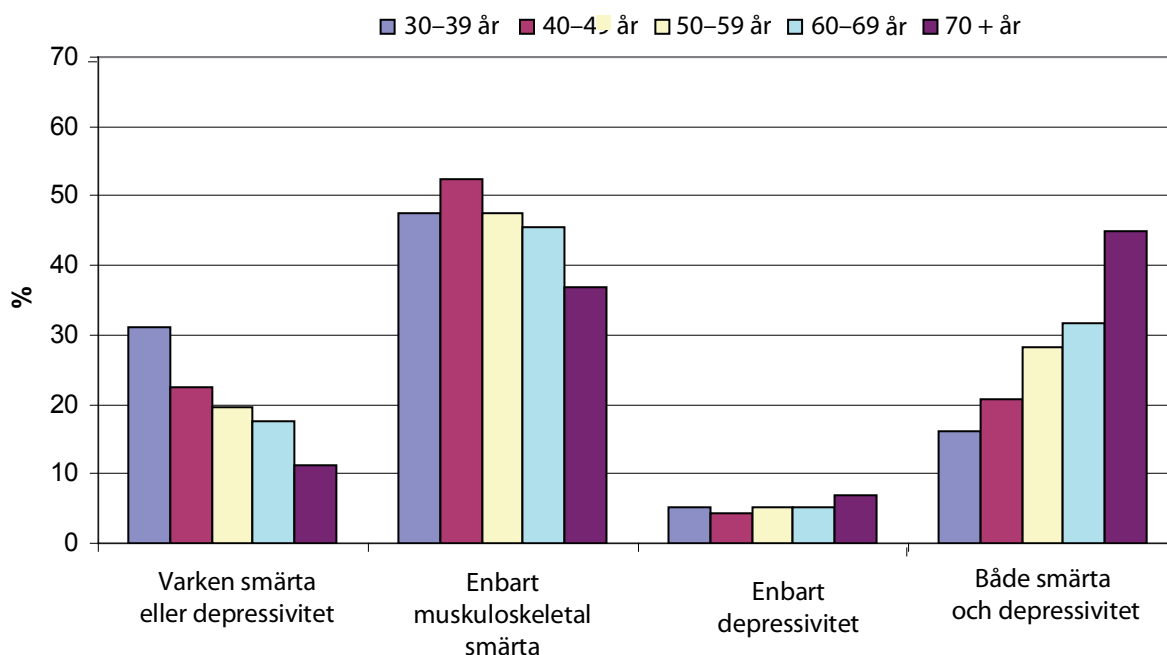
Samförekomst av muskuloskeletal smärta och depressivitet bland finländare i åldrarna 30–99 år

Sammanlagt 23 % av alla åldersgrupper över 30 år led av samtidig förekomst av smärta och depressivitet. De köns- och åldersrelaterade skillnaderna var stora. Förekomsten av samtidig smärta och depressivitet var större bland kvinnor än bland män (27 % mot 17 %). Bland både män och kvinnor ökade samförekomsten av smärta och depressivitet stadigt med stigande ålder. I åldersgruppen över 70 år uppgav en tredjedel av männen och närmare hälften av kvinnorna att de led av både smärta och depressivitet (figur 4a och 4b).

Det fanns ett klart samband mellan individens huvudsakliga sysselsättning och samförekomst av smärta och depressivitet (figur 5). Samförekomsten var lägst bland heltids-sysselsatta (14 %) och högre än genomsnittet bland arbetslösa (29 %).

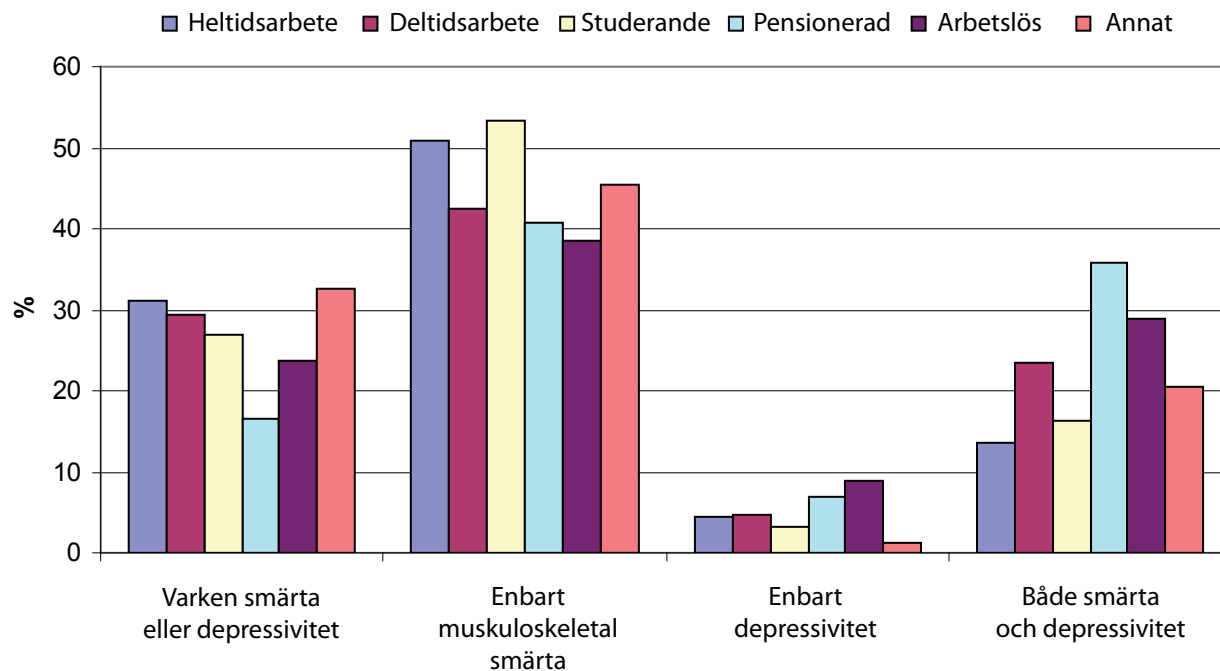


Figur 4a. Men (n=2 774)



Figur 4b. Kvinnor (n=3 370)

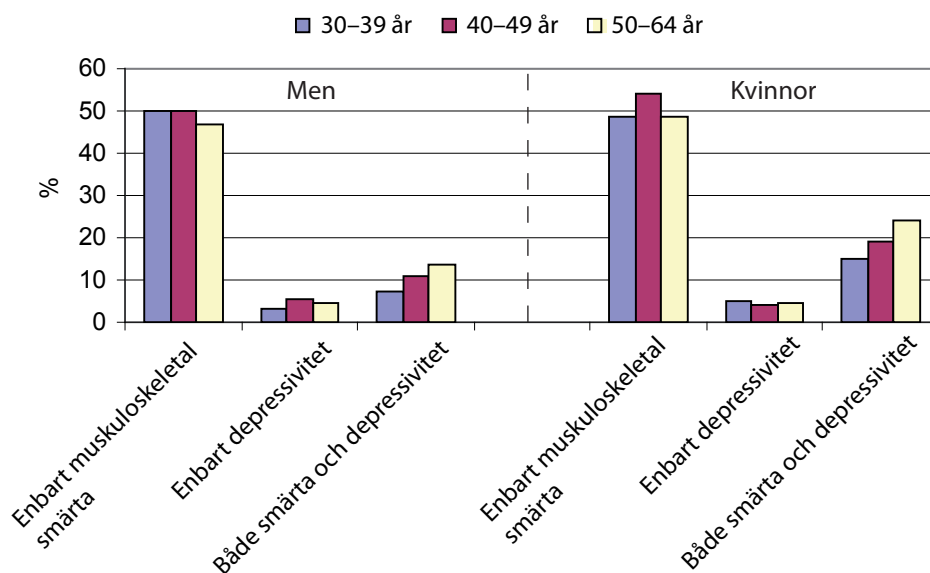
Figur 4a och b. Förekomst (%) av aktuella symtom på muskuloskeletal smärta och depressivitet efter åldersgrupp (Hälsa 2000-undersökningen).



Figur 5. Förekomst (%) av aktuella symtom på muskuloskeletal smärta och depressivitet efter huvudsaklig verksamhet (Hälsa 2000-undersökningen, n=6 236).

Samförekomst av muskuloskeletal smärta och depressivitet bland yrkesverksamma finländare i åldern 30–64 år

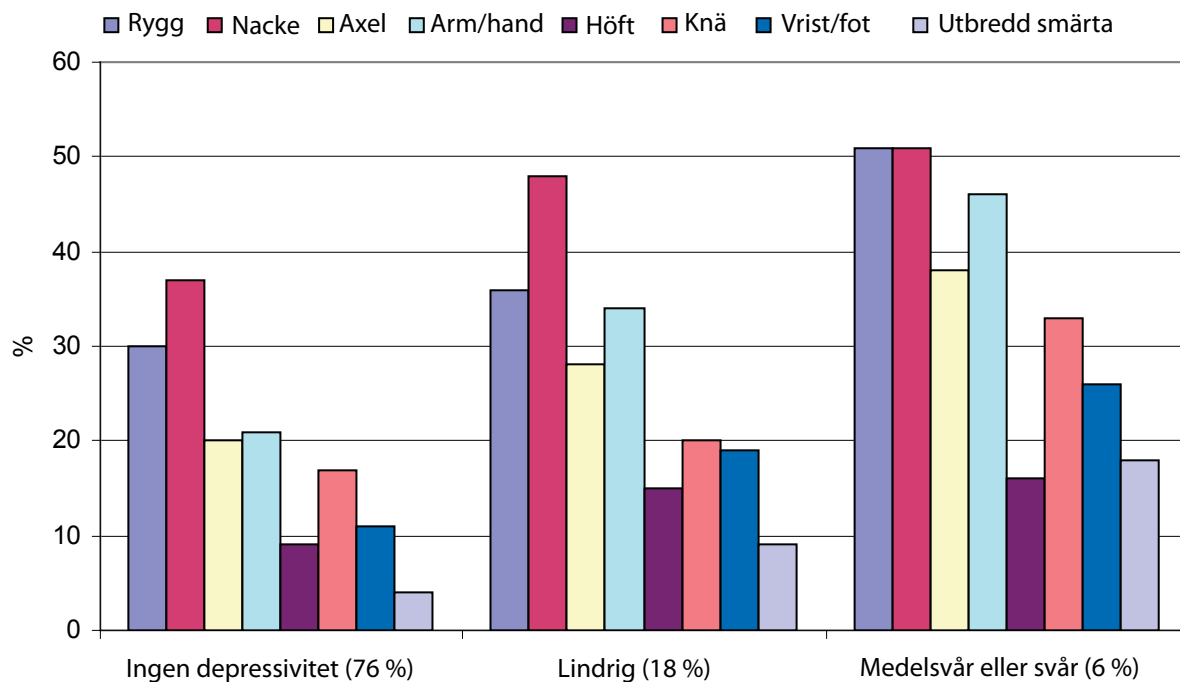
I den yrkesverksamma finländska befolkningen hade 10 % av männen och 19 % av kvinnorna upplevt samtidig muskuloskeletal smärta och depressivitet under den senaste månaden. Förekomsten av enbart smärtsymtom eller enbart depressivitet ökade inte med åldern i samma utsträckning som samförekomsten av dessa besvär, som för männens del ökade markant – i vissa fall rentav fördubblades (Figur 6).



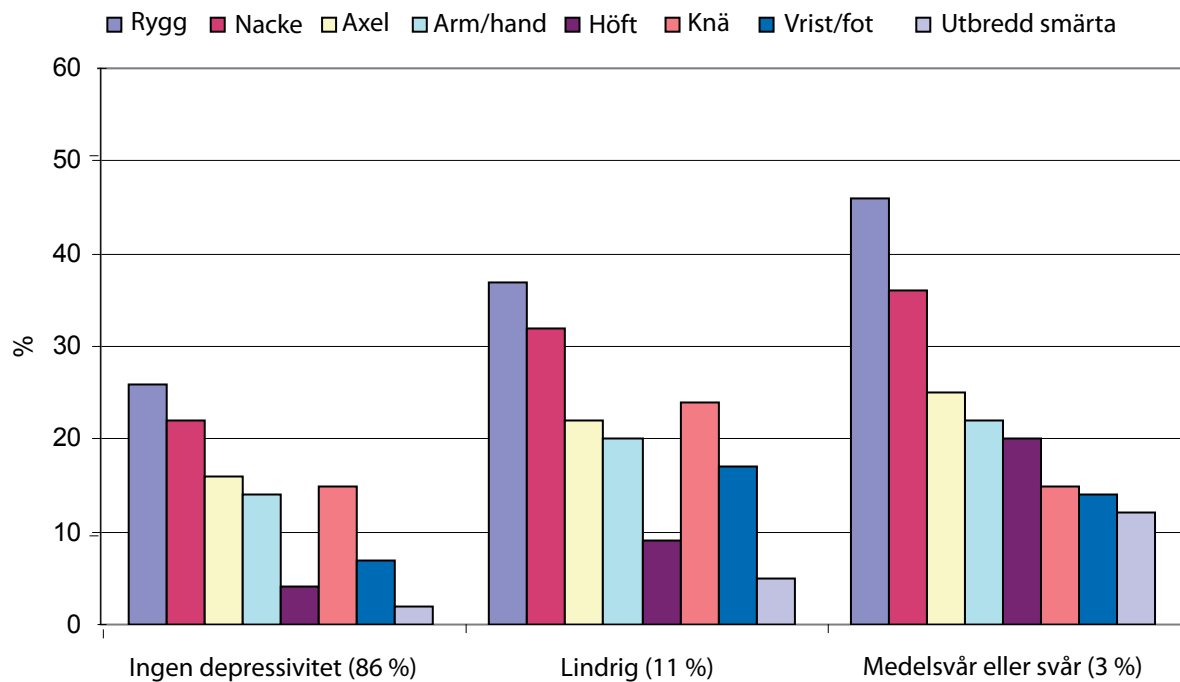
Figur 6. Förekomst (%) av aktuella symtom på muskuloskeletal smärta och depressivitet bland yrkesverksamma personer, efter kön och ålder (Hälsa 2000-undersökningen, n=3 775).

Muskuloskeletal smärta är mycket vanligt inom den yrkesverksamma finländska befolkningen: i genomsnitt två tredjedelar hade upplevt muskuloskeletal smärta under den senaste månaden. Förekomsten av smärta ökade ytterligare med graden av depressivitet: av icke-depressiva kvinnor rapporterade 67 % att de hade lidit av muskuloskeletal smärta under den senaste tiden, jämfört med 81 % för depressiva kvinnor. Motsvarande andelar för män var 57 % och 71 %.

Ryggsmärta var den vanligaste formen av muskuloskeletal smärta bland män. Även denna förekomst ökade kraftigt med graden av depressivitet. Av icke-depressiva män hade en fjärdedel haft ryggsmärta, av lindrigt depressiva en tredjedel och av medelsvårt eller svårt depressiva närmare hälften. Bland kvinnor var nacksmärta den vanligaste formen av muskuloskeletal smärta, men det starkaste sambandet mellan smärta och grad av depressivitet noterades för vrist- och fotsmärta och axel- eller arm/handsmärta (figur 7a och 7b).



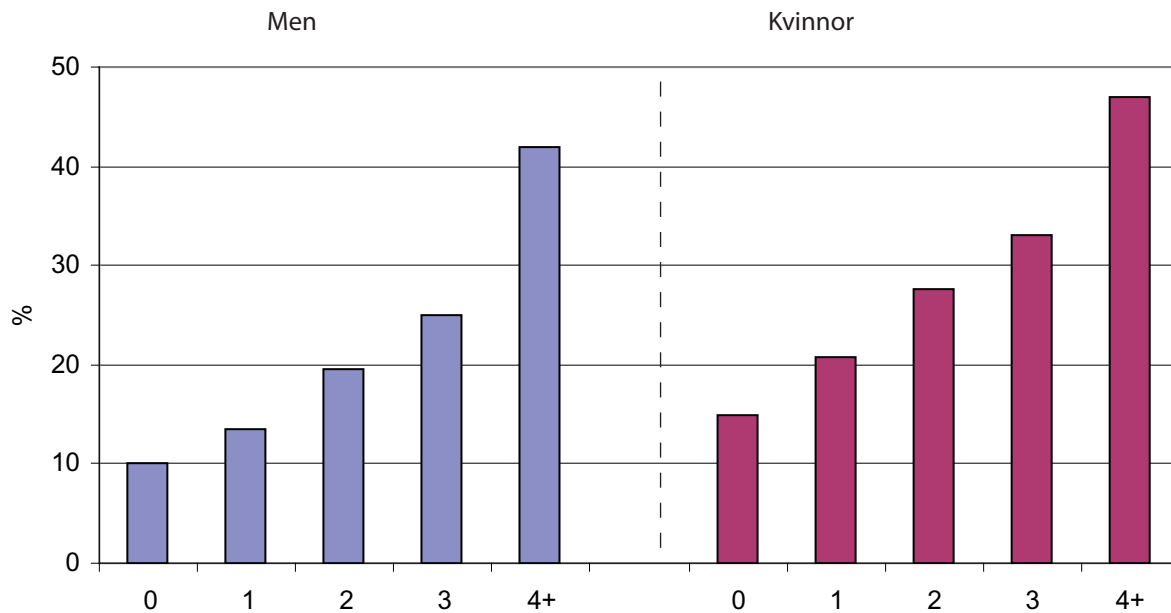
Figur 7a. Men (n=1 840)



Figur 7b. Kvinnor (n=1 940)

Figur 7a och 7b. Förekomst (%) av aktuella symtom på muskuloskeletal smärta hos yrkesverksamma personer, efter grad av depressivitet (Hälsa 2000-undersökningen)

Bland både män och kvinnor konstaterades ett starkt samband mellan antalet smärtområden och depressivitet (figur 8). Ju fler smärtområden en individ hade haft under den senaste månaden, desto större var sannolikheten för samtidig depressivitet.

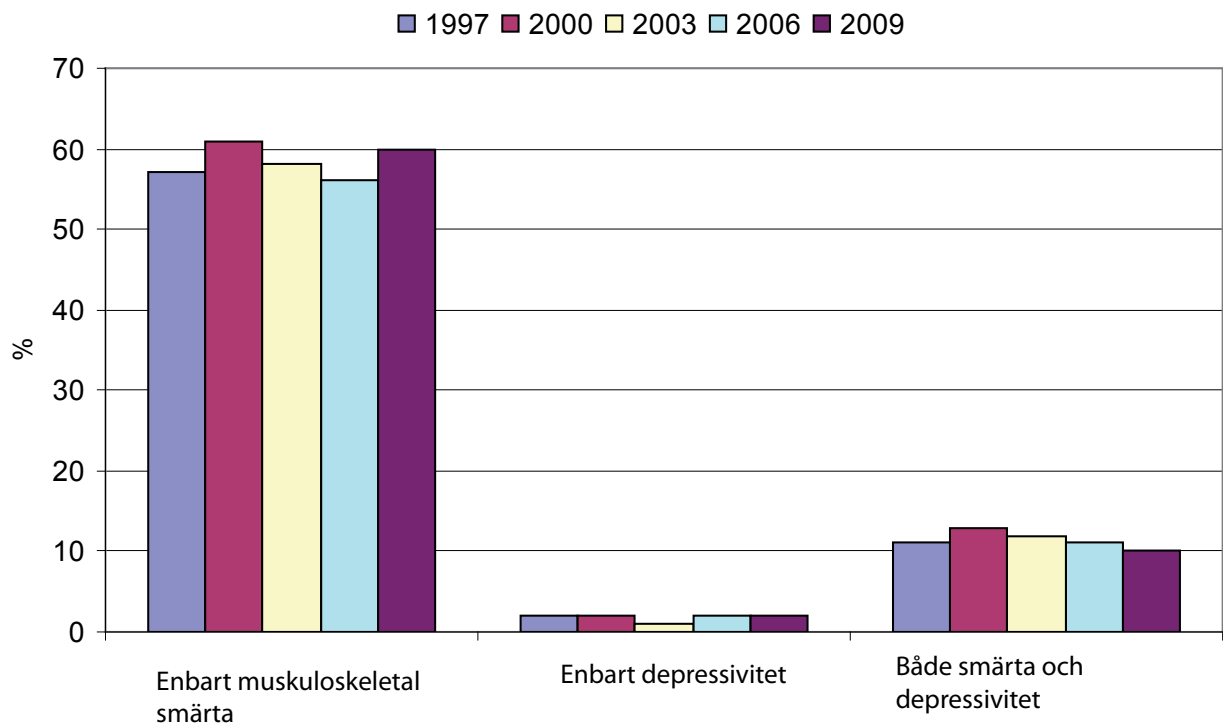


Figur 8. Förekomst av depressivitet (%) hos yrkesverksamma personer, efter antal smärtområden (Hälsa 2000-undersökningen, n=3763).

Samförekomst av muskuloskeletal smärta och depressivitet var vanligare hos personer med lägre utbildningsnivå. Speciellt vanlig var samförekomsten bland lågutbildade kvinnor: av kvinnor med högst 9-årig utbildning hade 26 % både smärta och depressivitet, jämfört med 17 % av kvinnor med minst 12-årig utbildning. Motsvarande procentandelar för män var 13 % och 9 %.

Har prevalensen av samförekomst förändrats över tid?

Prevalensen av samförekomst av muskuloskeletal smärta och depressivitet inom den yrkesverksamma befolkningen uppvisar inga tydliga förändringar under åren 1997–2009, varken som helhet betraktad eller granskat efter köns- eller åldersgrupstillhörighet eller utbildningslängd.



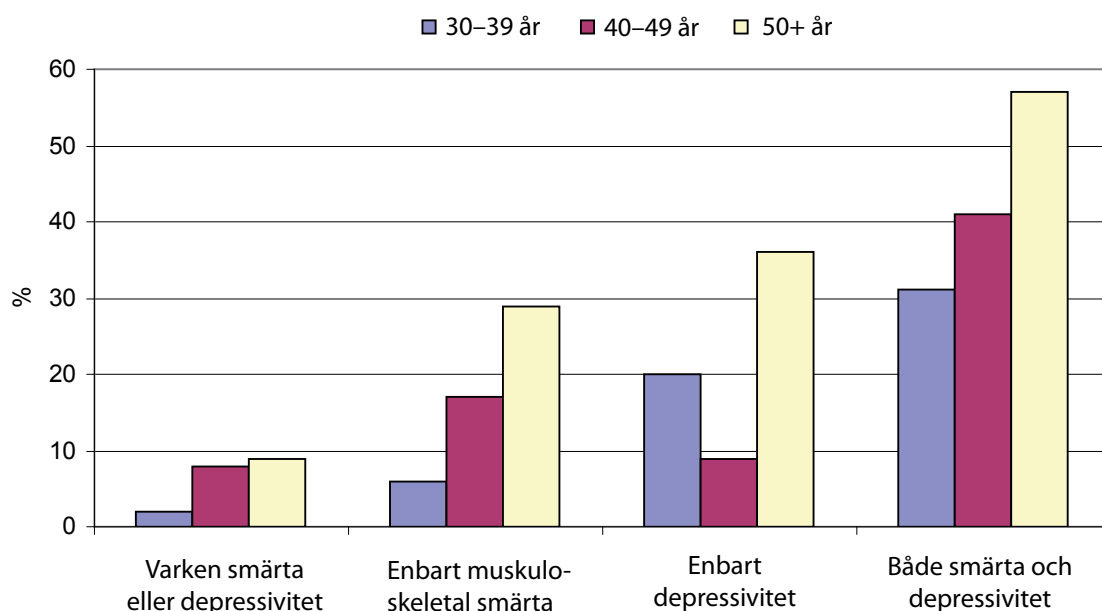
Figur 9. Förekomst (%) av aktuella symtom på muskuloskeletal smärta och depressivitet bland yrkesverksamma personer under åren 1997–2009 (intervjuundersökningen Arbete och Hälsa, n=11 054).

Sambandet mellan upplevd arbetsförmåga och förekomst av muskuloskeletal smärta och depressivitet

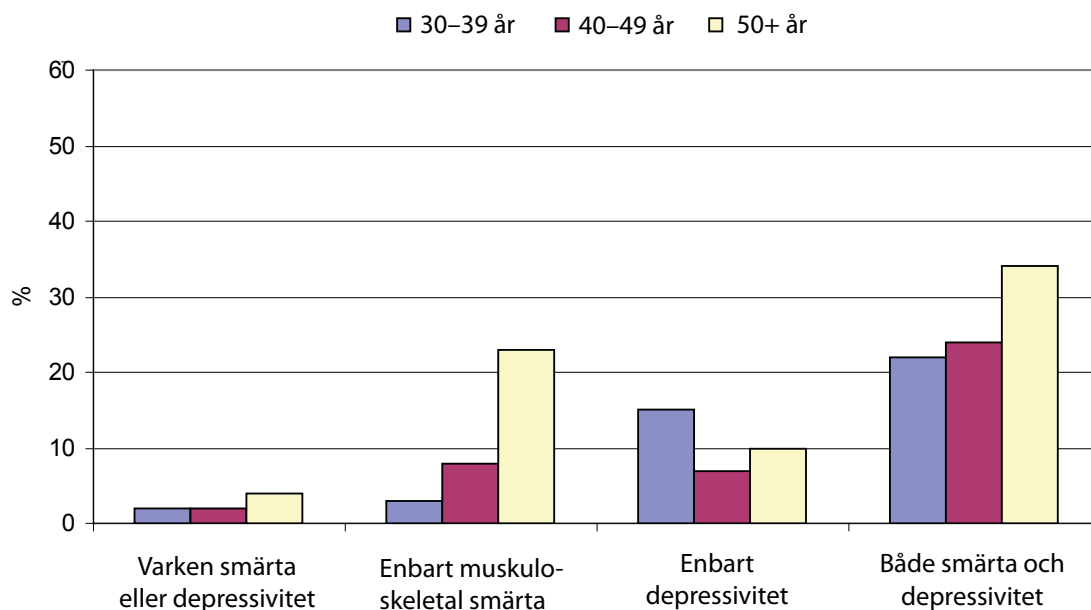
Av de yrkesverksamma finländare som hade både muskuloskeletal smärta och depressivitet bedömde 34 % att de hade nedsatt arbetsförmåga (max. 7 poäng på en självskattningsskala från 0 till 10). Motsvarande andel för dem som varken hade smärta eller depressivitet var 5 %.

Andelen yrkesverksamma personer som upplevde sin arbetsförmåga som nedsatt var större bland män än bland kvinnor, oavsett förekomst av smärta och/eller depressivitet.

Andelen personer som upplevde sin arbetsförmåga som nedsatt ökade med stigande ålder, både bland män och kvinnor. Kön- och åldersrelaterade skillnader sågs också i den symptomfria gruppen, men var speciellt uttalade i gruppen med muskuloskeletal smärta och depressivitet (Figur 10a och 10b). Av män i åldern 45 år och äldre med muskuloskeletal smärta och depressivitet bedömde 55 % sin arbetsförmåga som nedsatt. Motsvarande andel bland kvinnor var 33 %.



Figur 10a. Men (n=2 558)



Figur 10b. Kvinnor (n=2 942)

Figur 10a och 10b. Andel yrkesverksamma personer (%) som upplevde sin arbetsförmåga som nedsatt, efter förekomst av smärta och/eller depressivitet samt åldersgrupp (Hälsa 2000-undersökningen).

Yrkesverksamma personers vårdsökande för muskuloskeletal smärta och depressivitet

Analysen av självrapporterade läkarbesök under åren 1997–2009 baserar sig på fem befolkningsmaterial som samlats in genom intervjuundersökningen Arbete och Hälsa. Under denna period hade de yrkesverksamma personerna gjort i genomsnitt 1,7 läkarbesök under det närmast föregående halvåret. Motsvarande antal läkarbesök för dem som led av muskuloskeletal smärta och depressivitet var i genomsnitt 2,9.

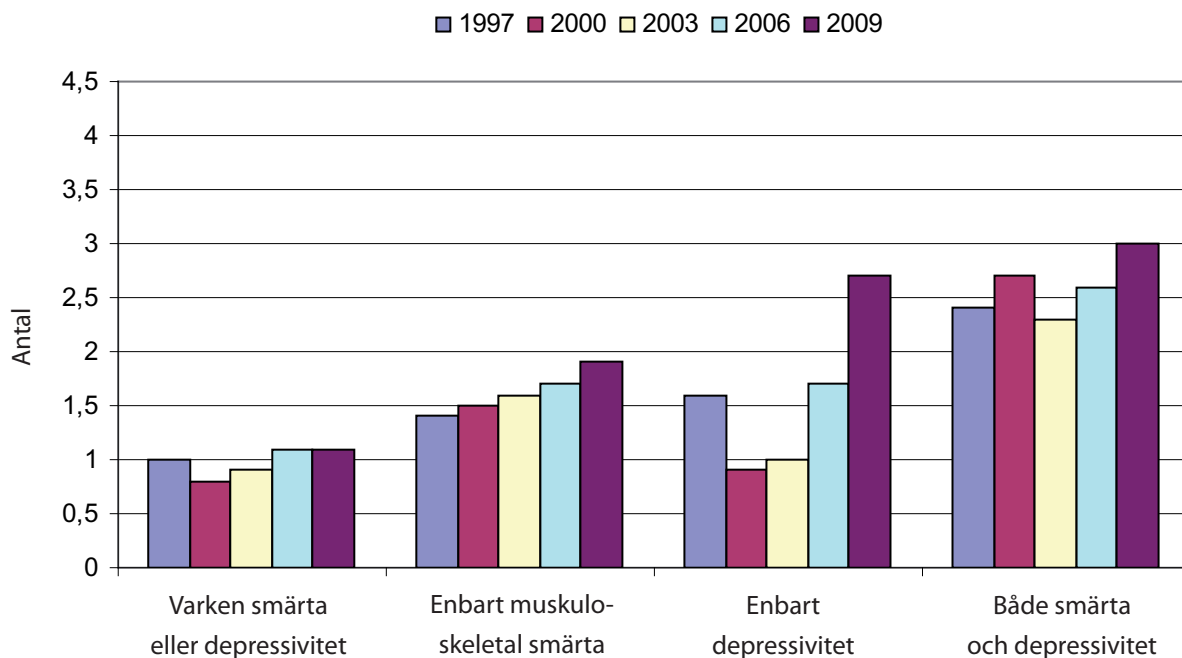
Antalet läkarbesök ökade under perioden 1997–2009 för både män och kvinnor (figur 11a och 11b). Andelen som hade besökt läkare under det föregående halvåret steg från i genomsnitt 58 % år 1997 till 68 % år 2009. Motsvarande andelar för personer med samtidig muskuloskeletal smärta och depressivitet var 74 % och 87 %. I genomsnitt gjorde dessa personer nästan tre gånger fler läkarbesök än de som hade varken smärta eller depressivitet och under observationsperioden 1997–2009 ökade deras läkarbesök från 2,6 till 3,6.

Läkarbesöken ökade både för kvinnor och för män, men under hela observationsperioden gjorde kvinnor fler läkarbesök än män. I gruppen med samtidig muskuloskeletal smärta och depressivitet sågs inga åldersrelaterade skillnader i antalet läkarbesök. Oavsett ålderstillhörighet hade nästan nio av tio yrkesverksamma personer med både muskuloskeletal smärta och depressivitet gjort åtminstone ett läkarbesök under det föregående halvåret 2009.

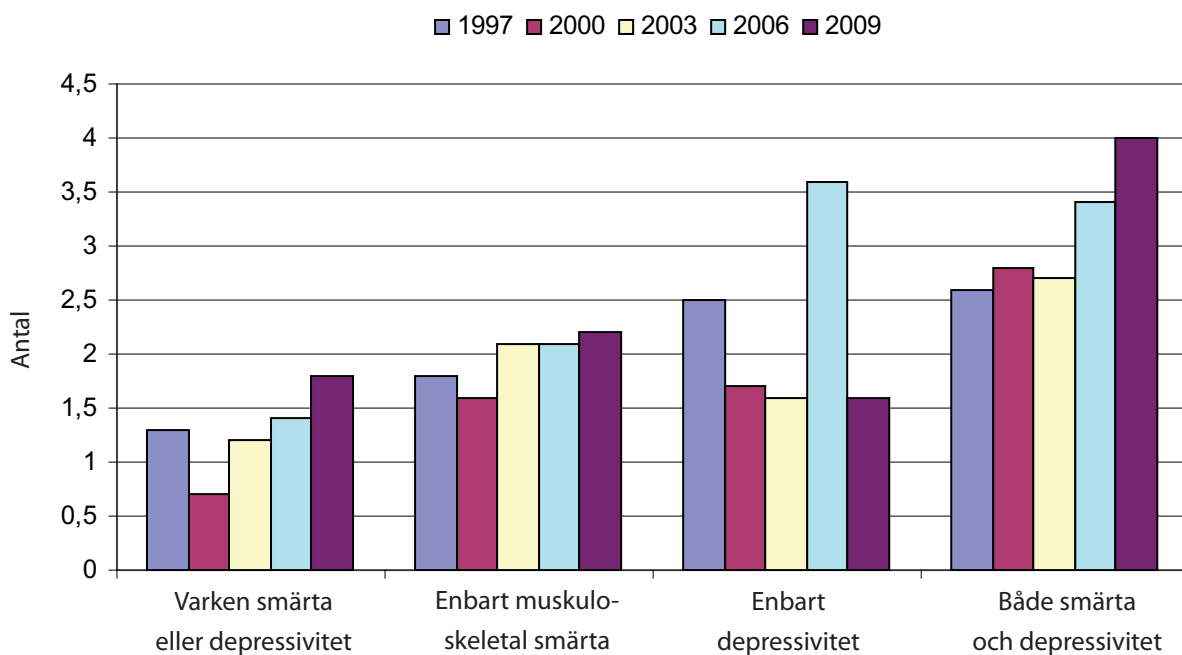
Arbetsoförmåga på grund av muskuloskeletal smärta och depressivitet

Vi undersökte förekomsten av FPA-ersatta sjukfrånvarodagar (långa sjukskrivningsperioder på minst 10 dagar) under åren 2002–2008 för 30–50-åriga deltagare i Hälsa 2000-undersökningen. Vi undersökte också hur många av dessa deltagare som hade beviljats partiell eller full sjukpension under åren 2000–2009.

Av de undersökningspersoner som hade både muskuloskeletal smärta och depressivitet vid tidpunkten för sin medverkan i Hälsa 2000-undersökningen (2000–2001) hade 58 % åtminstone en FPA-ersatt sjukfrånvaroperiod under åren 2002–2008, medan motsvarande andel för hela materialet var i genomsnitt 44 %. Dessa undersökningspersoner hade också klart fler sjukfrånvarodagar (i genomsnitt 67 dagar) jämfört med hela gruppen medverkande i åldern 30–50 år (37 dagar). Att sjukledigheten föregicks av depressivitet, antingen ensamt eller i förening med muskuloskeletal smärta, var vanligare bland män än bland kvinnor (figur 12).

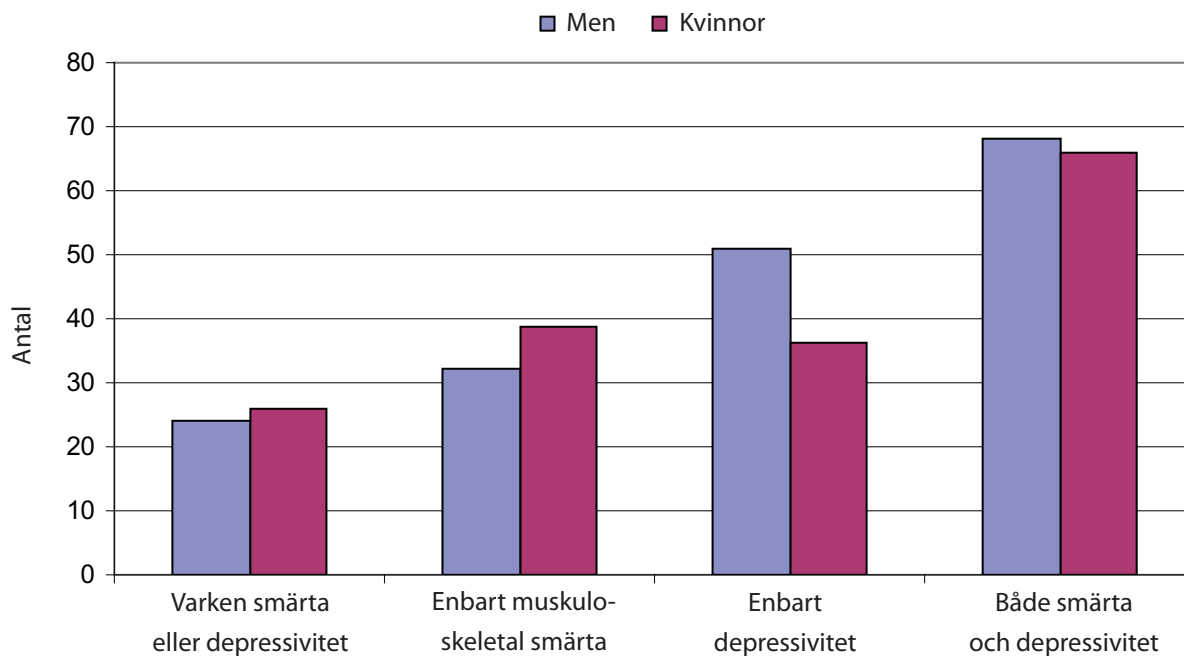


Figur 11a. Men (n=5 557)

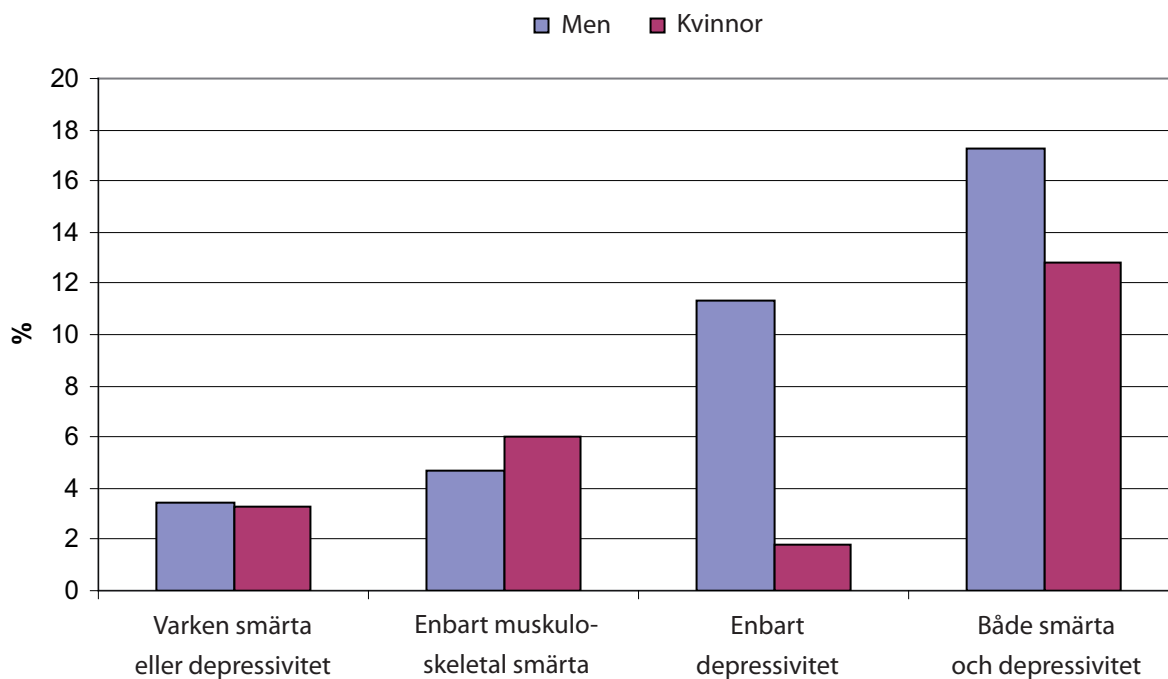


Figur 11b. Kvinnor (n=5 510).

Figur 11a och 11b. Genomsnittligt antal läkarbesök under det föregående halvåret bland yrkesverksamma personer under åren 1997–2009 (intervjuundersökningen Arbete och Hälsa)



Figur 12. Antal sjukfrånvarodagar som ersatts av Folkpensionsanstalten under åren 2002–2008, efter förekomst av muskuloskeletal smärta och depressivitet (Hälsa 2000-material, n=2 810)



Figur 13. Andel personer (%) som blivit sjukpensionerade under åren 2000–2009, efter förekomst av muskuloskeletal smärta och depressivitet (Hälsa 2000-material, n=2 741)

Av alla de yrkesverksamma personer i åldern 30–50 år som hade medverkat i Hälsa 2000-undersökningen var det 6 % som blev sjukpensionerade under loppet av den följande nioårsperioden. Motsvarande andel bland dem som led av samtidig muskuloskeletal smärta och depressivitet var 17 % för män och 13 % för kvinnor (figur 13). När det gällde sjukpensionering noterades en synergistisk interaktion (1+1>2) mellan smärta och depressivitet.

Slutledningar

I denna rapport beskrivs samförekomsten av muskuloskeletal smärta och depressivitet i den finländska vuxenbefolkningen. I rapporten granskas även hur smärta och depressivitet tillsammans påverkar arbetsförmågan och vårdsökandet.

Vår undersökning bekräftar resultaten av nyare internationell forskning, enligt vilken smärta och depression är delvis överlappande företeelser. Det är många gånger vanligare att en depression är förenad med samtidiga smärtsymtom än att den inte är det. Ungefär en fjärdedel av den finländska vuxenbefolkningen och en sjundedel av den yrkesverksamma befolkningen lider av samtidig muskuloskeletal smärta och depressivitet. Inom vuxenbefolkningen lider cirka 5 % av enbart depressivitet, medan närmare hälften har aktuella smärtsymtom utan depressivitet.

Var tredje vuxen som lider av smärta känner sig också deprimerad.

Samförekomsten förefaller öka kraftigt med åren. Bland kvinnor över 70 förekommer smärta rentav oftare i förening med depressivitet än utan. En intressant iakttagelse är att prevalensen av depressivitet utan smärta har endast ett svagt samband med stigande ålder och då endast när man granskar prevalensen för vuxenbefolkningen som helhet. För förekomsten av smärta utan samtidig depressivitet noterades ingen åldersrelaterad trend. Man vet dock från en finländsk studie att förekomsten av daglig eller fortlöpande smärta ökar kraftigt med stigande ålder (Mäntyselkä m.fl. 2003). Kroniska smärtbesvär kan öka risken för samtidig förekomst av depression.

Vid undersökning och behandling av muskuloskeletal smärta hos äldre bör man beakta att sannolikheten för samtidig depressivitet är hög.

Utgående från resultaten i denna rapport kan man göra bedömningen att det i det finländska arbetslivet finns cirka 300 000 arbetstagare i åldern 30 år eller äldre som lider av samtidig smärta och depressivitet. Forskningsunderlaget möjliggör dock inte en närmare analys av det tidsmässiga sambandet mellan smärta och depressivitet. Rapportens syfte är endast att beskriva hur dessa två vanliga hälsoproblem delvis överlappar varandra och vilken betydelse denna samförekomst har för folkhälsan.

Den samförekomst av muskuloskeletal smärta och depressivitet som beskrivs i rapporten har betydande samhällsliga konsekvenser i form av högre sjukskrivningstal, ökad sjukpensionering och ökad användning av hälso- och sjukvårdstjänster.

I det finländska arbetslivet finns hundratusentals arbetstagare som lider av samtidig smärta och depressivitet – en företeelse som har stor betydelse för folkhälsan.

Personer med samtidig smärta och depressivitet använder mer hälso- och sjukvårdstjänster än befolkningen i genomsnitt. De gör t.ex. tre gånger så många läkarbesök som personer som varken har smärta eller depressivitet.

Vi har inte tillgång till några uppskattningar av hur stor andel av den beskrivna ökningen av antalet läkarbesök som uttryckligen gällde mentalvårdstjänster. I den tidigare nämnda WHO-studien med över 20 000 undersökningspersoner var samförekomst av smärta och depression förenad med lägre användning av mentalvårdstjänster och fördröjning av vårdsökandet (Demyttenaere m.fl. 2006). Flera studier har visat att många som är deprimerade söker läkarhjälp enbart för sina fysiska besvär (Bair m.fl. 2003). Enligt vissa uppskattningar har så mycket som tre fjärdedelar av alla deprimerade sökt läkarhjälp uteslutande för fysiska besvär, oftast smärta. Ett smärtsymtom kan maskera en underliggande depression, vilket kan resultera i utebliven diagnos och behandling. Behandlingen av smärtan är ineffektiv, om man ignorerar en av de viktigaste smärta-komponenterna – den känslomässiga komponenten.

Forskningen visar att personer med samtidig smärta och depression är mer missnöjda med tjänsterna i hälso- och sjukvården och med den behandling de har fått (Aguera 2010). Missnöjet kan leda till ökat antal besök hos olika läkare. Utebliven upptäckt av en samtidig depression gör att både smärtan och depressionssymtomen varar längre, insättningen av effektiv behandling försenas och risken för kronifiering av besvären, förlust av arbetsförmågan och utslagning ur arbetslivet ökar (bl.a. Bair 2003, Miranda 2010, Linton 2011). Därför skulle det vara rekommendabelt att genomföra en depressions-screening i primärvården, redan vid de första besöken för muskuloskeletal smärta.

Depressivitet kan identifieras rätt tillförlitligt med hjälp av två frågor (www.toimia.fi):

1) Har du under den senaste månaden ofta bekymrat dig över känslor av nedstämdhet, depressivitet eller hopplöshet?

2) Har du under den senaste månaden ofta bekymrat dig över känslor av initiativlöshet eller avsaknad av intresse?

Risken för utslagning ur arbetslivet kommer tydligt fram också i denna rapport. Samtidig förekomst av smärta och depressivitet var två gånger vanligare bland dem som var arbetslösa än bland dem som var yrkesverksamma på heltid. Ett relativt outforskat område är det tidsmässiga sambandet mellan arbetslöshet, smärtsymtom och depression, dvs. i hur hög grad smärt- och depressionssymtom ökar risken för arbetslöshet och på vilket sätt långvarig eller återkommande arbetslöshet ökar förekomsten av dessa symtom (Heponiemi 2008). Genom att förbättra hälso- och sjukvårdstjänsterna för arbetslösa kan man skapa bättre möjligheter till effektivare identifiering och behandling av smärta och depressivitet.

Yrkesverksamma personer med samförekomst av smärta och depressivitet bedömde sin arbetsförmåga som nedsatt betydligt oftare än befolkningen i genomsnitt. De hade också fler sjukfrånvarodagar och löpte större risk för bestående utslagning ur arbetslivet.

Samtidigt smärta och depressivitet leder till längre sjukfrånvaro och ökad risk för förtida pensionering.

Forskningen visar att kvinnor rapporterar om smärta och depressivitet oftare än män. Även samförekomst av smärta och depressivitet är vanligare bland kvinnor än bland män (Aguera m.fl. 2010; Ohayon & Schatzberg 2003), något som också framkommer av vår rapport. Våra resultat är samstämmiga med tidigare forskning. Andelen som söker vård för sina besvär är större bland kvinnor än bland män. En del av skillnaderna mellan kvinnor och män förklaras av att kvinnor har lägre tröskel för att rapportera smärta och identifiera symtom på depression, men också för att söka hjälp för dessa problem. I forskningsexperiment där man använt metoder för avbildning av hjärnans funktion har man konstaterat att kvinnor har lägre smärtröskel än män (Wiesenfeld-Hallin 2005). Skillnader mellan könen har noterats också när det gäller hantering av negativa känslor (McRae 2008). Dessa skillnader har förklarats med biologiska faktorer, bl.a. köns- och ämnesomsättningshormoner.

En intressant observation i vår rapport gäller skillnaden mellan kvinnors och mäns bedömning av sin egen arbetsförmåga. Män som led av samtidig smärta och depressivitet upplevde sin arbetsförmåga som nedsatt i mycket större utsträckning än kvinnor i motsvarande situation. Eftersom resultatet baserar sig på en tvärsnittsstudie går det inte att fastställa det tidsmässiga sambandet mellan smärta, depressivitet och arbetsförmågenedsättning. Det är därför möjligt att nedsättningen av arbetsförmågan beror på de muskuloskeletala besvären och upplevs som mer deprimerande av män än av kvinnor. Depressiviteten skulle alltså kunna vara en följd av en smärtorsakad nedsättning av arbetsförmågan.

Våra registerbaserade uppföljningsdata om sjukfrånvaro och sjukpensioneringar ger emellertid stöd för en alternativ tolkning, nämligen att risken för arbetsförmåga är större när smärta och depressivitet uppträder samtidigt än när de uppträder var för sig, och att den negativa effekten av samförekomst av smärta och depressivitet i fråga om möjligheterna att fortsätta i arbetet är större för män än för kvinnor. Det är också möjligt att bättre förmåga att tidigt känna igen och söka vård för sina besvär ger kvinnor ett bättre skydd mot bestående arbetsförmåga. Detta är en intressant fråga för kommande uppföljningsstudier.

De mätinstrument vi använt för depressivitet (Becks depressionsinventorium), smärta och upplevd arbetsförmåga är alla validerade, allmänt använda metoder för mätning av dessa företeelser vid befolkningsstudier. Användningen av Becks depressionsinventorium vid screening av smärtpatienter för depression har ibland kritiserats, eftersom smärtbesvären i sig har misstänkts leda till felaktiga positiva (eller negativa) depressionsdiagnoser (Estlander 1999).

Användningen av depressionsenkäter i befolkningsstudier är dock motiverad. Till exempel i WHO:s omfattande befolkningsstudie konstaterades att förekomsten av depressiva drag (mätt med CIDI-intervjuer) inte skiljde sig mellan personer med eller utan samtidig smärta (Demyttenaere m.fl. 2006). Liknande resultat ges även av andra studier (Ohayon & Schatzberg 2003). Inte heller i de noggrannare analyser vi utförde för denna rapport kunde vi konstatera några signifikanta skillnader i depressivitetssymtom beroende på om undersökningsspersonen led av depressivitet med eller utan samtidig smärta. Detta betyder att det är osannolikt att samtidig förekomst av smärta och depressivitet skulle förklaras enbart av smärterelaterade depressionssymtom som t.ex. trötthet eller sömnlöshet.

När det gäller smärtans och depressivitetens konsekvenser för arbetsförmågan förstärks resultatens tillförlitlighet av att både de självrapporterade och de registerbaserade mätningarna gav samstämmiga resultat. Resultaten ger framför allt stöd åt antagandet att samförekomst av muskuloskeletal smärta och depressivitet är vanligt i den finländska befolkningen, och att denna företeelse har betydande konsekvenser.

Slutord

Syftet med denna rapport var att beskriva samförkomsten av två allmänna hälsoproblem, muskuloskeletal smärta och depressivitet. Vi ville också göra läsarna uppmärksamma på samförkomstens betydelse för individens arbetsförmåga och användning av hälso- och sjukvårdstjänster. Resultaten kan förhoppningsvis tjäna som underlag för en vidareutveckling av hälso- och sjukvården så att man utöver god fysisk vård även lägger vikt vid tidig identifiering och behandling av psykiska problem.

Med tanke på möjligheterna till en förlängning av arbetslivet är det viktigt att man både inom primär- och företagshälsovården och vid rehabiliteringsinsatser beaktar den åldersrelaterade effekten på förekomsten av samtidig smärta och depression. I synnerhet för män innebär samtidig förekomst av smärta och depression ett hot mot den egna arbetsförmågan. Mer borde göras för att främja mäns förmåga att identifiera sina egna symtom och öka deras villighet att söka vård i tid. För den yrkesverksamma befolkningen ges ett tillfälle till detta i samband med företagshälsovårdens hälsoundersökningar och hälsoenkäter. För arbetslösa ges motsvarande tillfälle t.ex. i samband med regelbundna hälsoundersökningar. Genom utbildning för chefer och medarbetare kan man förbättra hela arbetsgemenskapens beredskap att möta en mångsjuklig arbetstagare och erbjuda honom stöd för att bevara sin arbetsförmåga. Arbetstagaren har också själv en betydande och ansvarsfull roll i bevarandet av sin egen hälsa och arbetsförmåga.

Människan är en helhet, där kropp och själ bildar en oskiljbar enhet. Den utlösande faktorn vid en smärtupplevelse kan vara av fysisk, psykisk eller social natur. Depression kan också ge upphov till somatiska symtom. Alla hälsoproblem har en fysisk, psykisk och social dimension. Ett helhetsinriktat perspektiv på människan och hennes symtom gör det lättare att identifiera dessa olika dimensioner.

Tack

Vi tackar specialforskare Merja Perkiö-Mäkelä och grafiker Arja Tarvainen från Arbetshälsoinstitutet samt överläkare, docent Markku Heliövaara från Institutet för hälsa och välfärd för deras värdefulla insatser vid rapportens tillblivelse.

Referenser

Aguera L, Failde I, Cervilla JA, Diaz-Fernandez P, Mico JA. (2010). Medically unexplained pain complaints are associated with underlying unrecognized mood disorders in primary care. *BMC Fam Pract* 11:7.

Ahola K, Honkonen T, Kivimäki M, Virtanen M, Isometsä E, Aromaa A, Lönnqvist JI. (2006). Contribution of burnout to the association between job strain and depression: the health 2000 study. *J Occup Environ Med* 48(10): 1023-30.

Aromaa A, Koskinen S, red. (2002). Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. [Hälsa och funktionsförmåga i Finland. Basresultat från undersökningen Hälsa 2000]. Folkhälsoinstitutets publikationer B3/2002. Helsingfors, Folkhälsoinstitutet.

Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 163(20): 2433-45.

Beck AT, Ward, CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4: 561-71.

Berna C, Leknes S, Holmes EA, Edwards RR, Goodwin GM, Tracey I. (2010). Induction of depressed mood disrupts emotion regulation neurocircuitry and enhances pain unpleasantness. *Biol Psychiatry* 67(11): 1083-90.

Buist-Bouwman MA, de Graaf R, Vollebergh WA, Ormel J. (2005). Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatr Scand* 111(6): 436-43.

Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, Brugha T, De Graaf R, Alonso J. (2006). Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *J Affect Disord* 92(2-3): 185-93.

Estlander AM. (1999). Kipu ja masennus. *Kipuviesti* (2):8-9.

Gould R, Grönlund H, Korpiluoma R, Nyman R, Tuominen K. (2007). Miksi masennus vie eläkkeelle? Helsinki. Hakapaino Oy.

Gureje O, Von Korff M, Kola L, Demyttenaere K, He Y, Posada-Villa J, Lepine JP, Angermeyer MC, Levinson D, de Girolamo G, Iwata N, Karam A, Guimaraes Borges GL, de Graaf R, Browne MO, Stein DJ, Haro JM, Bromet EJ, Kessler RC, Alonso J (2008). The relation between multiple pains and mental disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Pain* 135 (1-2):82-91.

Heistaro S, red. (2005). Menetelmäraportti. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät [Metodrapport. Hälsa 2000-undersökningens genomförande, material och metoder]. Folkhälsoinstitutets publikationer B6/2005. Folkhälsoinstitutet. Helsingfors.

Helakorpi S, Uutela A, Prättälä R, Puska P. (2010). Suomalaisen aikuisväestön terveystiläytymisen ja terveys 1985–2010. [Den finländska vuxenbefolkningens hälsobeteende och hälsa 1985–2010]. Institutet för hälsa och välfärd. Helsingfors.

Heponiemi T, Wahlström M, Elovainio M, Sinervo T, Aalto AM, Keskimäki I. (2008). Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja Yrittäjyys 14/2008, Helsinki.

Kaila-Kangas L, red. (2007). Musculoskeletal disorders and diseases in Finland, Results of the Health 2000 Survey. Publications of the National Public Health Institute B 25/2007. [Tillgänglig på adressen <http://www.terveys2000.fi/julkaisut.html>].

Folkpensionsanstalten. Statistisk årsbok. Publiceras sedan 1965. Tillgänglig sedan år 1996: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/241105130835AL>

Linton SJ, Bergbom S. (2011). Understanding the link between depression and pain. *Scandinavian Journal of Pain* 2: 47-54.

McRae K, Ochsner KN, Mauss IB, Gabrieli JJD, Gross JJ. (2008). Gender Differences in Emotion Regulation: An MRI Study of Cognitive Reappraisal. *Group Processes & Intergroup Relations* 11:143-162.

Miranda H, Viikari-Juntura E, Heistaro S, Heliövaara M, Riihimäki H. (2005). A population study on differences in the determinants of a specific shoulder disorder versus nonspecific shoulder pain without clinical findings. *Am J Epidemiol* 2005; 161:847-55.

Miranda H, Gold JE, Gore R, Punnett L. (2006). Recall of prior musculoskeletal pain. *Scand J Work Environ Health* 32(4): 294-9.

Mäntyselkä P. (1998). Kipupotilas terveystieteessä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos.

Ohayon MM, Schatzberg AF. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 60(1): 39-47.

Patten SB, Williams JV, Wang J. (2006). Mental disorders in a population sample with musculoskeletal disorders. *BMC Musculoskelet Disord* 7: 37.

Perkiö-Mäkelä M, Hirvonen M, Elo AL, Kandolin I, Kauppinen K, Kauppinen T, Ketola R, Leino T, Manninen P, Miettinen S, Reijula K, Salminen S, Toivanen M, Tuomivaara S, Vartia M, Venäläinen S, Viluksela M. (2010). Työ ja terveys -haastattelututkimus 2009. [Intervjuundersökningen Arbete och Hälsa 2009. Arbetshälsoinstitutet. Helsingfors [Webbdokument tillgängligt på adressen <http://www.ttl.fi/tyojaterveys>].

Raitasalo R. (1977). Depressio ja sen yhteys psykoterapian tarpeeseen. Helsinki.

Tuisku K, Rossi H. (2010). Masennuksen ehkäisy ja hoito -työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon. Helsinki: Työterveyslaitos.

Valjakka A. (2010). Kipupotilas kuntoutusammattilaisen vastaanotolla. Luento Lapin Yliopiston "Vuorovaikutuksen haasteita kuntoutuksessa" -koulutuksessa 4.11.2010. <http://www.lapin-kompassi.net/files/Koulutusmateriaalit/Vuorovaikutuksen%20haasteita%20kuntoutuksessa/Anna%20Valjakka.pdf>.

Wiesenfeld-Hallin Z. (2005). Sex differences in pain perception. *Gend Med* 2(3): 137-45.

Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG, van Eek H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioural performance. *Pain* 62(3):363-72.

Bilaga 1. Forskningsunderlag

Hälsa 2000

Den nationella Hälsa 2000-undersökningen genomfördes under åren 2000–2001 under ledning av Institutet för hälsa och välfärd (tidigare Folkhälsoinstitutet) och med medverkan av ett nationellt nätverk av social- och hälsovårdsorganisationer. Hälsa 2000-undersökningens huvudmålsättning var att ge en heltäckande bild av den finländska vuxenbefolkningens hälsa och funktionsförmåga genom att utreda förekomsten av och orsakerna till de vanligaste hälsoproblemen samt behovet av behandling och rehabilitering. Undersökningen gällde hela den 18 år fyllda befolkningen och baserade sig på ett representativt urval om 10 000 personer. Alla undersökningsspersoner genomgick en hälsointervju, och de som hade fyllt 30 år genomgick även en hälsoundersökning. Därtill samlade man in uppgifter med hjälp av olika enkäter (Heistaro 2005).

Hälsa 2000-undersökningen har senare kompletterats med uppgifter om bl.a. sjukledigheter och pensioner hämtade från de register som upprätthålls av Folkpensionsanstalten och Pensionsskyddscentralen.

Intervjuundersökningen Arbete och Hälsa

Arbete och Hälsa är en datorstött telefonintervjuundersökning som utförs av Arbetshälsoinstitutet vart tredje år. Med hjälp av intervjuundersökningen samlar man in ett omfattande uppföljningsmaterial om den yrkesverksamma befolkningens arbete, arbetsförhållanden och arbetshälsa (Arbete och Hälsa-undersökningen 2009).

Undersökningen gjordes första gången 1997 och därefter under åren 2000, 2003, 2006 och 2009. Intervjupersonerna utses genom slumpmässigt urval. Under åren 1997–2006 baserade sig urvalet på alla finskspråkiga personer i åldern 25–64 år som fanns upptagna i befolkningsregistret. År 2009 baserades urvalet på samtliga personer i åldern 20–64 år som ingick i Statistikcentralens sysselsättningsstatistik, inklusive svenskspråkiga. Intervjuundersökningen Arbete och Hälsa baserar sig på ett ålders-, köns- och områdesmässigt representativt urval av den yrkesverksamma finskspråkiga befolkningen i åldern 25–64 år. 2009 års material är representativt även med avseende på personer i åldern 20–64 år och svenskspråkiga. Undersökningens materialets storlek har under åren varierat mellan 2 031 och 3 363 personer. Svarsprocenten har varierat mellan 58 och 72 procent.

Mer information:

Ahola K: Tue työkykyä. Käsikirja esimiestyöhön.
Työterveyslaitos, Helsinki 2011.

Hakanen J m.fl.: Upptäck dina kraftkällor. ABC i arbetshälsa.
Arbetshälsoinstitutet, Helsingfors 2010.

Miranda H: Tule-vaivat ja mielenterveys. I boken: Kantavat rakenteet, näkökulmia tule-terveyteen. Kansainvälinen tulesvuosikymmen 2000–2010. Suomen reumaliitto ry.
Otavan kirjapaino Oy, Helsinki 2010.

Tuisku K, Rossi H: Masennuksen ehkäisy ja hoito – työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon.
Työterveyslaitos, Helsinki 2010.

På webben:

- www.ttl.fi/tuetyokyky
- www.ttl.fi/masennuksenhoito