

Arbetsrelaterad muskuloskelettal smärta

Förhållanden inom den offentliga sektorn

YLVA FJELL

Sammanfattning

Dysfunktion och smärta i rörelseorganen är ett stort folkhälsoproblem i Sverige och i många andra västländer, och resulterar ofta i långtidssjukskrivningar och förtidspension. I den offentliga sektorn inom vård, skola och äldreomsorg utgör kvinnorna en klar majoritet av de anställda. Det är också kvinnor som i större utsträckning än män utvecklar muskuloskelettala symtom. Det ökande antalet långtidssjukskrivningar har i störst utsträckning återfunnits på kommunala arbetsplatser främst inom välfärdssektorn. Arbetsrelaterad muskuloskelettal smärta har ett samband med ett flertal olika faktorer och smärtproblematiken är komplex. Det är väl känt att hög fysisk arbetsbelastning är en riskfaktor för utvecklandet av ryggproblem, liksom att ogynnsamma psykosociala faktorer i hög grad är relaterade till muskuloskelettal smärta. Stort handlingsutrymme och möjligheter till lärande och utveckling har visat sig vara hälsofrämjande faktorer, och skattad god ledarskapsförmåga och en bra relation med sin närmaste chef har också ett starkt samband med medarbetarnas rapportering av en god hälsa och minskad muskuloskelettal smärta. Behovet är fortfarande stort att utveckla goda metoder för förändringsarbete vad gäller den fysiska och psykosociala arbetsmiljön inom kvinnodominerade yrkesområden. Samtidigt måste sambandet mellan muskuloskelettala besvär och de mekanismer som upprätthåller könssegregationen i arbetslivet ännu mer uppmärksammas.

Ylva Fjell, Med dr. leg. sjukgymnast, universitetslektor
Institutionen för Hälsovetenskap, Mittuniversitetet, Östersund.

EPIDEMIOLOGISKA STUDIER har visat att smärttillstånd förekommer oftare hos kvinnor än hos män (1). Det finns flera förklaringsmodeller till denna skillnad.

Kön och smärta

En ofta framförd förklaring är biologiska skillnader, såsom genetiska och fysiologiska. Könshormonernas effekter på smärtperceptionen har studerats och kan tänkas modulera smärtsvar, liksom att individens genetiska uppsättning sannolikt är viktig, och även skillnader i CNS-mekanismer tros ha betydelse (2).

Könsskillnader i muskelmassa och styrka, samt att uppsättningen av muskelfibrer skiljer sig åt mellan könen, påverkar sannolikt toleransen av olika former av belastning. Det är också möjligt att sociokulturella förväntningar och systematiska fel i rapporteringen av smärta kan bidra till högre frekvens av smärtproblem hos kvinnor (3). Det är dock klart att den mer frekventa smärtupplevelsen bland kvinnor är starkt beroende av skillnader mellan mäns och kvinnors olika arbetsvillkor. Orsakerna till de beskrivna skillnaderna är ständigt diskuterade, men detaljerna i de mekanismer som styr olikheterna mellan könen, är fortfarande i huvudsak okända. Därmed är djupare studier angelägna.

Orsaker till sjukfrånvaro

Regionala, demografiska skillnader och arbetsmarknadssituationen påverkar antalet långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar. En dramatisk ökning av långtidssjukskrivningar ägde rum mellan 1997 och 2003, framför allt bland kvinnorna som arbetar inom välfärdsektorn (4).

Orsaken till denna stora ökning har relaterats till problem i den psykosociala arbetsmiljön främst inom kvinnodominerade yrken inom offentlig sektor (4). ”Skillnader i arbetsförhållanden är rimligen den viktigaste orsaken till könsskillnader i sjukskrivning” (5). Muskuloskelettala besvär är den vanligast förekommande diagnosen för sjukskrivning och förtidspensionering i Sverige och i de flesta andra västländer. Sjukfrånvaro är ett komplext fenomen och beror på flera samverkande faktorer, som hälsostatus och livssituation, men också på socialförsäkringssystemet, arbetsmarknadsfaktorer och sociala och psykologiska aspekter hos individen. Sjukfrånvaron varierar också i hög grad mellan olika geografiska regioner och är då starkt kopplad till läget på arbetsmarknaden (4).

Arbetsvillkor påverkar hälsan

Arbetsmarknaden förändras i snabb takt. Inte minst har den offentliga sektorn varit föremål för många omorganiseringar och personalnedskärningar under det senaste decenniet, vilket har haft negativa hälsoeffekter på de kvarvarande anställda (6). Arbetsförhållandena inom flera arbetsfält har förbättrats i flera avseenden, främst vad gäller fysiska förhållanden. Trots detta är det fortfarande så, att såväl den fysiska som psykosociala belastningen är hög på arbetsplatser inom vård och omsorg – där också arbetsrelaterade muskuloskelettala besvär är mycket vanliga.

De psykosociala faktorerna brukar ofta definieras utifrån krav – kontroll – stöd-modellen (7). De psykosociala faktorerna och ledarskap är starkt sammankopplade och kan ha stor påverkan på arbetsmiljön och på medarbetarnas hälsa. Ledarskapets koppling till hälsa är ett relativt utforskat område, men har i studier relaterats till arbetstillfredsställelse, som ligger nära begreppet hälsa. Det behövs en ökad koppling mellan management-orienterad forskning och forskning om hälsofräm-

jande faktorer, då ledarskap och organisatoriska faktorer har stor betydelse för hälsa, arbetstillfredsställelse och sjukfrånvaro.

Kvinnors många roller

Kvinnorna finns idag i lika hög grad som männen på arbetsmarknaden. Trots detta så har kvinnorna ett större ansvar för hem och hushållsarbete, skötsel av barn och gamla och ägnar alltså betydligt mer tid till obetalt arbete. Detta innebär många förpliktelser och uppgifter och kvinnor får i den bemärkelsen bära flera roller. I den meningen avspeglar rollbegreppet samhällseliga förhållanden, i detta fall fördelning mellan kvinnors och mäns totala arbetsuppgifter.

Detta begrepp att ha många roller ”the multiple role concept” har beskrivits för flera decennier sedan och det finns framför allt två riktningar i hur man diskuterar kring detta (8, 9). Den ena riktningen beskriver att flera roller skapar konflikter, ökar stress och sammanlagd belastning och medför därmed negativa hälsoeffekter. Företrädare för den andra riktningen framhåller däremot att flera roller är hälsofrämjande, genom att man får flera sociala identiteter och därmed utvecklar känslan av sammanhang och mening. Sammanfattningsvis har förändringar av roller under livets olika skeden samband, både med främjande och negativa hälsoeffekter.

Projektet ”Friskare Arbetsplatser”

I Jämtland genomfördes under 2000-2003 ett arbetsmiljöprojekt ”Friskare arbetsplatser i kommuner och landsting”. Huvudsyftet med projektet var att genom arbetsmiljöutveckling förbättra hälsotillståndet och att minska antalet sjukskrivningar hos de anställda (10).

Till grund för detta projekt genomfördes enkätstudier bland ett stort antal anställda på arbetsplatser inom äldreomsorg, vårdavdelningar på Östersunds sjukhus, administrativ verksamhet, skolor och storkök och städverksamhet i Jämtlands län. Enkäten omfattade frågor kring bakgrundsfaktorer, hälsa och levnadsvanor, arbetsmiljöfrågor, lärande – utveckling, kvalitetsfrågor, ledarskap och organisationsklimat. I denna artikel kommer framförallt resultat som belyser samband mellan arbetsförhållanden och muskuloskelettal smärta att diskuteras.

”Muskuloskelettala besvär är den vanligast förekommande diagnosen för sjukskrivning och förtidspensionering i Sverige”

”De som arbetade inom äldreomsorg och storkök/städ rapporterade de högsta smärtnivåerna.”

Att skatta smärta

Smärta är ett uttryck för en komplex personlig subjektiv upplevelse. Individens smärtbedömning är unik och kopplad till smärttolerans och erfarenhet av smärta. De tolkningar som varje individ gör av frågor om upplevd smärta måste förstås utifrån individuella kognitiva processer. För att kunna kommunicera sin smärtupplevelse måste man överföra en subjektiv upplevelse till ett verbalt uttryck. Ordens betydelse är olika för var och en och språket som informationsbärare är alltid osäkert.

Det här är förstås en utmaning när man försöker studera fenomenet smärta. I de studier som presenteras här, var just de anställdas skattade nivå av muskuloskeletal smärta i fokus (11).

Upplevd smärtförekomst och smärtintensitet i tre kroppsregioner (nacke/skuldror, rygg/höft/ischias, övriga leder; händer, armbågar, knän, fötter), sedan tre månader tillbaka analyserades. Hur ett smärtindex konstruerades finns utförligt beskrivet i avhandlingen ”Working Conditions and Musculoskeletal Pain in Public Sector Employees” (11).

Smärta vanligt bland offentligt anställda

Resultaten från enkätundersökningen visade att 41 procent av kvinnorna och 27 procent av männen skattade hög nivå av muskuloskeletal smärta. De som arbetade inom äldreomsorg och storkök/städ rapporterade de högsta smärtnivåerna. Generellt var nacksmärta vanligast, även bland männen, men samtidig värk i flera kroppsregioner var frekvent förekommande.

De psykosomatiska symtomen hade ett starkt samband med muskuloskeletal smärta och bland kvinnorna var det huvudvärk och sömnproblem som hade starkast samband med smärta.

Hos männen däremot var färre symtombilder associerade med muskuloskeletal smärta, men magbesvär och muskuloskeletal smärta hade ett tydligt samband. Samtidig förekomst av olika smärtsymtom och andra medicinska problem har även diskuterats i andra studier (12). Dessa samband förstärker troligtvis upplevelsen av smärta och ohälsa och ökar risken för sjukskrivning, men det är svårt att verifiera vad som orsakar vad. När det gäller antalet

sjukskrivningsdagar och dess samband med smärta så fann vi ett starkt samband. Skillnaden mellan kvinnornas och männens olika smärtnivåer var tydligast bland dem som varit sjukskrivna mer än 90 dagar. Bland kvinnorna var sambandet mellan höga smärtnivåer och långtidssjukskrivning starkare.

Fysisk arbetsbelastning och smärta

Hög fysisk belastning och ogynnsamma psykosociala förhållanden var vanliga inom alla arbetsområden, men speciellt inom äldreomsorgen och storkök/städ.

Framför allt kvinnorna skattade hög fysisk belastning, men sambanden med höga smärtnivåer var tydliga för både kvinnor och män. Starkaste sambandet fanns mellan arbete i framtböjd – vriden ställning mer än halva arbetstiden och högt skattad smärta. Det finns goda skäl att anta att den fysiska belastningen är mycket ansträngande på dessa arbetsplatser, särskilt för kvinnor. Intressant i detta sammanhang är att resultatet visade att nära hälften av de anställda inte motionerade eller tränade alls eller väldigt lite. Man kan anta att det finns en diskrepans mellan den individuella fysiska kapaciteten och arbetsbelastningen. Det här innebär att ökad fysisk träning troligtvis är nödvändig för att klara av arbetets krav (13).

De flesta forskare är överens om att fysisk belastning har starkast evidens för uppkomsten av muskuloskeletal besvär (14) även om det finns en växelverkan mellan psykosociala faktorer och fysisk (över)belastning. Psykosocial stress kan direkt påverka biomekaniska förhållanden genom förändring av motorisk kontroll – rörelser och applicerade krafter (14).

Psykosociala faktorer och smärta

De psykosociala faktorerna enligt krav – kontroll – stöd-modellen, (7) differentierade mellan de olika arbetsområdena och den lägsta nivån av upplevd kontroll (handlingsutrymme) på arbetet och av socialt stöd av arbetskamraterna, fanns inom äldreomsorgen och inom storkök/städ. Dessa arbetsplatser hade också de högsta smärtnivåerna.

Bland männen var höga psykiska krav i arbetet den faktor som hade starkast samband med smärta. Att arbeta heltid eller övertid utgjorde ingen större risk för högre skattade smärtnivåer. Inom äldreomsorgen arbetade

majoriteten av kvinnorna deltid och där fanns de högsta smärtnivåerna. Om detta beror på om kvinnorna hade valt att arbeta deltid på grund av smärtproblem eller andra orsaker, eller om det inte fanns några andra alternativ än deltidstjänster vet vi inte med säkerhet. Det är väl dokumenterat att det finns en brist på heltidstjänster inom dessa offentliga arbeten.

Ledarskap och muskuloskelettal smärta

En diskussion pågår ständigt om ledarskapets betydelse för arbetsrelaterad hälsa/ohälsa. Trots detta så har ledarskapsforskning hittills mest varit inriktad på ledarskap och dess samband med kompetensutveckling och produktivitet. Managementorienterad forskning börjar ändå mer och mer rikta uppmärksamheten på de anställdas hälsa och sambanden med ledarskapsstilar och -beteenden.

Den teoretiska bakgrunden av olika klassificeringar av ledarskapsstilar grundar sig på forskning utifrån många perspektiv, sedan decennier tillbaka (15). Klassifikationerna har sedan utvecklats utifrån att arbetsmarknaden förändrats och ett känt koncept, CPE-modellen som består av tre klassifikationer; grunddimensioner – stilar: förändring-utveckling (change), produktion – struktur (production), relation (employee relation) (16) användes i det aktuella projektet (11). Även psykosociala faktorer analyserades samtidigt enligt krav – kontroll – stöd-modellen. Som kontrollvariabler användes ålder och fysisk belastning, som också kan avspegla ett visst arbetsklimate relaterat till ledarskapsegenskaper.

Resultaten visade att medarbetarnas låga skattningar av den närmaste chefens ledarskapsegenskaper hade ett signifikant samband med hög muskuloskelettal smärta – framförallt bland kvinnorna. Det var ingen större skillnad i skattningarna av ledarskapsstilarna mellan arbetsområdena, men nära hälften av alla medarbetare skattade sina närmaste chefer lågt i alla ledarskapsstilar. När det gäller ledarskapsegenskaper och samband med smärta så fanns en skillnad mellan olika arbetsområden. Inom äldreomsorgen och vården var det lågt skattad förändringsinriktad ledarskapsstil som hade ett tydligt samband med smärta. Bland medarbetarna inom storkök och städ var det lågt skattad strukturinriktad ledarskapsstil som

hade ett samband med smärta. I det sista steget av analyserna kvarstod ett tydligt samband mellan lågt skattad förändringsinriktad ledarskapsstil och hög muskuloskelettal smärta. Slutsatsen av resultaten var att en kreativ chef med visioner, vilket är definierat i ”förändrings”-dimensionen, har ett positivt inflytande på medarbetarnas hälsa.

Betalt och obetalt arbete

I denna frågeomgång ingick frågor om total arbetstid, med hem och hushållsarbete inkluderat, och frågor om upplevda konflikter mellan det betalda arbetet och det obetalda. Vi valde att studera antal arbetade timmar och skattad fysisk ansträngning i det betalda och obetalda arbetet. Vi studerade även eventuella konflikter mellan betalt och obetalt arbete.

Hem och hushållsarbetet inkluderade bland annat underhåll av hus, bil, reparationer, inköp, städning, matlagning vård av barn och gamla. Som tidigare nämnts så skattade kvinnorna högre smärtnivåer än männen, men trötthet var skattad tämligen lika mellan kvinnor och män. Det fanns ett starkt samband mellan upplevd trötthet och smärta i nacke/skuldror bland kvinnorna.

En stor del av kvinnorna (37 procent) arbetade totalt 60 timmar eller mer per vecka jämfört med männen (25 procent), trots att en majoritet av kvinnorna var deltidsanställda och männen var heltidsanställda. De heltidsanställda kvinnorna skattade inte högre smärta än de deltidsanställda, inte heller de kvinnor som arbetade totalt 60 timmar eller mer skattade högre smärtnivåer. Upplevd hög fysisk ansträngning skattades framför allt i det betalda arbetet och kvinnorna upplevde i högre grad än männen stor ansträngning. I det obetalda arbetet skattades den fysiska ansträngningen lägre och skillnaden mellan kvinnor och män var inte lika stor.

Fysisk ansträngning i det betalda arbetet hade ett starkt samband med muskuloskelettal smärta, däremot hade fysisk ansträngning i det obetalda arbetet starkare samband med trötthet. Vad gäller upplevd konflikt mellan det betalda arbetet och det obetalda arbetet, så var männen procentuellt fler som upplevde denna konflikt men skillnaden mellan könen var inte stor. Emellertid så fanns det ett starkt samband mellan trötthet och denna konflikt; ”ne-

”Resultaten visade att medarbetarnas låga skattningar av den närmaste chefens ledarskapsegenskaper hade ett signifikant samband med hög muskuloskelettal smärta ”

”Det oavlönade arbetet som utgör en betydande del av många kvinnors totala arbetsbelastning måste inräknas i totalbilden.”

gative work-family spillover” bland kvinnorna. Kombinationen av ”negative work-family spillover” och upplevd fysisk ansträngning förstärkte sambandet med trötthet.

Sammanfattningsvis så fanns det en skillnad mellan kvinnors och mäns skattning av fysisk ansträngning, både i det betalda och obetalda arbetet.

Kvinnorna skattade högre fysisk ansträngning än män relaterat till det totala arbetet, upplevd muskuloskelettal smärta och trötthet, vilket kan belysa skillnader av kvinnors och mäns arbetsförhållanden. Att notera var att många arbetstimmar i sig inte förstärkte sambandet med smärta eller trötthet. Detta tolkades som att många arbetstimmar uppvägdes av att man innehade många roller och därmed kan känslan av sammanhang och mening öka, vilket har en hälsofrämjande effekt.

Hälsofrämjande faktorer

Enligt WHO (17) är syftet med hälsofrämjande arbete att stödja personlig och social utveckling. Detta uppnås genom att tillhandahålla sådan information, hälsoutbildning och kunskap som ökar individens möjlighet att bemästra tillvaron på olika strukturella nivåer. Teorin om salutogenes introducerades utifrån hälsobegreppet i ett humanistiskt perspektiv som motsats till ett patogenetiskt perspektiv med ett starkt fokus på sjukdom och ohälsa.

I överensstämmelse med det salutogenetiska perspektivet betonas arbetets betydelse för hälsa. Att identifiera hälsofrämjande faktorer på arbetet var ett syfte med projektet ”Friskare Arbetsplatser”. Nyckelfrågan är vilka faktorer och förhållanden som stödjer god hälsa och som håller människor friska.

De faktorer som visade sig ha den största skillnaden mellan arbetsområdena var handlingsutrymme – inflytande och lärande – utveckling.

Administrativa arbetsplatser och skolor hade de bästa villkoren och äldreomsorgen hade de sämsta. Männerna hade också bättre möjligheter att påverka sina jobb och att få utbildning och utveckling. En bra relation med den närmaste chefen hade ett starkt samband med medarbetarnas rapportering av en god hälsa. Männerna skattade genomgående bättre arbetsvillkor än kvinnorna. Studierna genomfördes på starkt kvinnodominerade arbetsplatser, de

anställda männen var förhållandevis få, så jämförelser mellan kvinnor och män kan inte alldeles enkelt göras. Att männen inte i någon större utsträckning befinner sig inom dessa arbetsfält exemplifierar bristen på jämställd arbetsmarknad.

Att minska arbetsrelaterad ohälsa

Det finns en stor hälsofrämjande potential i arbetsorganisatoriska förändringar. Goda vetenskapliga interventionsstudier med avseende på hälsoutfall är nödvändiga. De kan stödja satta mål att minska ohälsa och sjukfrånvaro, främst inom offentliga arbetsplatser där en stor majoritet är kvinnor. Ett för snävt individuellt rehabiliteringsperspektiv, snarare än en helhetssyn på arbetsmiljö och förebyggande insatser, ger på sikt sämre eller uteblivna resultat.

För framgång krävs det en helhetssyn med flera integrerade åtgärder som gäller individen, förändringsarbetet och organisationen. Det oavlönade arbetet som utgör en betydande del av många kvinnors totala arbetsbelastning måste inräknas i totalbilden.

En mer jämställd arbetsmarknad är ytterst nödvändig att sträva efter. Detta då de yrken som kvinnor dominerar är i princip lägre värderade än yrken som domineras av män. Att kvinnor har sämre möjligheter att påverka sina jobb och sämre karriärmöjligheter belyser den hierarkiska könssegregation som råder inom arbetslivet och kan även illustrera ojämlika villkor och samband med ohälsa.

Sjukgymnaster är en resurs som inte tas tillvara optimalt i hälsoarbetet. Specialistutbildade sjukgymnaster har stor kunskap om akut och långvarig smärtproblematik i det neuromuskuloskelettala systemet och borde självklart vara primär instans. Specialiserade sjukgymnaster borde ha en given roll som expert i hela rehabiliteringsprocessen på olika nivåer.

Referenser

1. Unruh AM. Gender variations in clinical pain. Review article, Pain 1996; 65: 123-167
2. Kajantie E, Phillips D. The effects of sex and hormonal status on physiological response to acute psychosocial stress. Psychoneuroendocrinology 2006; 31:151-178.
3. Dao TT, LeReche L. Gender differences in Pain. Journal of Orofac Pain 2000; 14:169-184

4. RFV analyserar. Regionala skillnader i sjukskrivning, hur de ser ut och vad det beror på. (Regional differences in sickness absence, epidemiology and causes) (In Swedish) Stockholm: Riksförsäkringsverket 2003:12
5. RFV. Orsaker till skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster (Differences between women's and men's sick-listing). (In Swedish). RFV Analyserar 2004:16
6. Szücs S. Nya arbetsmarknadsrelationer inom offentlig sektor: arbetsliv, ledarskap och personal demokrati vid 120 arbetsplatser i offentlig och privat regi (New relations within labour market: working life, leadership and employee democracy within 120 workplaces in public and private sector). (In Swedish). Göteborg: Göteborgs universitet, Centrum för forskning om offentlig sektor (Cefos), Rapport 18, 2001.
7. Karasek RA, Theorell T. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.
8. Goode WJ. A theory of role strain. American Sociological Review 1960; 25:483-96
9. Arber S, Gilbert G N, & Dale A. Paid Employment and Women's Health: A Benefit or a Source of Role Strain? Social Health Illness 1985; 3: 375-99.
10. Bildt C, Vinberg S, Fjell Y. Arbetsmiljöutveckling inom offentlig sektor. Arbetsliv i omvandling 2005:9, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
11. Fjell Y. Working Conditions and Musculoskeletal Pain in Public Sector Employees. Doktorsavhandling, Stockholm: Karolinska Institutet, 2007.
12. Bingefors K, Isacson D. Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain- a gender perspective. European Journal of Pain 2004; 8: 243-450
13. Karlqvist L, Leijon O, Härenstam A. Physical demands in working life and individual physical capacity, European Journal of Applied Physiology 89 (2003), 536-547.
14. Bongers PM, de Winter CR, Kompier MAJ, et al. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. Scand J Work Environ Health 1993; 19:297-312.
15. Yukl G. Leadership in organizations. New Jersey: 07458; Prentice-Hall, Inc. Upper Saddle River, 2002.
16. Ekvall G, Arvonen J. Change-Centered Leadership: An extension of The Two – Dimensional Model, Scand J Management 1991;7: 17-26.
17. WHO, Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa, 1986.