

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

alle livets faser som kræftpatient eller kræftframt familie. Det gode patientforløb skal sikres, og god kommunikation mellem sektorerne er et kardinalpunkt. Er der teknisk mulighed for hurtig diagnostik af evt. kræftsygdom, så skal der være plads og råd til det. Der skal styr på ventetiderne – så tiden kan bruges til f.eks. forberedelse. Det gælder også de skjulte ventetider under behandlingen – til nye undersøgelser, revurderinger etc. Merprisen ved at indbygge lidt »luft« i systemet er lille i forhold til den menneskelige omkostning ved at vente og de summer, der bruges til udokumenterede behandlinger.

Uddannelse, forskning og kvalitet

Kvalitet i forebyggelse, behandling, palliation og rehabilitering kræver, at viden opdateres og øges på alle felter. Uddannelse og forskning hænger naturligt sammen, også i primærsektoren. Om det, der betegnes som en folkesygdom, er der først i 2004 udgivet en lærebog på dansk, der dækker fra forebyggelse til palliation [9]. Efteruddannelse foregår frivilligt. Lægernes Uddannelses Forening arrangerer et ugelangt cancerkursus. Et godt initiativ, men langt fra nok, hvis vi skal have bedre resultater. Alle læger burde med mellemrum få tid til at opdatere deres viden og vise resultatet, f.eks. gennem små prøver. I andre lande har man indført noget sådant, og skade kan det ikke. Industrien hjælper med forskning og efteruddannelse, men det har en pris. Den samme pris betales, når private foreninger som Kræftens Bekæmpelse skal støtte størstedelen af den »offentlige« danske kræftforskning og varetage andre centrale opgaver. Der bør være et større samfundsengagement, så der kommer en fornuftig balance.

Udjævning af regionale forskelle – nye tilbud

Lighed – dvs. ens tilbud og de bedste, til alle danskere, uanset hvor man nu tilfældigvis bor – bør etableres snarest. Sundhedsstyrelsen må sikre, at de nationale anbefalinger, der er etableret på basis af evidens, følges, selv om det kan kræve en større stab af fagkyndige. Der er brug for en kompetent, national, faglig tung styring til glæde for patienterne.

Korrespondance: Hans H. Storm, Forebyggelse og Dokumentation, Kræftens Bekæmpelse, Strandboulevarden 49, DK-2100 København Ø.
E-mail: hans@cancer.dk

Antaget: 5. marts 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Storm HH, Engholm G, Ferlay J and the Nordic Cancer Registries. NORDCAN version 2.0, 2003, <http://www.ncu.cancer.dk/ancr/nordcan.shtml/> februar 2004.
2. Schmidt VM, Davidsen-Nielsen M. Patientstøtte med fokus på livet. Ugeskr Læger 2002;164:3001-4.
3. Storm HH, Engholm G. Relativ overlevelse for danske kræftpatienter diagnosticeret 1981 til 1997 og fulgt til år 2001. Ugeskr Læger 2002;164:2855-64.
4. Sundhedsstyrelsen. Cancerincidens i Danmark 1999. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
5. Laurberg S. Cancer rectibehandlingen i Danmark – hvordan gør vi det bedre? Ugeskr Læger 2004;166:349.
6. Lynge E. Screening for kræftsygdomme, international viden og dansk praksis. Ugeskr Læger 2002;164:2897-901.
7. Storm HH, Olsen J. Forebyggelse af kræftssygdomme – hvad gør vi i Danmark og hvad kan vi opnå? Ugeskr Læger 2002;164:2876-81.
8. Gundgaard J, Nielsen JN, Olsen J et al. Omkostninger ved kræftforløb. Ugeskr Læger 2002;164:2882-5.
9. Ringborg U, Henriksson R, Friberg S, eds. Kræftsygdomme, onkologi. København: FADL's Forlag, 2004.

Muskel- og skeletlidelser

Overlæge Fin Biering-Sørensen & cand.psych. Mette Kjølner

H:S Rigshospitalet, Klinik for Para- og Tetraplegi, Neurocentret, og Statens Institut for Folkesundhed, København

Muskel- og skeletlidelser omfatter såvel egentlig diagnosticerede muskel- og skeletsygdomme som mere uspecifikt besvær i form af smerter, gener, ømhed, stivhed eller ubehag oplevet som stammende fra bevægeapparatet. Muskel- og skeletsygdomme kan inddeles i:

- Inflammatoriske, reumatiske sygdomme, der omfatter leddegigt, myoser og betændelsestilstande i seneskeder, ledkapselhinder og slimsække.
- Artrose, der omfatter slidgigt i alle led undtagen ryggen.
- Rygsygdomme, der omfatter ondt i ryggen, diskusprolaps, lumbago/myoser i ryggen, skæv ryg og slidgigt i ryggen.

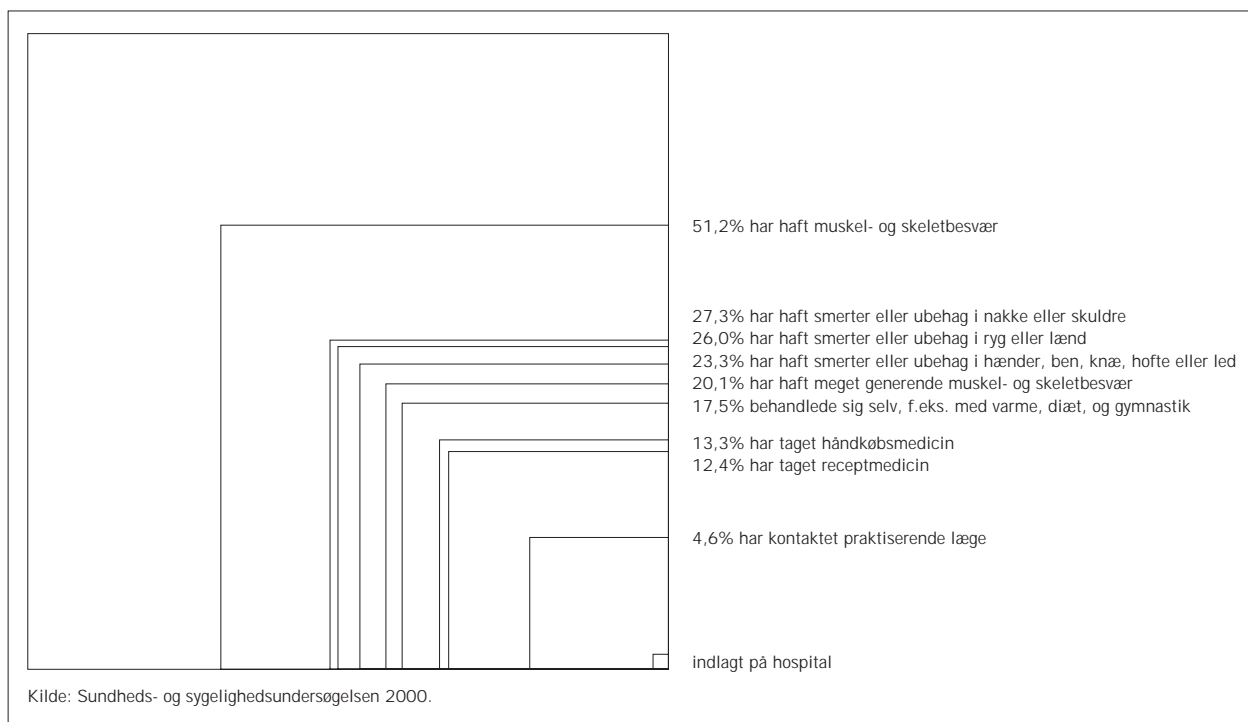
- Øvrige muskel- og skeletsygdomme, der f.eks. omfatter uspecificeret gigt, knogleskørhed og sygdomme i brusk-skiver og ledbrusk (undtagen i ryggen).

I denne statusartikel vil vi give en kort oversigt over forekomsten og konsekvenserne af muskel- og skeletlidelser i Danmark samt pege på udvalgte risikoindikatorer, der synes at kunne få særlig betydning i de kommende år.

Udfordringer for muskel- og skeletlidelser

- Arbejdsrelaterede forhold
- Fysisk inaktivitet
- Sport
- Overvægt
- Øget andel af ældre i befolkningen

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL



Figur 1. Forekomst af muskel- og skeletssymptomer hos den voksne danske befolkning og deraf følgende brug af sundhedsvæsenet inden for en 14-dages-periode i 2000.

Forekomst

Forekomsten af muskel- og skeletlidelser og deraf følgende brug af sundhedsvæsenet fremgår af **Figur 1**. Muskel- og skelet-sygdom er den hyppigst angivne form for langvarig sygdom. I alt 16% af de voksne danskere angiver at have en eller flere langvarige muskel- og skeletsygdomme, hyppigst rygsygdom. Ifølge svarpersonernes oplysninger er 95% af de angivne diagnoser bekræftet af en læge [1]. Ligeledes er muskel- og skeletbesvær den hyppigst angivne form for gene og symptomer inden for en 14-dages-periode. Generelt lider en større andel af kvinder end mænd og en større andel af ældre end yngre af muskel- og skeletbesvær. Det samme gælder for personer med kortvarig uddannelse, samtidig med at disse også har et mere belastende sygdomsmønster end personer med længerevarende uddannelse.

Både forekomsten af langvarig muskel- og skeletsygdom og forekomsten af muskel- og skeletbesvær inden for en 14-dages-periode er steget fra 1987 til 2000. Stigningerne er mest udtalte i aldersgrupperne 16-24 år og 25-44 år, mens forekomsten stort set er uændret i de ældre aldersgrupper [1].

Konsekvenser

I 1991 havde 9-10% af de erhvervsaktive sygefravær inden for en 14-dages-periode, herunder havde ca. 3% af alle erhvervsaktive sygefravær pga. muskel- og skeletbesvær. Muskel- og skeletsygdomme udgjorde 47% af de sygdomme, der nævnes som årsag til længerevarende aktivitetsbegrænsning, 47% af årsagerne til arbejdsskift og 43% af årsagerne til arbejdsophør [2].

Arbejdstilsynet angiver, at muskel- og skeletlidelser i 2000

udgjorde 50% af de anmeldte arbejdsbetingede lidelser, og ifølge Landspatientregistret udgjorde de ICD 10-definerede muskel- og skeletsygdomme i 2000 ca. 5% af alle sengedage på hospital. Endvidere havde godt 60% af forløbene på et revalideringscenter baggrund i muskel- og skeletlidelser [3].

I 2002 var muskel- og skeletlidelser ifølge Den sociale Ankestyrelses opgørelser den næsthøypigste årsag til førtidspension (udgjorde 22% af alle angivne sygdomsårsager).

Beregninger på basis af sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000 viser, at en 16-årig kan forventes gennemsnitlig at miste ti gode leveår som følge af muskel- og skeletbesvær. Ingen anden sygdom bare nærmer sig dette omfang af tabte gode leveår.

I 1992 opgjordes de samlede samfundsøkonomiske omkostninger i forbindelse med sygdom til i alt 140 mia. kr., inkl. såvel de direkte omkostninger til diagnostik og behandling som de indirekte til produktionstab. Samfundsøkonomisk er muskel- og skeletsygdomme den næstdyreste sygdomsgruppe (15% af samtlige omkostninger) og overgås kun af psykiske lidelser.

Risikoindikatorer

Arbejdsrelaterede påvirkninger

Epidemiologiske studier har vist, at skader og lidelser i bevægeapparatet bl.a. er forårsaget af hårdt fysisk arbejde, tunge løft, gentagen eller vedvarende overanstrengelse, akavede, vedvarende eller ekstreme stillinger, utilstrækkelig hviletid, vibrationer og lave temperaturer. Samtidig fremhæves betydningen af psykosociale forhold som mangel på indflydelse på og almindelig utilfredshed med arbejdet [4, 5].

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Fysisk inaktivitet

Fysisk inaktivitet er risikoindikator for at få muskel- og skeletlidelser, herunder osteoporose og lænderygbesvær.

Regelmæssig fysisk aktivitet er nødvendig for at vedligeholde muskelstyrke, ledstrukturer og -funktion samt kondition [6, 7]. Derfor kan fysisk aktivitet være medvirkende til at mindske symptomer fra bl.a. artrose og lænderygbesvær [6].

Sport

Fysisk aktivitet i almindelighed og aktiv deltagelse i sport som sådan er gavnlige, men sportsdeltagelse kan også indebære risiko for overanstrengelsesskader såvel som akutte skader, som endda kan medføre død eller permanent handicap [8]. I nordiske skadestueopgørelser var 6-19% af de akutte skader forårsaget af idrætsaktivitet, for børn og unge var de tilsvarende tal 18-35%, og langt den overvejende del er bevægeapparatsskader fra forstuvninger til frakturer og ligamentrupturer [8].

Overvægt

Svært overvægtige personer - med et *body mass index* (BMI) på $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ - har en øget risiko for artrose på 2-3 gange i forhold til normalvægtige personer (BMI: 18,5-25 kg/m^2). Specielt artrose i knæene, men formentlig også i hofterne, og lænderygbesvær kan relateres til overvægt og fedme. Tillige er overvægt en risikoindikator for hyperurikæmi og urinsyre-gigt [9]. I adskillige studier har man dog vist, at vægttab over kort tid, dvs. uger til måneder hos fede personer, kan reducere risikoindikatorer for og mindske symptomer på fedmerelaterede tilstande herunder artrose [9].

Øget ældreandel

Artrose er en af de hyppigste former for muskel- og skeletbesvær og har specielt en høj forekomst i den ældre del af befolkningen og blandt kvinder. Artrose medfører ud over smerter betydelige fysiske funktionsindskrænkninger og nedsat livskvalitet.

Ved fremskrivning til 2020 er det vurderet, at 18% af alle amerikanere vil være afficeret af artrit/artrose, hvoraf de fleste vil være 55 år eller ældre. Det faktum, at forekomsten af artrit/artrose stiger med alderen, sammen med stigningen i ældrepopulationens størrelse betyder, at artrit/artrose, som er et signifikant helbredsproblem i dag, vil blive en endnu større udfordring i de kommende år [10]. Fremskrivninger på basis af Landspatientregistret og sundheds- og sygelighedsundersøgelserne har estimeret forekomsten af muskel- og skelet-sygdom til 20% i 2020.

Perspektiver

Det resumeres af *Hunt* [11], at muskel-skelet-fitness er en ikke nok værdsat faktor for generel sundhed og velbefindende. Det velvære, som kommer med god muskelstyrke og kondition, har utallige fordele. Det er med til at vedligeholde ældres funktionelle uafhængighed, ved at de kan klare daglige aktiviteter såsom at gå, gå på trapper og rejse sig op fra siddende

stilling, og det kan være med til at forebygge fald. Det øger muligheden for at vedligeholde en ideel kropsvægt. Endvidere har muskel-skelet-fitness betydning for forekomsten og muligvis forebyggelsen af mange muskel- og skeletlidelser såsom forstuvninger, forstrækninger, lænderyg- og nakkebesvær, artrose, skulderinstabilitet mv. Tilstrækkelig fysisk aktivitet i fritiden kan være med til at reducere muskel- og skeletbesvær i den erhvervsaktive del af befolkningen, specielt når det gælder personer med siddende arbejde [5, 6].

Der er uden tvivl en øget risiko for kort- og langvarige muskel- og skeletproblemer relateret til fysisk aktivitet, især inden for konkurrenceidræt. Derfor er det også vigtigt, at sundhedsprofessionelle ikke blot opfordrer til fysisk aktivitet og sportsdeltagelse, men også opfordrer til at tænke på og arbejde med forebyggelse af såvel kort- som langtidsskader på bevægeapparatet. Skadesforebyggelse bør både omfatte idrætsudøvens egen forberedelse og indsats i form af relevant træning og anvendelse af hensigtsmæssige idrætsfaciliteter og sportsudstyr, herunder anvendelsen af beskyttelsesudstyr. Også idrættens regelsæt bør tilpasses på at mindske skader [8].

Forebyggelse af arbejdsrelaterede muskel- og skeletlidelser er fortsat et vigtigt indsatsområde. Således angives, at op til en tredjedel af alvorligere rygskader ville kunne forebygges ved at indrette arbejdspladserne hensigtsmæssigt [4].

Korrespondance: *Fin Biering-Sørensen*, Klinik for Para- og Tetraplegi, Neurocentret, H:S Rigshospitalet, TH2091, DK-2100 København Ø.
E-mail: finbs@rh.dk

Antaget: 23. februar 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Kjølner M, Rasmussen NK, eds. Sundhed og sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
2. Brinck B, Rasmussen NK, Kjølner M et al. Muskel- og skeletsygdom i Danmark. København: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, 1995.
3. Kvamm J, Nielsen SV. Revalidering, en deskriptiv forløbsundersøgelse. Ugeskr Læger 2003;165:2815-9.
4. Keyserling WM. Workplace risk factors and occupational musculoskeletal disorders. Part 1: A review of biomechanical and psychophysical research on risk factors associated with low-back pain. AIHAJ 2000;61:39-50.
5. Natvig B, Picavet HSJ. The epidemiology of soft tissue rheumatism. Best Practice Res Clin Rheum 2002;16:777-93.
6. Pedersen BK, Saltin B. Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003.
7. U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity and health. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centres for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
8. Bahr R, Kannus P, van Michelen W. Epidemiology and prevention of sports injuries. I: Kjær M, Krogsgaard M, Magnusson P et al, eds. Textbook of sports medicine. Oxford: Blackwell Science Ltd., 2003.
9. National task force on the Prevention and Treatment of Obesity. Overweight, obesity, and health risk. Arch Intern Med 2000;160:898-904.
10. Brooks PM. Impact of osteoarthritis on individuals and society: how much disability? Social consequences and health economic implications. Curr Opin Rheumatol 2002;14:573-7.
11. Hunt A. Musculoskeletal fitness: the keystone in overall well-being and injury prevention. Clin Orthop Rel Res 2003;409:96-105.