

UTVÄRDERING AV RAPPORTERINGSSYSTEM FÖR ARBETSRELATERAD SJUKDOM.

EVA EKSTRAND

Handledare RALPH NILSSON

**Projektarbete vid företagsläkarkursen
Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet 2002/03**

Eva Ekstrand
Feelgood Hälsa Sverige AB
Johannefredsgatan 4
431 53 Mölndal
tel. 031-776 83 00
eva.ekstrand@feelgood.se

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	s. 1
Inledning	s. 2
Undersökningsgrupp	s. 3
Metod	s. 3
Resultat	s. 4
Diskussion	s. 7
Litteraturreferenser	s. 10

Utvärdering av rapporteringssystem för arbetsrelaterad sjukdom.

Eva Ekstrand, Feelgood Hälsa Sverige AB, Johannefredsg. 4, 431 53 Mölndal, eva.ekstrand@feelgood.se

SAMMANFATTNING

Belastningsskador är den vanligaste orsaken till arbetsskada. Montörer är den yrkesgrupp som har störst risk att drabbas av belastningssjukdom (1). I en undersökning vid ett medelstort svenskt tillverkningsföretag har gjorts en utvärdering av ett rapporteringssystem för arbetsrelaterad sjukdom. Man rapporterar där regelbundet diagnoser och sjukskrivningstal för större grupper av anställda som söker företagshälsovården för sjukdom som bedöms till övervägande del vara orsakad av arbetet. Syftet med undersökningen har varit att analysera vilken information som kan ges av rutinmässigt rapporterad sjukdomsstatistik och studera om detta kan vara av värde för att påvisa hälsorisker i arbetsmiljön. Man har önskat undersöka om diagnoser och sjukskrivningsmönster skiljer sig mellan olika avdelningar, hur stor del av patienterna som fortfarande är sjukskrivna efter sex månader samt om de har uppgett tidigare besvär i samband med nyanställningsundersökningen.

Uppföljning har gjorts av patientjournaler för de anställda som sökt för arbetsrelaterad sjukdom under kvartal 1-3, år 2002, sammanlagt 29 patienter. Företaget har totalt ca 600 personer anställda varav ca 400 i produktionsarbete. Utöver tidigare känd information om diagnoser, avdelning och ev. sjukskrivning efter första besöket har man noterat ålder, kön och anställningstid samt information om patienten fortfarande är sjukskriven efter tre resp. sex månader. Från nyanställningsundersökningen har eftersökts om patienten tidigare haft besvär av samma karaktär. Vidare har undersökts hur många av fallen som ordinerats kontakt med sjukgymnast/arbetsterapeut, fått remiss till specialist, samt om rehabiliteringsprocessen medfört behov av omplacering alt. annat arbete.

Det kunde noteras tydliga skillnader i diagnosmönster mellan olika produktionsavdelningar. En klar överrepresentation fanns av besvär från nacke-skuldror på en avdelning där arbetet innebar statisk belastning på nacke och skulderparti, samt även diagnoser från hand-handled vid avdelning med monteringsarbete, innebärande högrepetitivt arbete för händer. På övriga avdelningar med blandade tekniska och kontorsuppgifter var diagnoserna jämnt fördelade över flera grupper och färre fall ledde där till sjukskrivning. Vid den avdelning där arbetet innebar tyngst belastning för axlarna var nästan samtliga av de patienter som blev sjukskrivna vid första besöket fortfarande inte i arbete efter 6 månader. Vid en annan produktionsavdelning hade däremot de flesta återgått i arbete. Flertalet av de insjuknade hade i samband med nyanställningsundersökningen inte uppgett tidigare besvär av belastningssjukdom.

Denna form av diagnosrapportering kan ge en god uppfattning om de arbetsrelaterade problemen på olika avdelningar. Det är av vikt att varje grupp är tillräckligt stor så att informationen kan lämnas utan risk att röja den enskilde patientens identitet. Materialet innehåller relativt få patienter och endast de som sökt företagshälsovården men kan vara en bra utgångspunkt för fortsatta diskussioner och riktade åtgärder för förebyggande av arbetsrelaterad sjukdom.

1. Referens: Lindmark E. Arbetsmiljöverket. Korta arbetsskadefakta. Nr 03 2000
Belastningsskador 1998-99. www.av.se

INLEDNING

Belastningsskador är den vanligaste orsaken till anmäld arbetsskada i Sverige. (1). Enl. Arbetsmiljöverkets statistik är montörer den yrkesgrupp som har högst risk för belastningsskador. Den genomsnittliga sjukfrånvaron för belastningsskador 1998 var 124 sjukdagar. Höga sjukskrivningstal är ett ökande problem.

Det är väl känt att repetitivt arbete ger ökad risk för muskelsmärk i nacke och axlar. Fr.a finns bevisat att hög-repetitivt och statiskt arbete med armarna flekterade/abducerade mer än 60 grader har ett positivt samband med skuldertendinit (3) samt att hög-repetitivt arbete med handleden kan ge ett kliniskt karpaltunnelsyndrom (5).

Undersökningen utförs vid ett västsvenskt tillverkningsföretag där man tidigare haft problem med hög sjukfrånvaro och personalomsättning fr.a. inom avdelningar med till stor del manuellt produktionsarbete. I samarbete med internationell koncernledning har man i flera länder infört regelbunden rapportering av nya sjukdomsfall som man bedömer vara till övervägande del orsakade av arbetet.

Arbetsuppgifterna inom produktionsavdelningarna innebär delvis manuellt monteringsarbete stående eller sittande. Inga direkt tunga lyft eller framåtböjningar. På den största avd. vilken i undersökningen benämnes A, innehåller arbetsmomenten i stor utsträckning ensidiga, upprepade rörelser i axelleden med armarna ibland i flektion- abduktion 30-90 grader. På avd. B innebär monteringsarbetet i högre grad belastning och tryckmoment på händer och handleder. Övriga avdelningar som kontor, lager och packningsavdelning har mer varierade arbetsuppgifter och ett lägre antal sjukskrivna och rapporteras i denna sammanställning som en grupp C.

Undersökningens syfte är att analysera vilken information som kan ges av rutinmässigt rapporterad sjukdomsstatistik av arbetsrelaterad sjukdom vid ett medelstort svenskt produktionsföretag och diskutera om detta är av värde för att påvisa hälsorisker i arbetsmiljön.

Frågeställningar som man önskat besvara är

- Är det ur materialet möjligt att undersöka hur diagnoser och sjukskrivningsmönster skiljer sig mellan olika avdelningar?
- Hur stor del av patienterna är fortfarande sjukskrivna efter sex månader?
- Har de patienter som rapporterats ha arbetsrelaterad sjukdom uppgett tidigare besvär i samband med nyanställningsundersökningen?

UNDERSÖKNINGSGRUPP

Företaget har ca 600 anställda varav ca 400 på avdelningar med produktionsarbete. Den största avdelningen A har 304 anställda varav 70 % är kvinnor. Avd B har 92 anställda och 78% är kvinnor. Undersökningsgruppen bestod av de anställda vid företaget som insjuknat eller återinsjuknat under kvartal 1-3 år 2002 i sjukdom som bedömts som sannolikt arbetsrelaterad. Gruppen utgjordes av de personer som sökt företagshälsovården för första besök hos läkare, sjukgymnast eller psykolog, sammanlagt 29 personer. Medelåldern för dessa var 36 år. Samtliga ingick i studien. Personer som sökt vård på annan inrättning ingick ej i det rapporteringssystem som utgjort underlag för studien.

METOD

Materialet för studien har hämtats från företagets formulär för diagnosrapportering där bedömningen görs standardiserat enl. särskild mall och instruktion av företagsläkare på resp. ort. Om tillräckligt stort antal anställda med liknande diagnos brukar man där också ange aktuell avdelning samt om personen är sjukskriven eller ej. För att ingå i statistiken krävs att sjukdomsfallet medfört minst en dags sjukskrivning eller behandling med exempelvis medicin eller sjukgymnastik. Enklare fall med endast rådgivning inkluderas ej. Inga personuppgifter förekommer varför man i den rutinmässiga rapporteringen till företaget ej kan göra någon uppföljning av enskilda patienter.

I den aktuella undersökningen har gjorts en uppföljning av patientjournalerna för de personer som rapporterats ha arbetsrelaterad sjukdom. Diagnoserna har sammanställts i de grupper som normalt ligger till grund för rapporteringen samt ytterligare specificerats gällande lokalisering av belastningssjukdomar. Dessa har delats in efter besvär från arm/hand, nacke/axel samt ländryggsbesvär. Stressrelaterade besvär har beskrivits som en grupp och övriga diagnoser som en grupp då det var få patienter i dessa. Jämförelse har gjorts mellan de två största produktionsavdelningarna A och B och övriga avdelningar som rapporterats som en avd C.

Utöver tidigare känd information om diagnoser, avdelning och ev. sjukskrivning efter första besöket har man noterat ålder, kön och anställningstid samt information om patienten fortfarande varit sjukskriven efter tre resp. sex mån. I de fall frågeformulär från nyanställningsundersökning funnits har man eftersökt om patienten tidigare haft besvär av liknande karaktär. I övriga fall har jämförelse gjorts med sköterskans journalanteckning från detta tillfälle. Dessutom har noterats om patienten ordinerats kontakt med sjukgymnast eller arbetsterapeut, om utredningen föranlett remiss till specialist samt huruvida det finns upplysningar om att rehabiliteringsprocessen medfört behov av omplacering alt. annat arbete.

Studien är en deskriptiv studie, innehållande kvantitativa och kvalitativa data. Sammanställning och bearbetning av resultaten har gjorts i Excel.

RESULTAT

Antalet rapporterade fall med arbetsrelaterad sjukdom som sökt företagshälsovården kvartal 1-3 uppgick till sammanlagt 29 personer jämnt fördelade över perioden. Av dessa var 27 kvinnor och två män. Medelåldern var 36 år. Tjugo personer sökte för helt nytt sjukdomsfall. Nio personer bedömdes som återfall och hade tidigare sökt för liknande sjukdomsbild men med långt besvärsfritt intervall.

Av de 29 patienterna hade 24 olika muskuloskeletala besvär som *diagnos* där orsaken i flertalet fall angavs som ensidigt belastande arbete (fig.1). Samtliga av dessa var kvinnor. Andra orsaker till smärttillstånd angavs i enstaka fall som stress eller tillfällig belastning. Tre fall hade symtom härrörande från stress, ex. sömnsvårigheter eller magbesvär och två fall hade andra sorters problem ex. hudbesvär.

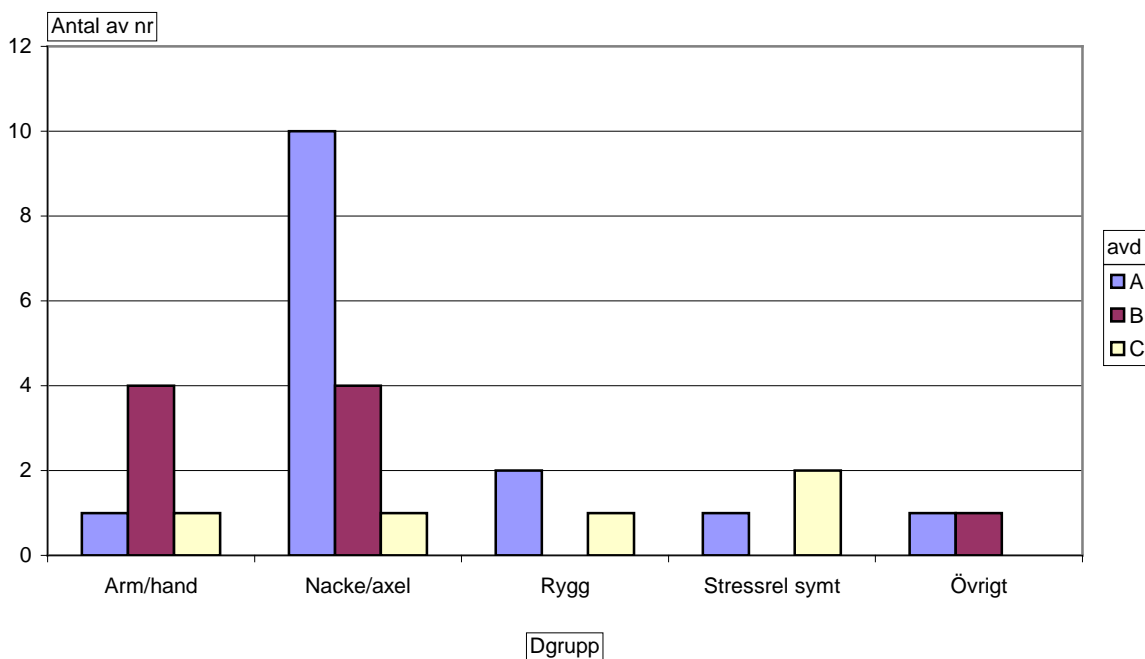


fig.1
Diagnoser hos patienter med arbetsrelaterad sjukdom

Av de 29 rapporterade fallen arbetade 24 inom de två stora produktionsområdena med manuellt arbete. På *avd A* konstaterades 15 fall varav tio patienter med diagnos från området nacke, axel, ex. trapeziusmyalgi eller cervikobrakialt syndrom samt tre patienter med andra belastningssjukdomar ex. lumbago (fig.2). På *avd B* rapporterades nio fall där fyra hade diagnos från handregionen, ex. karpaltunnelsyndrom och tumartros samt fyra personer med symtom från nacke, axlar. Från övriga avdelningar som kontor, lager och packningsavdelning sammanslaget (*C*) rapporterades fem fall varav tre med belastningssjukdom och två med stressymtom. Av de patienter som fått diagnos med muskuloskeletala besvär arbetade således 88 % inom produktionen med monteringsarbete.

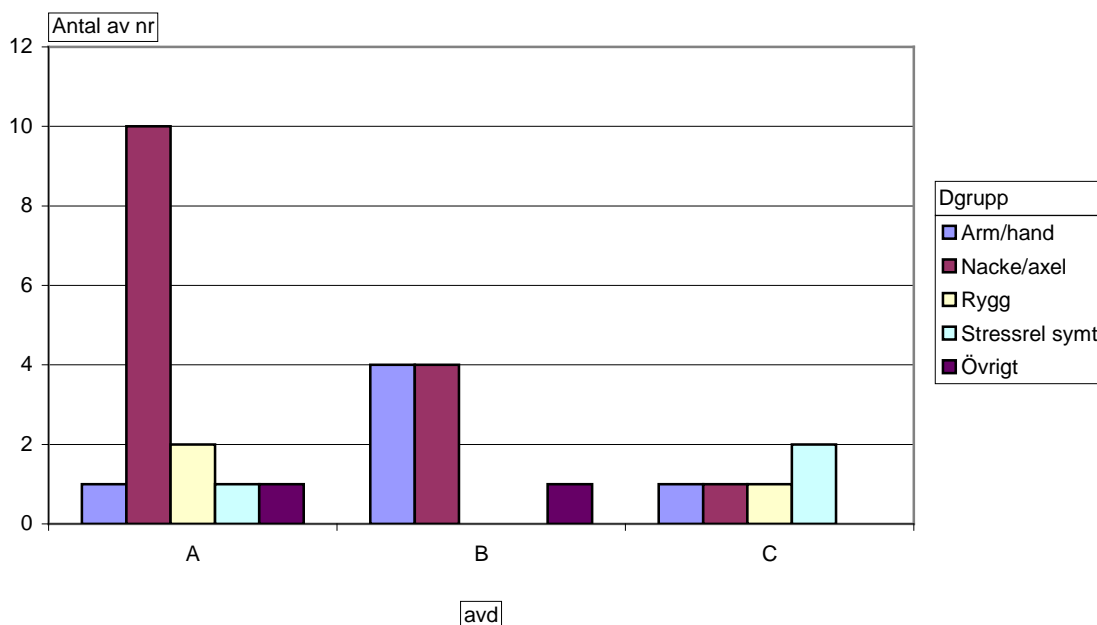


fig.2
Skillnad i diagnoser mellan olika avdelningar

Vid efterforskning om ev. *tidigare belastningssjukdom* hade 15 av de 24 patienterna med muskuloskeletal sjukdom tidigare sökt FHV för någon sorts belastningsbesvär, äv. av annan sort än den aktuella sjukdomen. Av de tolv som blev sjukskrivna vid första besöket hade merparten haft någon sorts muskel- eller ledbesvär i tidigare journalanteckningar. Knappt hälften av de som ej blev sjukskrivna hade tidigare haft andra besvär från muskler eller leder.

Uppföljning av sjukskrivningsmönstret hos de patienter som fått diagnos muskuloskeletal sjukdom visar att hälften blev *sjukskrivna* vid första besöket (fig.3). Man kunde här se klara skillnader mellan de olika avdelningarna. På avd.A blev ca hälften av patienterna sjukskrivna. Någon enstaka hade kommit i arbete vid uppföljning efter tre månader men åter sjukskriven efter sex månader. Nästan samtliga hade blivit föremål för rehabiliteringsåtgärd som arbetsträning, anpassade arbetsuppgifter eller planering för omplacering etc. Samtliga hade sjukgymnastkontakt. På avd B. blev över hälften sjukskrivna initialt men de flesta var åter i arbete vid sista uppföljningen. På avd. C blev ingen patient sjukskriven alls av denna orsak. Sammanlagt tre personer var deltidssjukskrivna vid 3-månadersuppföljningen och två av dessa återgick i heltidsarbete. Bland övriga diagnoser, fem fall, blev fyra sjukskrivna.

Av övriga tolv personer som ej blev sjukskrivna primärt blev endast en sjukskriven senare men samtliga var åter i arbete efter sex månader. Nio hade kontakt med sjukgymnast/arbetsterapeut och två hade fått remiss till specialist.

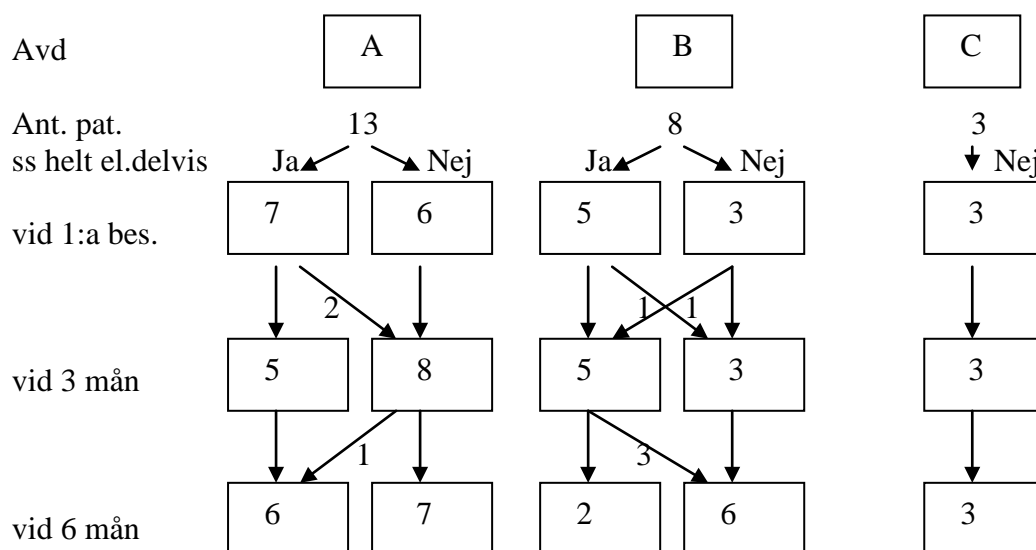


fig.3
Sjukskrivningsmönster hos 24 patienter med muskuloskeletal sjukdom.

20 av de 29 patienter som ingick i undersökningen var *nya sjukdomsfall* som ej registrerats under samma diagnos tidigare i journalen. Övriga var återfall efter tidigare sjukdomsperiod med samma diagnos.

22 av personerna hade på något sätt haft kontakt med *sjukgymnast* eller arbetsterapeut för behandling, ergonomisk rådgivning, individuellt program för träning på egen hand eller utprovning av ortos eller annat hjälpmedel.

Totalt hade nio personer av de 29 i undersökningen fått en *remiss* till specialist, ex. ortoped, reumatolog, hudläkare.

Vid genomgång av journalanteckningar framgick att hos de 21 personer som var i arbete 6 månader efter första kontakten kunde man senare utläsa återkommande besvär - *recidiv* i sju fall. Fem av dessa hade genomgått omplacering eller arbetsanpassning.

I patientjournalen fanns uppgifter från *nyanställningsundersökning* från antingen frågeformulär eller journalanteckning från sköterska i samtliga 24 fall av personer med belastningssjukdom. I två fall fanns angivet tidigare besvär av liknande art, i sex fall fanns angivet tidigare muskel- eller ledbesvär av annat slag ex. lumbago eller knäbesvär och i 16 fall noterades att den nyanställde tidigare var helt frisk.

Den genomsnittliga *anställningstiden* hos personerna i undersökningen var 5,8 år varierande mellan 0,5 till 17 år. I den grupp med sju personer som var långtidssjukskrivna hade hälften längre anställningstid än sex år. Medelåldern i denna grupp var 43 år. De övriga hade kortare anställningstid än 1,5 år. Medelåldern i den gruppen var nästan lika hög, 41 år och samtliga var över 30 år.

DISKUSSION

Resultatet av undersökningen visade tydliga skillnader mellan olika avdelningar inom företaget beträffande såväl diagnoser som sjukskrivningsmönster. Avdelningar med repetitivt, statiskt arbete hade fler anställda som sökte för belastningssjukdomar. Det fanns också en skillnad mellan avdelningarna beträffande typ av besvär. Man fann att vid den avdelning där arbetet innebar tyngst belastning för axlarna var nästan samtliga av de personer som blev sjukskrivna vid första besöket fortfarande inte i arbete efter sex månader i motsats till den andra produktionsavdelningen där de flesta hade återgått i arbete. Flertalet av de insjuknade hade i samband med nyanställningsundersökningen uppgett att de tidigare inte haft besvär av belastningssjukdom.

I undersökningen kunde som väntat skillnader ses beträffande *diagnoser* hos personer som arbetar med produktionsarbete resp. på kontor eller med andra varierade arbetsuppgifter. Man har också noterat skillnader mellan produktionsavdelningar med olika sorters arbetsmoment. På produktionsavdelning A där arbetet innebär belastning på nacke och axelparti hade större delen av patienterna diagnoser från detta område ex. nackmyalgi. En klar skillnad noterades från avd B där arbetet innebär större belastning på handleder. Här hade lika många diagnoser från händer och handleder, ex. karpaltunnelsyndrom, som besvär från nacke och axlar. På övriga avdelningar med blandade tekniska och kontorsuppgifter var diagnoserna jämnt fördelade över flera grupper och färre fall ledde där till sjukskrivning.

Enl. Arbetslivsfakta (2) ökar repetitivt arbete andelen anställda med muskelvärk i nacke och axlar till 37 % jämfört med 11 % hos personer som ej har repetitivt arbete. Ett högt arbetstempo ökar också besvär av såväl stress- som belastningssjukdomar. Det finns i litteraturen starka bevis för att högrepetitivt och statiskt arbete med armarna flekterade/abducerade mer än 60 grader har ett positivt samband med skuldertendinit. (3) Den vetenskapliga litteraturen redovisar endast få säkra samband mellan exponeringar i arbetet och en ökad förekomst av nackbesvär. Dock konstateras begränsade evidens mellan arbeten med böjd eller vriden bål respektive arbetsplatsens utformning och ökad förekomst av nackbesvär. (4). Det finns också stark vetenskaplig evidens för att högrepetitivt arbete med handleden under lång tid kan ge ett kliniskt karpaltunnelsyndrom. Kombinerad exponering av repetitivt arbete och kraftgrepp ökar denna risk.(5)

En större del av kvinnor än män anger arbetsorsakade besvär (6). Av de 29 personerna i den aktuella undersökningen var 93 % kvinnor och 7 % män. Den totala andelen män på produktionsavdelning A och B var 28 %. Således fanns en klar överrepresentation av kvinnor som sökte för arbetsrelaterade besvär. Sannolikt kan flera samverkande faktorer finnas som förklaring till denna skillnad. Olikheter i kroppslängd kompenseras av att arbetsbordets höjd kan justeras på många stationer. Andra faktorer som muskelkraft, upplevd trivsel eller stress både i arbetssituationen och privat, är sannolikt också sådant som påverkar graden av muskelspänning och värk. I studier har också visats att arbetsbordshöjd och huvudrotation var relaterat till muskuloskeletal besvär men även att mindre kontroll i arbetet samt dåligt stöd från ledning och medarbetare var faktorer som hade samband med hand- och armsymtom (7,10)

I Arbetsmiljöverkets undersökning om arbetsorsakade besvär – intervjuundersökning från år 2000 som samkörts med sysselsättningsstatistik- (6) anges att 20 % av män och 30 % av kvinnor i företag med mer än 500 anställda anger arbetsorsakade besvär. Besvär som lett till sjukskrivning mer än 1 månad anges till 4 % för män och 6 % för kvinnor.

I Sveriges officiella statistik för Arbetsrelaterade besvär 2002 konstateras också att en större andel arbetare än tjänstemän redovisar besvär som följd av påfrestande arbetsställningar och tung manuell hantering. När det gäller besvär orsakade av stress och andra psykiska påfrestningar är det omvänt förhållande med en större andel tjänstemän. Dessutom anger en betydligt större andel kvinnor än män sådana besvär i samtliga branscher. Av samtliga sysselsatta är det dubbelt så stor andel kvinnor som män som uppger besvär lokaliserade till hals/nacke (8 % kvinnor och 4 % män) och också en betydande större andel som uppger besvär i axel/arm (11 % kvinnor och 7 % män). Personer sysselsatta i process- och maskinoperatörsarbete som angett besvär under de senaste 12 månaderna från hals, nacke anges till 4,1 % av män och 8,8 % av kvinnor. Besvär från axel, arm anges till 9,2 % av män och 18,2 % av kvinnor, samt besvär från fingrar, hand/handled 3,0 % av män och 3,6 % av kvinnor. Personer sysselsatta i kontors- och servicearbete angav besvär under de senaste 12 månaderna till följd av stress eller andra psykiska påfrestningar hos 8,7 % av män och 10,9 % hos kvinnor. (9).

Utifrån *nyanställningsundersökningen* har man inte kunnat visa något samband med senare risk att insjukna i arbetsrelaterad sjukdom. Endast ett fåtal av de som senare insjuknade hade uppgivit tidigare besvär. Undersökningen hos sjuksköterska är dock ett lämpligt tillfälle för ergonomisk rådgivning och förebyggande hälsoråd inför arbetet. Det finns hittills heller inga vetenskapliga bevis för att man genom riktad anställningsundersökning kan förebygga arbetsrelaterade muskuloskeletal sjukdomar. (8)

Vid uppföljning av *sjukskrivningsmönstret* noterades att på den avdelning där arbetet innebar tyngst belastning på axlarna var nästan samtliga av de patienter med muskuloskeletal sjukdom som blev sjukskrivna vid första besöket fortfarande ej i arbete efter sex månader. Det kan antas att tidig rehabilitering minskar risk för långtidssjukskrivning, men det kan ej uteslutas att dessa patienter redan från början hade en svårare sjukdomsbild som krävt längre tids behandling/rehabilitering. I undersökningen framgår ej heller om det fanns skillnader i hur länge patienten haft besvär innan han sökte vid första tillfället. De personer som blev deltidssjukskrivna kom snabbare i arbete. Då man inte känner till om dessa personer haft en lindrigare sjukdomsbild eller sökt på ett tidigare stadium är det svårt att av denna undersökning säkert påstå att återgång i deltidarbete kan underlätta återgång i heltidsarbete, vilket dock kan vara ett antagande. Större delen av de långtidssjukskrivna (83 %) kunde ej återgå i tidigare arbete utan omplacering eller andra rehabiliteringsåtgärder. Detta styrker vikten av att redan tidigt i ett sjukdomsfall som kan komma att kräva längre sjukskrivning etablera kontakt mellan arbetsgivare och ex. företagshälsovård för planering och kartläggning av rehabiliteringsbehov.

Hälften av de personer som sökt för muskuloskeletal sjukdom blev ej sjukskrivna primärt och var också samtliga i arbete vid slutet av undersökningen.

En tredjedel av de personer som rehabiliterats tillbaka i arbete efter sjukskrivning fick senare efter undersökningsperiodens slut förnyat *recidiv* som krävde omplacering eller arbetsanpassning. Det är sannolikt så att risken för återkommande besvär minskar om patienten ej återgår i precis samma arbetsuppgifter. Det har i anvisningarna ej angivits någon tidsgräns för vilka patienter som skall anges som återfall. Rimligtvis har dock minst sex månader förflutit för att man ej ska anse att det rör sig om försämring i samma sjukdomsperiod.

Eftersom både de personer som var långtidssjukskrivna samt de som ej behövt sjukskrivning i övervägande del hade kontakt med sjukgymnast kan man i denna undersökning ej utläsa någon skillnad i effekten av behandlingen. Det kan dock konstateras att de patienter som blev långtidssjukskrivna samtliga hade blivit föremål för rehabiliteringsåtgärder bl.a. i form av *sjukgymnastkontakt* (100 %) och åtgärder på arbetsplatsen (83 %). 83 % hade remitterats till specialist någon gång under perioden.

Det förelåg en stor variation i *anställningstid*. Bland de långtidssjukskrivna fanns en grupp med lång anställningstid. Man kan anta att dessa personers besvär uppkommit efter en lång tids ensidig, upprepad belastning. Medelåldern var dock nästan lika hög i den grupp av långtidssjukskrivna som haft en kort anställningsperiod. Det är oklart om åldern i sig är en faktor som påverkar risken att få belastningsskador. Det är sannolikt också andra faktorer som inverkar, bl.a. arbetsmarknadssituationen med svårigheter att byta arbete. I produktionsarbetet är en stor andel anställda unga och det har tidigare förelegat en hög personalomsättning. En planerad kort anställning i väntan på studier eller annat arbete minskar sannolikt motivationen för att träna förebyggande, ta pauser i arbetet etc. En hög personalomsättning kan då också vara ett tecken på att fler än de som sökt vård för arbetsrelaterade besvär upplevt problem och valt att byta arbete vilket sannolikt är lättare för yngre personer.

Då man inte känt till hur många personer som samtidigt sökt på andra vårdinrättningar, ex. vårdcentral eller ortopedmottagning kunde man ej bedöma hur stor risken var att drabbas av arbetsrelaterad sjukdom på resp. arbetsställe. Materialet bestod också av få fall vilket innebar en hög statistisk osäkerhet. Bland dem som sökt företagshälsovården kunde man dock se klara skillnader i diagnoser mellan olika avdelningar.

Svårigheter föreligger i ett rapporteringssystem som detta att få en likartad bedömning mellan olika arbetsplatser. Det är önskvärt att så få läkare som möjligt gör bedömningen för samma företag. Vid samtal med företagsläkare från samma koncern utomlands har också diskuterats olika traditioner vad gäller diagnossättning. Det som i Sverige klassificeras som stressymtom kan i ett annat land registreras som gastrointestinal sjukdom, ex. gastrit, eller neurologisk sjukdom, ex. huvudvärk. I USA finns ett motstånd mot rapportering av arbetsrelaterad sjukdom överhuvudtaget då företaget i sådana fall kan anses vållande till sjukdom med risk för anspråk på höga skadeståndersättningar.

Sammanfattningsvis kan denna form av diagnosrapportering ge en relativt god uppfattning om de övervägande arbetsrelaterade problemen på olika avdelningar. Det är av vikt att varje grupp är tillräckligt stor så att informationen kan lämnas utan risk att röja den enskilde patientens identitet. Materialet kan vara en bra utgångspunkt för fortsatta diskussioner om arbetsmiljöproblem och var och hur ett förbättringsarbete kan påbörjas.

REFERENSER:

1. Lindmark E. Arbetsmiljöverket. Korta arbetsskadefakta. Nr 03 2000 Belastningsskador 1998-99. www.av.se
2. Strannefors T. Arbetsmiljöverket. Arbetslivsfakta nr 1. 2001. www.av.se
3. Styf J. Skulderbesvär och arbete. I: Hansson T et al. Arbete och besvär i rörelseorganen Arbete och hälsa 2001;12:137-138.
4. Hansson T. Nackbesvär. I: Hansson T et al. Arbete och besvär i rörelseorganen. Arbete och hälsa 2001;12:83.
5. Vingård E. Karpaltunnelsyndrom. I: Hansson T et al. Arbete och besvär i rörelseorganen. Arbete och hälsa 2001;12:176-178.
6. Weiner J. Arbetsmiljöverket. Korta sifferfakta. Nr 3.2002. www.av.se
7. Bernard B, Sauter S et al. (1994). Job task and psychosocial risk factors for workrelated musculoskeletal disorders among newspaper employees. Scand J Work Environ Health 20: 417-26.
8. Hagberg M. Datorplatsens ergonomi. Selektion av anställda. I: Edling et al. Hälsa och miljö. Lund. Studentlitteratur 2000. p.106-107.
9. Bastin M. Statistiska meddelanden. Arbetsorsakade besvär 2002. SCB. www.scb.se
10. Hagberg M. Datorplatsens ergonomi. Nack- och skuldersymtom. I: Edling et al. Hälsa och miljö. Lund. Studentlitteratur 2000. p.105.