



Institutionen för hälsovetenskaper
Fysioterapeutprogrammet

Utbildningsprogram
i fysioterapi 180 hp

Examensarbete 15 hp
Höstterminen 2019

Patienter med nack-och ryggsmärta i primär- vården: arbete, anställning och utbildning

Författare

Emma Bengtsson

em0483be-s@student.lu.se

Susanne Jönsson

Ssk15tny@student.lu.se

Therese Nyman

Sko12sj1@student.lu.se

Fysioterapeutprogrammet

Lunds universitet

Handledare

Kjerstin Stigmar

Biträdande universitetslektor

Kjerstin.Stigmar@med.lu.se

Lunds Universitet

Examinator

Caroline Larsson

Caroline.Larsson@med.lu.se

Innehåll

.....	1
Abstract.....	3
Sammanfattning.....	4
1. Bakgrund.....	5
1.1. Muskuloskeletal smärta.....	5
1.1.1. Rygg-och nacksmärta.....	5
1.1.2. Smärta.....	5
1.1.3. Olika typer av smärttillstånd i nacke och rygg.....	6
1.1.4. Riskfaktorer för att utveckla muskuloskeletal smärta.....	7
1.2. Arbete och hälsa.....	8
1.2.1. Arbetsrelaterad muskuloskeletal smärta.....	8
1.2.2. Sjukfrånvaro på grund av muskuloskeletal smärta.....	9
1.3. ICF - Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa....	10
1.4. Fysioterapeutisk behandling vid smärta i rörelseorganen generellt och vid nack/ryggsmärta mer specifikt.....	10
1.5 WorkUp.....	11
2. Syfte.....	12
3. Metod.....	12
3.1.Studiepopulation.....	12
3.2.Genomförande.....	13
3.2.1. Etiska ställningstaganden.....	13
3.2.2. Etiska ställningstaganden.....	13
3.3. Analysmetod.....	13
4. Resultat.....	15
4.0 Beskrivning av populationen.....	15
Arbetsituation.....	16
Yrkesområden.....	15
Egenföretagare.....	17
Arbetsstimmar.....	17
Arbetslöshet.....	17
Förändring av arbetsvillkor.....	18
Yrkeslivets- och privatlivets påverkan.....	18
Arbetsfrånvaro.....	19
4.1 Jämförelser mellan hög- och lågutbildade.....	20
5. Diskussion.....	26
5.1. Resultatdiskussion.....	26
5.2. Metoddiskussion.....	27
6. Konklusion.....	28
7. Klinisk relevans.....	28
Referenser.....	29

Abstract

Background: Musculoskeletal pain is a common cause visiting primary health care. It is known that musculoskeletal symptoms like neck and back pain can be caused by work-related factors like physical demands at work. Furthermore, psychosocial factors that decrease mental health can also enhance musculoskeletal loads. However, neck and back pain has turned out to be more frequent among the population with lower educational status, of whom have lower control and poorer ability to influence their work-situation, compared with those with higher educational status. More knowledge about work and employment among patients with back and/or neck pain and how education level can affect these problems is needed.

Aim: The aim of this paper was to describe work situation, terms of employment and change of work-load and degree of difficulty at work among patients with acute/subacute neck and/or back pain who applied for physiotherapy in primary health care and were included in the study WorkUp. Furthermore, the aim was to study differences between low-educated patients and high-educated patients in self-reported workability, prognosis of workability, reliance up on work management and treatment outcome expectations.

Methods and materials: Initially this paper is a descriptive study that covers study population, work-situation, terms of employment, change of workload and degree of difficulty at work. Henceforth, this paper is a retrospective cohort study that covers comparisons between low educated and high-educated patients that were included in WorkUp. 352 patients were included in WorkUp. Non-parametric tests were used; Mann-Whitney and Chi-2. Calculations were done in the statistical program SPSS.

Result: A significant difference ($p=0,018$) was found between high-educated patients and low-educated patients concerning self-reported workability. Patient with low education reported 6 out of 10 (Q3-Q1; 5), and high-educated patients reported 7 out of 10 (Q3-Q1; 3,75). No significant differences were found concerning treatment outcome expectations ($p=0,625$), confidence in handling the work situation ($p=0,256$), workability; physical demands ($p=0,167$), workability; psychological demands ($p=0,789$) and prognosis of staying in the same occupation as the present ($p=0,435$).

Conclusion: Self-reported workability was higher among patients with high educational status compared to those with low educational status.

Nyckelord: Muskuloskeletal pain, work situation, work ability, education level

Sammanfattning

Bakgrund: Muskuloskeletal smärta är vanligt förekommande och är en vanlig orsak att söka hjälp inom primärvården. Det är känt att muskuloskeletal smärta som nacksmärta och ryggsmärta kan bero på arbetsrelaterade fysiska krav och psykosociala faktorer kan ge hög muskelbelastning och minskat mentalt välmående. Förekomst av nack- och ryggsmärta har visats vanligare bland individer med lägre utbildningsnivå som också har högre belastning, låg kontroll och sämre möjlighet att påverka sin arbetssituation samt upplever mer stress i sitt arbete. Det behövs mer kunskap om arbets- och anställningsförhållanden bland patienter med rygg- och/eller nacksmärta och hur utbildningsnivå påverkar dessa besvär.

Syfte: Syftet med denna kandidatuppsats var att beskriva arbets- och anställningsförhållanden, förändring i arbetsbelastning och svårighetsgrad på arbetet för patienter med akuta/sub-akuta nack- och ryggsmärta som sökt fysioterapi inom ramen för forskningsprojektet WorkUp. Vidare att jämföra självskattad arbetsförmåga, prognos att stanna i yrket, tillit till förmågan att hantera arbetssituation och förväntningar på behandlingen mellan hög- respektive lågutbildade.

Metod och material: Ursprungligen är detta arbete en beskrivande studie som täcker studiepopulation, arbetssituation, anställningsvillkor, förändring av arbetsbelastning och svårighetsgrad i arbetet. Hittills är detta arbete en retrospektiv kohortstudie som omfattar jämförelser mellan låg- respektive högutbildade patienter som ingick i WorkUp. 352 patienter ingick i WorkUp. Icke-parametriska tester användes; Mann-Whitney och Chi-2. Beräkningar gjordes i det statistiska programmet SPSS.

Resultat: Det fanns en signifikant skillnad ($p=0,018$) mellan de högutbildade och lågutbildade avseende upplevd arbetsförmåga. Lågutbildade 6 av 10 (Q3-Q1; 5), högutbildade 7 av 10 (Q3-Q1; 3,75).

Ingen signifikant skillnad hittades vid jämförelser avseende förväntningar på behandling ($p=0,625$), tillit till förmågan att hantera arbetssituation ($p=0,256$), fysiska krav på arbetsförmåga ($p=0,167$), psykiska krav på arbetsförmåga ($p=0,789$) och prognos att stanna i yrket ($p=0,435$).

Konklusion: Upplevd arbetsförmåga skattades högre bland högutbildade jämfört med det lågutbildade

Nyckelord: Muskuloskeletal smärta, arbetssituation, arbetsförmåga, utbildningsnivå

1. Bakgrund

1.1 Muskuloskeletal smärta

Muskuloskeletal smärta är vanligt förekommande och enligt världsorganisationen (WHO) är muskuloskeletal besvär inklusive smärtupplevelse en av de främsta orsakerna till lidande bland jordens befolkning (1). Besvär i rörelseorganen är en vanlig förekommande orsak till att söka hjälp inom primärvården (2). 30 % av nybesöken inom den svenska primärvården är orsakad av muskuloskeletal smärta (3). En randomiserad studie från år 2017 visade på att prevalensen för muskuloskeletal smärta var nästan 60 % av alla dem som sökte vård hos primärvården i Sverige (4).

Det muskuloskeletal systemet, även kallat rörelseorganen, beskrivs som ett samlingsnamn för ledband(ligament), senor, muskler och skelett, där besvären oftast visar sig i knä, höft, rygg, skuldra eller nacke (5). Benbrott och ledsador som orsakas av olyckor också inkluderas inom området (6). Funktionsnedsättningar som drabbar personer med sjukdomar och skador i rörelseorganen är bland annat smärta, försämrad rörlighet och stelhet (7).

1.1.1 Rygg-och nacksmärta

Cirka 20% av Sveriges totala befolkning lider av nack- och/eller ryggsmärta (7, 8). Ryggsmärta är en av de vanligaste åkommorna i vuxen ålder och ungefär 60-70% av Nordens befolkning upplever ryggsmärta under sin livstid, där denna patientgrupp utgör en stor grupp som söker sig till primärvården. I Sverige är sjukdomar och besvär i rörelseorganen den vanligaste orsaken till värk i både vila och rörelse. Majoriteten blir däremot besvärsfria innan smärtan övergår till att bli långvarig. (9-12)

Nacksmärta är vanligt symtom hos befolkningen, i åldern 35-50år är prevalensen som högst. Vid nacksmärta beräknades livstidsprevalensen till nästan 50%, även här är parten som utvecklar långvariga smärta betydligt mycket lägre. (13)

De som har bestående besvär med långvarig smärta i rygg och nacke har oftast svårt för arbetsåtergång och ofta behöver bli långtidssjukskrivna. Det är färre män än kvinnor som drabbas av nacksmärta, däremot gällande ländryggssmärta är det inte någon tydlig skillnad mellan könen (14, 15). Prevalensen för nacksmärta stiger med ökande ålder för att vara som högst i medelåldern och därefter sjunka. När det gäller att söka vård för nacksmärta i Sverige har uppskattats incidensen till 29% hos kvinnor och 18% hos män (15).

1.1.2 Smärta

Smärta är en individuell och subjektiv upplevelse och som kan beskrivas på många olika sätt (16). Den internationella smärtforskningsorganisationen IASP (International Association for the Study of Pain) har definierat smärta enligt följande: “*Smärta är en obehaglig och sensorisk emotionell upplevelse till följd av möjlig eller verklig vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada*” (17).

Denna tolkning skrevs år 1994. Kunskapen om hur smärtupplevelser ska behandlas och skattats utifrån ett multidisciplinärt synsätt har utvecklats sedan dess (3). En ny definition har därför föreslagit: “*Smärtupplevelse är en oroande och plågende upplevelse, associerad med en verklig och möjlig vävnadsskada, som har sensoriska, emotionella, kognitiva och sociala komponenter*” (18).

Smärta kan klassificeras utifrån varaktighet: akut smärta avser smärta och/eller funktionsnedsättning som varar ca 0–3 veckor, subakut smärta är ca 4–12 veckor och kronisk smärta varar mer än 12 veckor (3,9,16,19,20). Akuta smärtupplevelser innebär för de flesta ett snabbt övergående obehag, med förutsättning att bakomliggande orsaker försvinner eller avlägsnas (21,22). Långvarig smärta har rapporterats i Sverige vara vanligt förekommande med en prevalens på ca 40% av den vuxna befolkningen (23,24). Vidare så kan smärta även klassificeras baserat på dess etiologi: nociceptiv, neuropatisk, smärta av oklar/idiopatisk orsak (16) eller nociplastisk smärta (25). Nociceptiv smärta uppstår till följd av en faktisk eller hotande skada på annan vävnad än nervvävnad och beror på aktivering av nociceptorer. Neuropatisk smärta är smärta som är orsakad av en skada eller sjukdom i det somatiskasensoriska nervsystemet. Oklar/idiopatisk smärta är smärta utan känd bakomliggande neurobiologisk orsak (16). Nociplastisk smärta är smärta som uppstår vid förändrad nociception orsakad av störd smärtmodulering, trots avsaknad av tecken på vävnadsskada eller skada eller sjukdom i det somatosensoriska nervsystemet (25).

Smärtupplevelsen kan också beskrivas utifrån tre komponenter. Sensoriskt diskriminativ affektiv respektive kognitiva komponenter. Sensorisk diskriminativ komponent är smärtans intensitet, lokalisation, karaktär och duration. Affektiv komponent är det obehag som är förenat med smärtan. Kognitiv komponent är smärtans inverkan på tankar och handlingar. (16) Vid tolkning av patientens beskrivning av sin smärtupplevelse är det centralt att betrakta smärtupplevelser som komplexa upplevelser som har olika betydelse för olika individer och under varierande omständigheter (26). Muskuloskeletal smärta innefattar sjukdomar som avser skador eller störningar i leder, muskler samt sensor och kännetecknas av närvaro av smärta, stelhet, ömhet, obehag eller ihållande smärta som kan drabba vem som helst och förekommer i alla ålderskategorier (27).

Att ha långvarig smärta i rörelseorganen kan också leda till nedsatt muskelstyrka, koordination, muskuluthållighet och fysisk uthållighet (28). Det kan även medföra nedsatt minne, uppmärksamhet, psykisk uthållighet och motivation (29). Vidare kan det också påverka abstrakt tänkande, tidsplanering och mental flexibilitet. Individens sömn och humör kan även påverkas (30).

1.1.3 Olika typer av smärttillstånd i nacke och rygg

ICD-10-SE (International Classification of Diseases) är det klassifikationssystem som används vid diagnosättning. Via ICD-10-SE klassificeras sjukdomstillstånd, symtom till vård och övriga orsaker till kontakt med hälso- och sjukvård (31). Det finns många olika sorters sjukdomar i det muskuloskeletala systemet och bindväven, dessa klassificeras vanligen under diagnos, kapitel M (ICD kod: M00-M99) (31).

Lumbago (ICD M54.5). Akut lumbago är starkt kopplad till förändringar som uppstår i diskens vävnader och förekommer vanligen mellan 25-50 års åldern(32). Vid kronisk lumbago brukar ländryggssmärta vara minst 3 månader. Ryggsmärta hos yngre vuxna orsakas oftast av diskogena problem och hos medelålders är det artros i ryggens leder (spondylos) med sekundära muskelsmärter som ligger till grund. I den äldre åldersgruppen kan det finnas andra orsaker till smärta, till exempel tumörer och frakturer. (3,32)

Ischias (ICD M54.3) är en form av neurit (nervinflammation) som kännetecknas av svår smärta längs den sensoriska fördelningen av ischiasnerven och dess grenar. Det skapar en huggande typ av smärta i allmänhet i glutealregionen och sträcker sig huvudsakligen ner bakre delen av låret, postero-lateralt av benet och i foten. Vanlig orsak till att ischias inträffar är bland annat en diskskada mellan L4 - L5 och L5 - S1 nivån. (33)

Myalgi (ICD M79.1) är muskelsmärta och som kan uppstå i alla delar av kroppen. Smärtan kan vara koncentrerat till ett område eller utspridd över flera muskler, oftast uppstår det via överansträngning eller överanvändandet av dessa muskler. Myalgia kan vara associerat med en virusinfektion. Svårighetsgraden av smärta kan sträcka sig från mild till svår beroende på orsaken. Det kan beskrivas som kramper och värk. Tecken och symtom i samband med muskelsmärta inkluderar; rodnad på platsen för skada, ömhet, svullnad och feber(34).

Cervikalgi (ICD M54.2) är den medicinska termen för nacksmärta (35).

1.1.4 Riskfaktorer för att utveckla muskuloskeletal smärta

Muskuloskeletal smärta kan uppstå av många olika skäl. En orsak kan vara frekventa eller upprepade rörelser och långvarig obekväma kroppshållning. När kroppen vid upprepade tillfällen utsätts för långvariga statiska belastning kan det orsaka långvarig smärta som leder till muskelskada (27).

De fysiska kraven i arbete, såsom hög muskelbelastning till exempel manuell materialhantering, besvärlig och statiska ställningar, vibrationsexponering, repetitivt arbete och brist på tillgång till ergonomisk utrustning, kan leda till fysisk skada (36,37). Det är också känt att muskuloskeletal symtom som nacksmärta och ryggsmärta kan bero på arbetsrelaterade fysiska krav och arbete som involverar fysiskt arbete såsom konstruktionsarbete, där ansträngningar och belastningar på muskler och skelettsystemet kan uppstå (37). Datorbaserat arbete med ökad musanvändning och dålig sittställning kan leda till utveckling av muskuloskeletal smärta (36). Muskuloskeletal smärta uppstår inte bara som ett resultat av hög muskelbelastning, utan också av de oberoende och kombinerade effekterna av psykosociala faktorerna på jobbet (38,39). Långvarig stress kan leda till ökade muskelspänningar och belastning på det muskuloskeletala systemet (40) och minskat blodtillförsel i extremiteterna (41). Dessutom kan arbetstagare utveckla ökad känslighet för smärtstimulering (42). Muskelspänning, som ofta är omedveten, är en bidragande faktor till muskuloskeletal smärta och orsakas av bland annat tidspress, över-tidsarbete och monotona arbetsställningar (43).

Majoriteten av nacksmärta är av ospecifik typ det vill säga orsaken till smärtan kan inte säkert fastställas utifrån dagens kunskap eller diagnostiska möjligheter. Nacksmärta uppkommer ofta i samband med eller till följd av en obekvämlig ställning eller position, något mindre trauma, speciell eller långdragen enahanda arbetsuppgift eller arbetsställning eller i samband med en idrottsskada/-händelse. Risken för smärta och sjukdomar i nacken och/eller axlarna ökar vid: arbete med böjd/vriden bål, kraftkrävande arbete (lyfta, bära, skjuta, dra), kombinationen av höga krav och låg kontroll eller enbart höga krav i arbetet samt enbart låg kontroll eller lågt beslutsutrymme. (44)

Förekomst av nack- och ryggsmärta har visats bland individer med lägre utbildningsnivå som har högre belastning och stress i sitt arbete. Personer med hög ålder, personer med psykologiska besvär och individer med andra sjukdomar löper också större risk att drabbas av nack- och ryggsmärta (45-47). Orsaker till ryggsmärta är ofta multifaktoriella, förutom samverkan mellan arbetsrelaterade och individuella faktorer som har betydelse för utveckling av smärta visar ny forskning på att det även finns en genetisk komponent (14,45). Personer med ett stillasittande liv har en 30-procentigt ökad risk att drabbas av nack- och ryggsmärta jämfört med dem som är fysiskt aktiva. Samtidigt har dem som har ett mycket ansträngande fysiskt arbete 22 % ökad risk att drabbas av nack- och ryggsmärta, jämfört med de som är ”lagom” aktiva på arbetet (48). Andra faktorer som också spelar stor roll för utveckling av smärta är tobaks- och alkoholbruk och kostvanor (49).

Låg utbildningsnivå har genom flertal tidigare studier konstaterats ha ett samband med flera sjukdomar och åkommor, där inräknat muskuloskeletal smärta (50–53).

Från en studie i Storbritannien har personer i låginkomsthushåll konstaterats utgöra en stor del av dem med ryggrelaterad smärta som rapporteras in (54). Därför kan låg utbildning räknas som en riskfaktor till muskuloskeletal smärta (53).

1.2 Arbete och hälsa

Tidigare forskning pekar på att arbete generellt sett är bra för hälsan och välbefinnandet fysiskt och psykiskt (55). Arbete ger inkomst och möjlighet för adekvat ekonomi för materialistiskt välbefinnande samt möjlighet för social delaktighet och god psykosocialt befinnande i ett samhälle där arbete är norm (55). Arbete är också ofta centralt för identitet, sociala roller och social status. Arbete kan konstateras vara bra för hälsan med reservation om att vissa arbetsplatser kan ha motsatt effekt. Via anställningen utsätts även arbetstagare för potentiella hälsorisker såsom fysiska och psykosociala stressorer (55,56).

Arbetslöshet är istället ihopkopplat med sämre hälsa och sämre välbefinnande. Några tendenser som statistiskt sett är mer vanligt förekommande hos arbetslösa än arbetande är högre sjuklighet, längre sjukperioder, psykisk ohälsa, fler läkarbesök och större konsumtion av läkemedel. Återgång till arbete efter sjukskrivning är ihopkopplat med bättre tilltro till sin egen förmåga känsla av kontroll och kompetens. Att ha egenkontroll, upplevelse av rimliga krav samt socialt stöd är viktiga beståndsdelar för god psykosocial arbetsmiljö. Likaså att få erkännande och belöning för det arbete som utförs. Det är även centralt att ens arbetet känns meningsfullt, hanterbart och begripligt. (55)

1.2.1 Arbetsrelaterad muskuloskeletal smärta

Muskuloskeletal smärta är ett allt mer vanligt arbetsrelaterat problem och långvarig smärta har ansetts vara ett av de största medicinska problemen i stora delar av västvärlden (57). Muskuloskeletal smärta är en av de främsta orsakerna till sjukskrivningar på grund av arbets-skada i västvärlden (58–60).

Arbetsrelaterade muskuloskeletal besvär är störningar i kroppens nerver, senor, muskler och stödjande strukturer och vävnader som beror på arbetsförhållanden eller exponeringar (61).

Höga arbetskrav, brist på klarhet och konflikt på arbete är bland de mest relevanta arbetsrelaterade faktorer som leder till arbetsmissnöje, arbetsstress och ohälsa. Dessa variabler påverkas av låg kontroll över arbete, dåliga karriärsutvecklingsmöjligheter och dåligt socialt stöd på jobbet. I synnerhet rapporteras kombinationen av höga krav och låg kontroll på jobbet vara stressfull och är relaterad för negativa hälsoeffekter. (62)

Intensifierad arbetsbelastning, brist på klarhet, låg kontroll och dåligt socialt stöd har associerat med självrapporterad muskuloskeletal smärta (63,64), där dessa anställda är mer korttidssjukskrivna (65) och har mer muskuloskeletal smärta bland annat värk i rygg, nacke och axlar (63). Låg beslutsgrad och möjlighet till att påverka sin arbetssituation, många deadlines, rörlig/otrygg inkomst och ensamt eller isolerat arbete är också andra faktorer som kan leda till arbetsrelaterade muskuloskeletal smärta. Arbetstillfredsställelse hos arbetare kan därför bidra till lägre upplevd intensitet av muskuloskeletal smärta. (64, 66–69)

1.2.2 Sjukfrånvaro på grund av muskuloskeletal smärta

År 2012 uppskattades den totala kostnaden för muskuloskeletal åkommor till 102 miljarder kronor i Sverige, varav sjukskrivningar stod för två tredjedelar av den totala kostnaden (70). I en svensk studie från 2018 undersöktes samhällskostnader för ländryggssmärta, där fann man att samhällskostnaderna för varje sjukfall var som högst den första månaden i sjukperioden och avtog den andra månaden (71). Medelkostnaden för en sjukskrivningsperiod på grund av ländryggssmärta räknades till 2753 euro och periodens medellängd uppskattades till 51 dagar (71). Sjukskrivning leder till ekonomisk påverkan för individen, samhället och vården som även leder till produktivetsbortfall (72,73).

I Sverige har de som jobbar inom service, omsorg och försäljningsyrke (SSYK yrkesfördelning) högst sjukskrivningstal bland alla yrken. Arbetare inom service, omsorg och försäljningsyrke hade 134,7 startade sjukfall per 1000 förvärvsarbetande 2017 och medelantalet sjukdagar var 13,2 (15,6 för kvinnor och 7,2 för män) 2017. Detta kan jämföras med den grupp som hade lägst sjuktalet samma år, militära yrken, 26,3 startade sjukfall per 1000 förvärvsarbetande och 1,9 sjukdagar (3,7 för kvinnor och 1,7 för män). (74)

Bland pågående sjukfall per den sista i varje kvartal fördelat på kön och diagnoskapitel 2018: utgör sjukdomar i det muskuloskeletal systemet 17% av pågående sjukfall och är det diagnoskapitel som står för näst högst sjuktalet, endast diagnoskapitlet om psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar är högre med sina 48,3 % . (74)

Arbetsförmåga och tillbakagång till sitt arbete i samband med sjukskrivning på grund av rygg/nack-smärtor påverkas av faktorerna: tilltro till att komma tillbaka till samma arbete, smärtintensiteten och arbetsstress (75). Typ av anställning kan påverka hälsan, tillfällig anställning har visat sig kunna påverka hälsan negativt och höjer sjuktalet jämfört med de som har en fast tjänst/tillsvidareanställning (76).

1.3 ICF - Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) som utvecklats av Världshälsoorganisationen (WHO) är ett klassifikationssystem för att kunna beskriva hälsa. Det övergripande målet för ICF är att tillhandahålla ett samlat och standardiserat språk samt en struktur för att kunna beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd. ICF kan ge en mer heltäckande bild av en patients situation genom att beskriva inte enbart en diagnos, utan också vilken funktionspåverkan som finns, eventuell aktivitets- och delaktighetsbegränsning samt också vilka omgivningsfaktorer och personliga faktorer som kan påverka.

Via ICF beskrivs individens hälsotillstånd utifrån kroppsliga, personliga och sociala perspektiv: (1) kroppsfunktioner och kroppsstrukturer, (2) aktivitet och delaktighet. "Funktionstillstånd" täcker in alla kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet, medan "funktionshinder" berör funktionsnedsättningar, strukturavvikelse, aktivitetsbegränsningar eller delaktighetsinskränkningar. Omgivningsfaktorer som komponent innebär den fysiska och sociala miljön som människor lever i. Omgivningsfaktorer antingen hinder eller underlätta för personens funktion. De personliga faktorer utgör en komponent av de kontextuella faktorerna men som inte klassificeras i ICF på grund av de stora sociala och kulturella variationer som är förknippade med dem. ICF erbjuder en möjlighet att beskriva individens funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa inom flera områden (77).

1.4 Fysioterapeutisk behandling vid smärta i rörelseorganen generellt och vid nack/ryggsmärta mer specifikt

Den muskuloskeletala smärta som patienter söker mest hjälp för i primärvården är rygg och nacksmärtor (78). I Sverige skickas patienter som söker primärvård för muskuloskeletal smärta, till fysioterapeuter. Dessa tar emot patienterna som första instans, utan föregående läkarbedömning. Fysioterapeuterna har fullt ansvar för undersökning och val av behandling. Fysioterapeutiska behandlingar som syftar till att bota eller lindra rygg och nacksmärta inkluderar: råd och information om till exempel ryggskola, träningsprogram samt massage, ledmobilisering och manipulering (79), med varierande mängder av vetenskapligt stöd angående de kliniska effekterna (80–84) och kostnadseffektivitet (85). Utifrån arbetssituation kan ryggskola vara effektivare på kort och medellång sikt än övningar, manipulering, myofascial terapi, rådgivning eller placebo för patienter med kronisk och återkommande ryggvärk (86). Utbildning och information, rådgivning av hållning, elektroterapi, akupunktur och värme- samt kylbehandling tillhör också de vanligaste fysioterapeutiska behandlingar för nack- och ryggsmärta (84,87).

Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) rekommenderas för personer med långvariga rygg- och nackbesvär muskelstärkande fysisk aktivitet och/eller specifika träningsprogram för bålkontroll, detta för att minska smärta och öka funktionsförmåga. Denna rekommendation har måttligt starkt till starkt vetenskapligt underlag (88). De mest frekvent rapporterade interventioner inom svensk primärvård gällande subakut ländryggsmärta är råd om hållning, att hålla sig aktiv och utföra stabiliserande övningar (84). Mekanisk Diagnostik och Terapi (MDT) tillvägagångssätt är en vanlig behandlingsmetod inom fysioterapi för ryggsmärta (87, 89, 90) och har även använts som en intervention i en studie om nacksmärta (91). Vid subakut nacksmärta är det viktigt med rådgivning om hållning och att hålla sig aktiv. Detta i kombination med manuell terapi har visats på att ge betydande effekter på smärta, funktion, rörelseområde, styrka och patienttillfredsställelse (84, 92, 93).

behandling av akut sjukdom, beroende diagnos samt graviditet. Efter screening resulterade inkludering i 146 patienter till interventionsgruppen och 206 till referensgruppen. (105)

Det finns idag en hel del kunskap om vilka förhållanden på arbetsplatsen och vilka yrken, som kan öka risken för att utveckla rygg och nackbesvär (44). Det behövs dock mer kunskap om arbets- och anställningsförhållanden bland patienter med rygg- och/eller nacksmärta och hur utbildningsnivå kan relateras till olika självskattade mått.

2. Syfte

Syftet med denna kandidatuppsats var att beskriva arbets- och anställningsförhållanden för patienter med akut/subakut nack- och/eller ryggbesvär, som sökt fysioterapi inom ramen för forskningsprojektet WorkUp. Vidare att beskriva om självskattad arbetsförmåga, prognos av arbetsförmåga, tillit till förmåga att hantera arbetet och förväntningar på behandlingen skiljer sig åt mellan hög- respektive lågutbildade.

- Frågeställningar

- Hur ser arbets- och anställningsförhållandena ut i denna grupp?
- Har arbetsbelastning och svårighetsgrad förändrats inom det senaste året?
- Skiljer sig förväntningar på behandlingen åt mellan hög- respektive lågutbildade?
- Skiljer sig uppfattningen om hur man kan hantera sin arbetssituation åt mellan hög- respektive lågutbildade?
- Skiljer sig självskattad arbetsförmåga åt mellan hög- respektive lågutbildade?
- Skiljer sig upplevd prognos att kunna vara kvar i yrket mellan hög- respektive lågutbildade?

3. Metod

Denna studie inleds som en deskriptiv studie över studiepopulationen, arbets- och anställningsförhållanden samt hur belastning och svårighetsgrad ändrats under det senaste året. I den senare delen av studien jämfördes skillnader mellan hög och lågutbildade. Skillnaderna jämfördes gällande förväntningar på behandling, hantering av arbetssituation, arbetsförmåga, prognos att stanna i yrket.

3.1. Studiepopulation

Studiepopulationen bestod av de 352 patienter som inkluderats vid WorkUp:s Baseline. Vidare har inga exklusions- eller inklusionskriterier används.

3.2. Genomförande

Patienterna fyllde i ett formulär när de inkluderades i studien för WorkUp och denna information registrerades sedan i en databas som förvarades hos en av de ansvariga forskarna till projektet WorkUp. Denna databas fick författarna till detta kandidatarbete tillgång till. Patienterna hade fyllt i svar på frågor i Baseline D-E samt H-K om sin bakgrund, förväntningar på behandlingen och tillit till den egna förmågan. Vidare självskattningsfrågor gällande sin arbetssituation (se bilaga 1).

3.2.1 Frågeformulär

Frågorna D-E samt H-K ur Baseline har använts (se bilaga 1). Frågorna som är hämtade ur Work Ability Index (WAI) är följande:

Fråga 1. Den nuvarande arbetsförmågan jämfört med när den var som bäst (Vi antar att din arbetsförmåga, då den var som bäst, värderas med 10 poäng. Vilket poängtal skulle du ge din nuvarande arbetsförmåga? kryssa i lämplig siffra, 0 betyder att du inte alls kan arbeta, 10 betyder du arbetar som allra bäst just nu) (106, 110).

Fråga 2. Arbetsförmåga i relation till arbetets krav - a) fysiska b) psykiska (Hur bedömer du din nuvarande arbetsförmåga i relation till de a) fysiska krav b) psykiska krav ditt arbete ställer? Kryssa i: Mycket bra/Ganska bra/Måttligt/Ganska dåligt/Mycket dåligt) (110).

Fråga 6. Egen prognos av arbetsförmåga om två år från nu (Med tanke på din hälsa - tror du att du kan arbeta i ditt nuvarande yrke även om två år? Kryssa i: Nej, det tror jag inte/Jag är osäker på det/Ja, det är ganska säkert) (110).

3.2.2 Etiska ställningstaganden

Som tidigare nämnt är arbetet baserat på WorkUp och därför har inga nya etiska ställningstaganden gjorts i vår kandidatuppsats däremot har datan försvarats med sekretess inlåst i kassaskåp på Health Science Center (HSC) tillgänglig endast för författarna samt handledare till aktuell studie. WorkUp etikprövades i den regionala etikprövningsnämnden (EPN) i Lund 2012-09-12 och efter komplettering godkänd 2012-09-28 (105).

3.3. Analysmetod

För att dela in yrkeskategorierna användes yrkesklassificeringen SSYK (se bilaga 2) som står för ”Standard för svensk yrkesklassificering” hämtad från SCB. Deltagarna i studien svarade på vilket yrke de hade utifrån WorkUp:s Baseline frågeformulär och utifrån svarsresultatet översattes varje yrke till en specifik kod för att hamna inom rätt yrkeskategori, enligt principerna för yrkesklassificeringen SSYK (111).

För att jämföra variablerna med deltagarnas utbildningsnivå definierades hög och låg utbildning enligt Statistiska centralbyråns definition: hög utbildning = >3år eftergymnasial utbildning, låg utbildning = högst grundskola eller folkhögskola. Endast de deltagare som uppgav 3 eller fler år eftergymnasial utbildning inkluderades i den högutbildade gruppen, resterande klassades som lågutbildade (112).

Alla jämförelser gjordes i statistikprogrammet SPSS med ickeparametriska tester då datan ej var normalfördelad. Frågorna gällande arbetsförmåga, ur WAI, testades enligt Mann-Whitney då fråga K1 svarsalternativ är en kontinuerlig skala från 0-10 och K2-3(se bilaga 1) använde samma metod för att ge en likvärdig bild av resultatet. Signifikansnivån på alla jämförelser fastställdes som $p \leq 0,05$.

Vid jämförelse av deltagarnas förväntningar gjordes ett Chi-2 test och svarsalternativen delades därför först in i höga respektive låga förväntningar på behandlingen/rehabiliteringen. Svarsalternativen ”fullständigt återställd” och ”väsentligen förbättrad” klassades som höga

förväntningar medan svarsalternativen ”viss besvärslättnad” och ”inga förväntningar på att bli återställd eller få besvärslättnad” klassades som låga förväntningar.

Prognosen som även var en fråga ur WAI, testades genom Chi-2 och svarsalternativen delades därför in i positiv respektive negativ prognos till att arbeta inom samma yrke även om två år. Svarsalternativen ”nej, det tror jag inte” och ”jag är osäker på det” klassades som negativ medan svarsalternativet ”ja, ganska säker på det” klassades som positiv prognos.

Vid jämförelse av tillit till sin förmåga att hantera arbetssituationer gjordes ett Chi-2 test och svarsalternativen delades därför först in i hög respektive låg tilltro till sin förmåga. Svarsalternativen ”instämmer i viss mån” och ”instämmer totalt” klassades som hög tilltro medan svarsalternativen ”totalt avstånd”, ”tar till viss måna avstånd” och ”neutral” klassades som låg tilltro.

4. Resultat

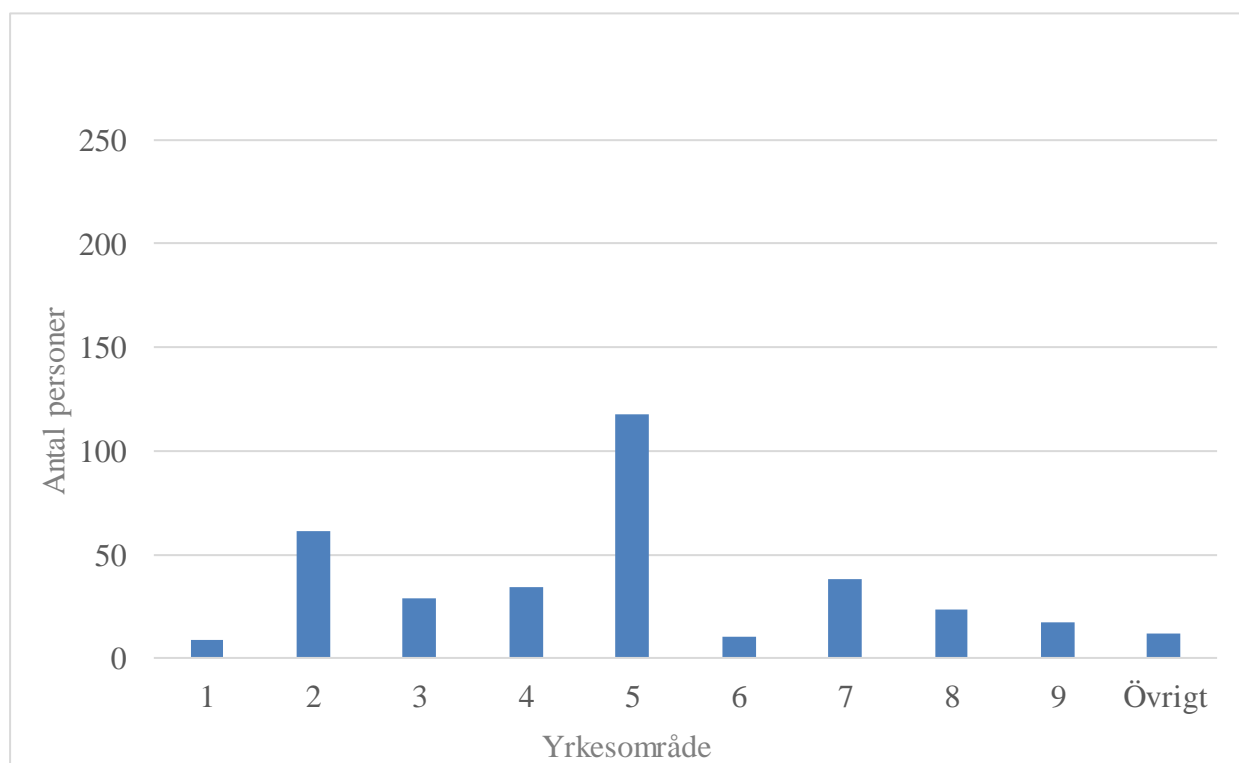
4.0 Beskrivning av populationen

Studiepopulationen bestod av 230 kvinnor (65,3%) och 122 män (34,7%). Medianåldern var 45 år (Q3-Q1;48). Majoriteten av deltagarna var födda i Sverige och motsvarande 305 personer (86,6%) medan 46 personer (13,1%) svarade att de inte var födda i Sverige. Bortfallet var 1 person (0,3%).

De deltagare som inte var födda i Sverige svarade gällande antal bosatta år i Sverige med en median på 21,5 (Q3-Q1; 49). 176 deltagare (50,0%) uppgav gymnasiet som högsta slutförda utbildningsnivå, 77 personer (21,9%) svarade högskola/universitet, 60 personer (17,0%) angav en annan form av utbildning, åtta personer (2,3%) deltagare svarade folkhögskola, en person (0,3%) svarade grundskola sju år eller mindre. Bortfallet var en person (0,3%). Antal deltagare med hög utbildning n =76 och låg utbildning n = 275.

Yrkesområden

Alla deltagare fick i formuläret uppe ett yrke, dessa yrken varierade i stor grad mellan deltagarna och klassificerades genom SSYKs yrkesklassificering. Den störst representerade gruppen var inom service, vård och omsorg och försäljning dvs grupp 5, se figur 1.



Figur 1: Fördelning beroende på yrkesområde enligt SSYK. 1. Chefsyrken, 2.Yrken med krav på fördjupad högskolekompetens, 3. Yrken med krav på högskolekompetens eller motsvarande, 4. Yrken inom administration och kundtjänst. 5. Service-, omsorgs- och försäljningsarbete, 6. Yrken inom lantbruk, trädgård, skogsbruk och fiske, 7. Yrken inom byggverksamhet och tillverkning, 8. Yrken inom maskinell tillverkning och transport med mera 9. Yrken med krav på kortare utbildning eller introduktion, Övrigt. Militärt arbete, studerande, arbetssökande, inget angivet svar. (Se bilaga 1)

Arbetsituation

Vad gäller patienternas arbetsituation hade majoriteten (75,9%) av deltagarna en tillsvidare eller fast anställning och hade haft sitt arbete i fem år eller mer, de flesta uppger att de arbetar dagtid (58,5%). Privat eller offentlig arbetsgivare ses också vara vanligast men det finns även egenföretagare representerade bland deltagarna, se tabell 1.

Deltagare n=352	Antal	Procent
Vilken arbetstid har du vanligtvis i ditt nuvarande arbete?		
Dagarbete	206	58,5
Kvällsarbete	23	6,5
Nattarbete	14	4
Skiftarbete inkl natt	19	5,4
Skiftarbete ej natt	31	8,8
Oregelbunden enl arbetsschema	27	7,7
Annan arbetstid	3	0,9
Bortfall	29	8,2
Har det hänt att Du arbetat övertid på Ditt arbete senaste året?		
Aldrig	57	16,2
Något tillfälle	131	37,2
Någon gång per månad	69	19,6
Mycket övertid	49	13,9
Ej reglerad arbetstid	17	4,8
bortfall	29	8,2
Hur länge har du haft ditt nuvarande arbete?		
<6 mån	27	7,7
6-<12 mån	17	4,8
1-<5 år	79	22,4
>=5 år	214	60,8
Bortfall	15	4,3
Om Du har ett lönearbete, vilken typ av arbetsgivare har Du?		
Privat arbetsgivare	130	36,9
Offentlig (stat, landsting, kommun)	159	45,2
Egenföretagare	30	8,5
Bemanningsföretag	3	0,9
Annan organsiation	11	3,1
Bortfall	19	5,4
Om Du är anställd, vilken typ av anställning har Du?		
Tillsvidare/fast anställning	267	75,9
Visstidsanställning	15	4,3
Projektanställning	3	0,9
Vikariat	11	3,1
Timanställning	20	5,7
Bortfall	36	10,2

Tabell 1: Deltagarnas arbetsituation.

Egenföretagare

Arbetstiden för de 28 egenföretagarna varierade, 17 personer uppgav att de arbetade dagtid, tre stycken arbetade kväll, en hade nattarbete, en hade oregelbundna arbetstider och fyra rapporterade in annan arbetstid. Bland dessa hade två aldrig arbetat övertid, fem hade arbetat övertid vid något tillfälle, fyra hade arbetat övertid någon gång per månad och åtta personer rapporterade in att de arbetade mycket övertid. Nio personer rapporterade in att de ej har reglerad arbetstid. Gällande ekonomin för deras företag ansåg åtta deltagare (28,8%) att deras företagsekonomi var god, 17 egenföretagare (60,7%) ansåg företagets ekonomi som tillfredsställande och tre egenföretagare (3%) rapporterade in ekonomiska svårigheter för sitt företag.

Arbetstimmar

Medianen arbetstimmar för de anställda var 40 timmar (Q3-Q1; 8). För de 30 egenföretagarna var medianen 40 timmar (Q3-Q1;30) och för 15 studerande var medianen för antal arbetstimmar 32 timmar (Q3-Q1; 20). Tio personer angav att de var föräldralediga, varav åtta på 100%, en på 50% och en på 25%.

Arbetslöshet

Arbetslöshet uppgavs av 15 personer (4,3%), varav tio var inskrivna på arbetsförmedlingen. Av dessa tio arbetslösa rapporterade fem personer in att de fick arbetslöshetsersättning, två personer fick aktivitetsersättning, en person var inskriven vid jobb och utvecklingsgaranti, en person var inskriven vid FASS och en person valde att inte svara.

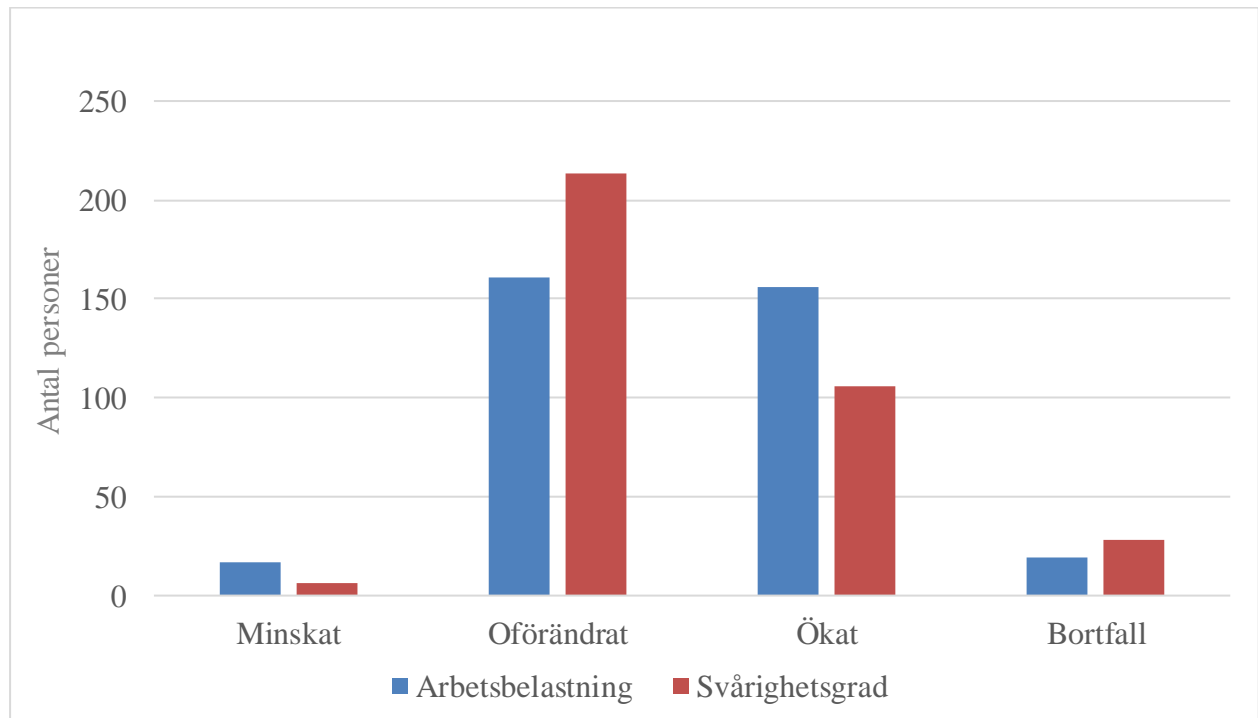
De återstående fem arbetslösa svarade att de inte var inskrivna på arbetsförmedlingen. Av de totalt 15 arbetslösa, svarade två personer att de får försörjningsstöd, 12 personer svarade att de inte får försörjningsstöd och en person valde att inte svara på frågan.

En person angav att hen hade en praktikplats på företag, 11 personer uppgav att de inte hade någon praktikplats och tre personer svarade inte på frågan om praktikplats. Två personer svarade ja till utbildning kopplat till arbetslöshet, tio personer svarade nej på frågan och tre valde att inte svara om utbildning och arbetslöshet.

Det var åtta deltagare som svarade på hur länge de varit arbetslösa i antal månader. Medianen 6,5 månader (Q3-Q1;28,5). Spridningen antog värden från en månad till 94 månader. De arbetslösa fick också svara på när de senast hade ett lönearbete fyra veckor i sträck, varav tio personer svarade på frågan. Medianen låg på 12,0 veckor (Q3-Q1;18,75).

Förändring av arbetsvillkor

I en fråga fick deltagarna uppge hur deras arbetsvillkor förändrats under det senaste året när det gällde arbetsbelastning och svårighetsgrad. Ungefär lika många deltagare ansåg att deras arbetsbelastning hade antingen ökat (44,3%) eller förblivit oförändrad (45,7%) under det senaste året. En större andel däremot ansåg att deras arbetes svårighetsgrad hade förblivit oförändrad (60,5%) och bara hälften så många ansåg att svårighetsgraden hade ökat (30,1%), se figur 2.



Figur 2. Förändring av arbetsvillkor gällande arbetets svårighetsgrad och arbetsbelastning under det senaste året. Bortfall svårighetsgrad = 28st, arbetsbelastning = 19st.

Yrkeslivets- och. privatlivets påverkan

154 (43,8%) deltagare ansåg inte att deras yrkesliv påverkade privatlivet, medan 104 (29,5%) menade det påverkas negativt, 76 (21,6%) upplevde positiv påverkan och bortfallet var 18 (5,1%). Majoriteten på 239 (67,9%) rapporterade att det inte tyckte privatlivet påverkad arbets-situationen, 63 (17,9%) upplevde positiv påverkan, 32(9,1%) svarar det påverkas negativt och bortfallet var på 18 (5,1%).

Arbetsfrånvaro

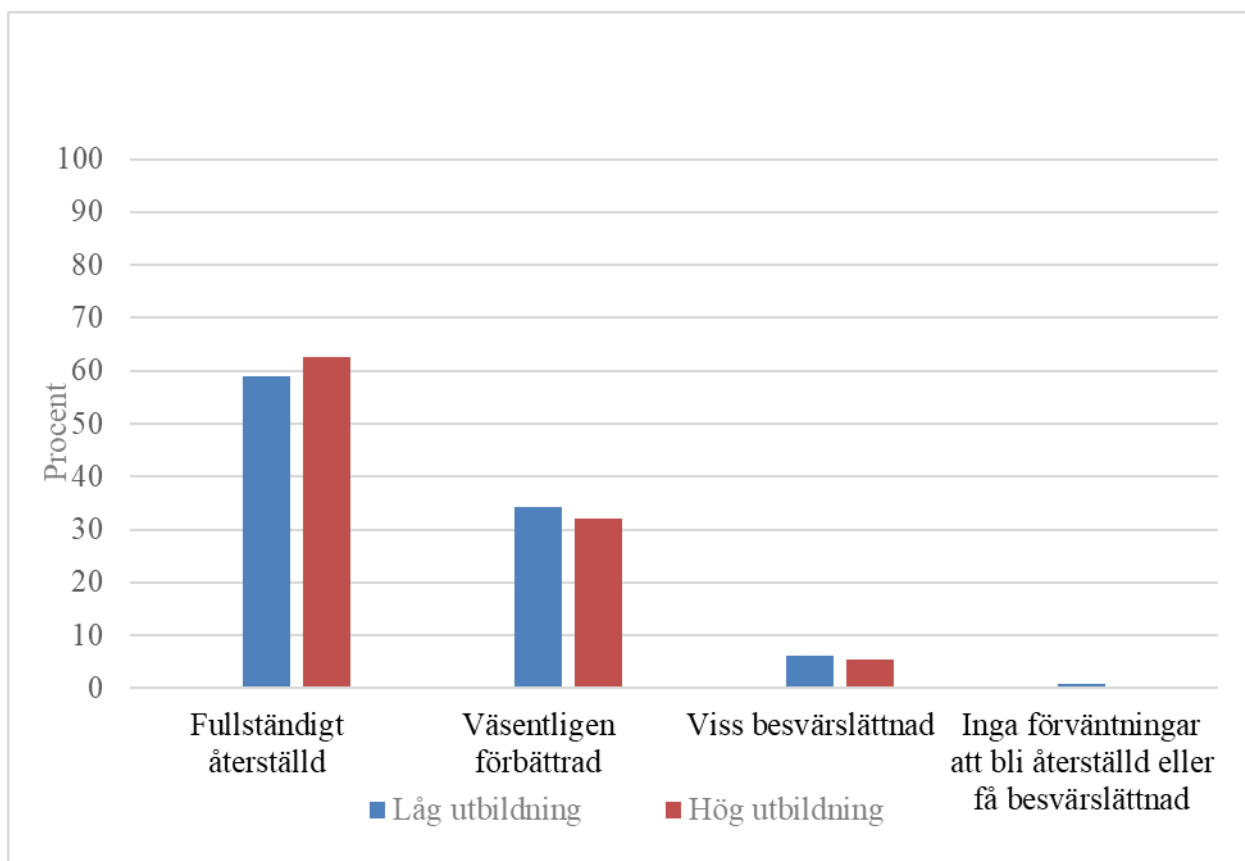
Deltagarna uppskattade med avseende på de senaste sju dagarna hur många timmar de arbetat eller varit borta från arbetet och om de upplevt att deras hälsa påverkat deras arbetsprestation eller vardagsaktiviteter. Utifrån svaren upplevde deltagarna en något större begränsning i sina vardagsaktiviteter (n=347) jämfört med arbetsprestation (n=312). Där medianen för att hälsoproblem påverkat vardagsaktiviteter är 7 av 10 jämfört med 6 av 10 för att hälsoproblemen påverkat arbetsprestationen, se tabell 2.

Under de senaste 7 dagarna...	Median (Q3-Q1)	Bortfall (%)
Borta från arbetet på pga hälsoproblem	4h (Q3-Q1; 30)	10,60%
Borta från arbetet pga annat	0 (Q3-Q1; 1)	12%
Antal arbetade arbetstimmar per vecka	20h (Q3-Q1; 39)	11,10%
Hälsoproblem påverkar arbetsprestation (skala 1-10)	6 (Q3-Q1; 6)	11,40%
Hälsoproblem påverkar vardagsaktiviteter (skala 1-10)	7 (Q3-Q1; 4)	1,40%

Tabell 2. Självrapporterad frånvaro, antal arbetade timmar per vecka och hälsa kopplat till arbete och fritid. de senaste sju dagarna, utan att räkna med innevarande dag. Hälsoproblem påverkar arbetsprestation (skala 1 -10): 0 = ingen påverkan på arbete respektive vardagsaktiviteter, 10 = fullständigt hindrad från arbete respektive vardagsaktiviteter.

4.1 Jämförelser mellan hög- och lågutbildade

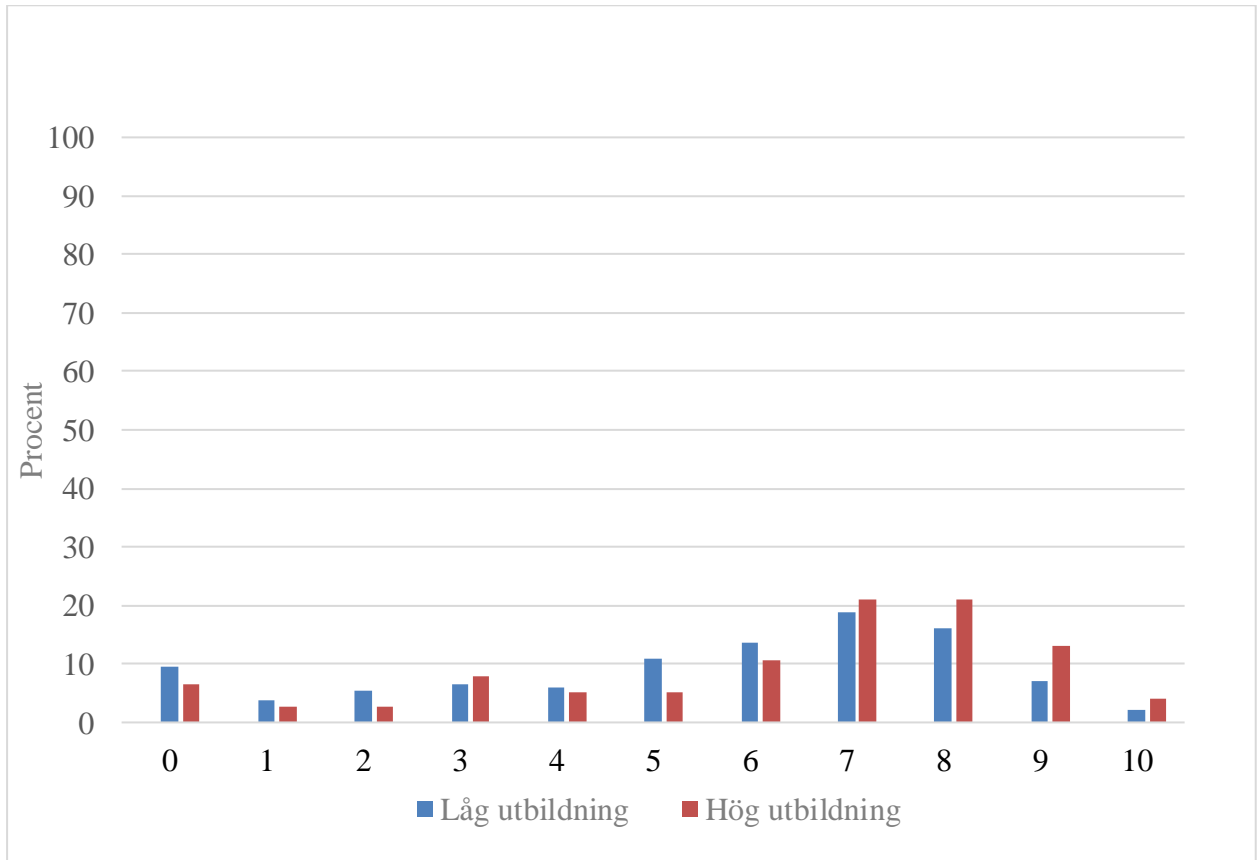
Deltagarna fick uppge vilka förväntningar de hade på behandlingen och om de trodde att rehabiliteringen skulle hjälpa dem att återfå samma arbetsförmåga eller ej, majoriteten av alla deltagare hade höga förväntningar på att bli återställda. Vid jämförelse mellan hög- respektive lågutbildade i denna fråga förelåg ingen skillnad mellan de två grupperna ($p=0,625$), se figur 3.



Figur 3: Deltagarnas förväntningar på behandlingen” Bortfall hög utbildning: 1st

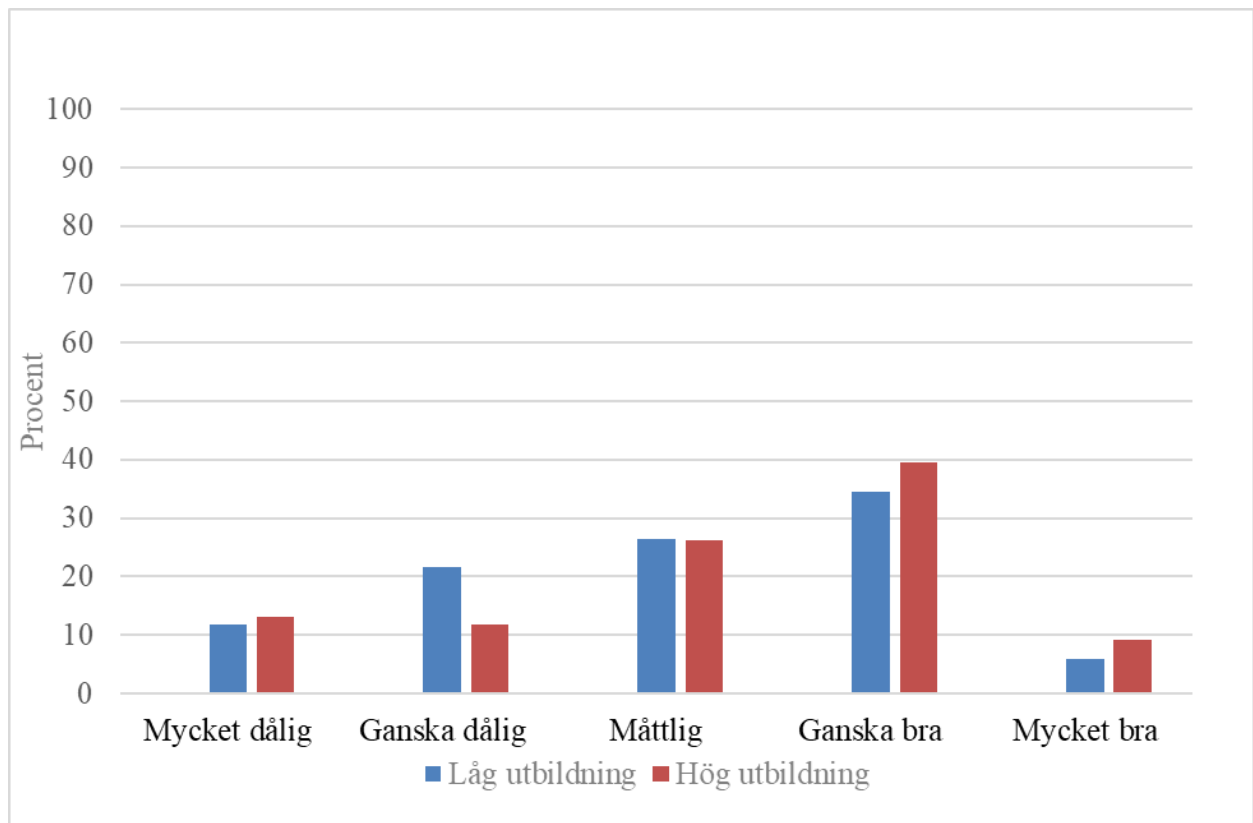
Deltagarna fick skatta den egna arbetsförmågan genom en fråga från Work Ability Index). Fråga: ”Vi antar att din arbetsförmåga, då den var som bäst, värderas med 10 poäng. Vilket poängtal skulle du ge din nuvarande arbetsförmåga? (kryssa i lämplig siffra, 0 betyder att du inte alls kan arbeta, 10 betyder du arbetar som allra bäst just nu)”.

Deltagarna med högre utbildning skattade sin arbetsförmåga till 7 av 10 (Q3-Q1; 3,75) medan de patienter som hade lägre utbildning skattade sin arbetsförmåga till 6 av 10 (Q3-Q1; 5). Vid jämförelse förelåg en signifikant skillnad mellan grupperna ($p=0.018$), se figur 4.

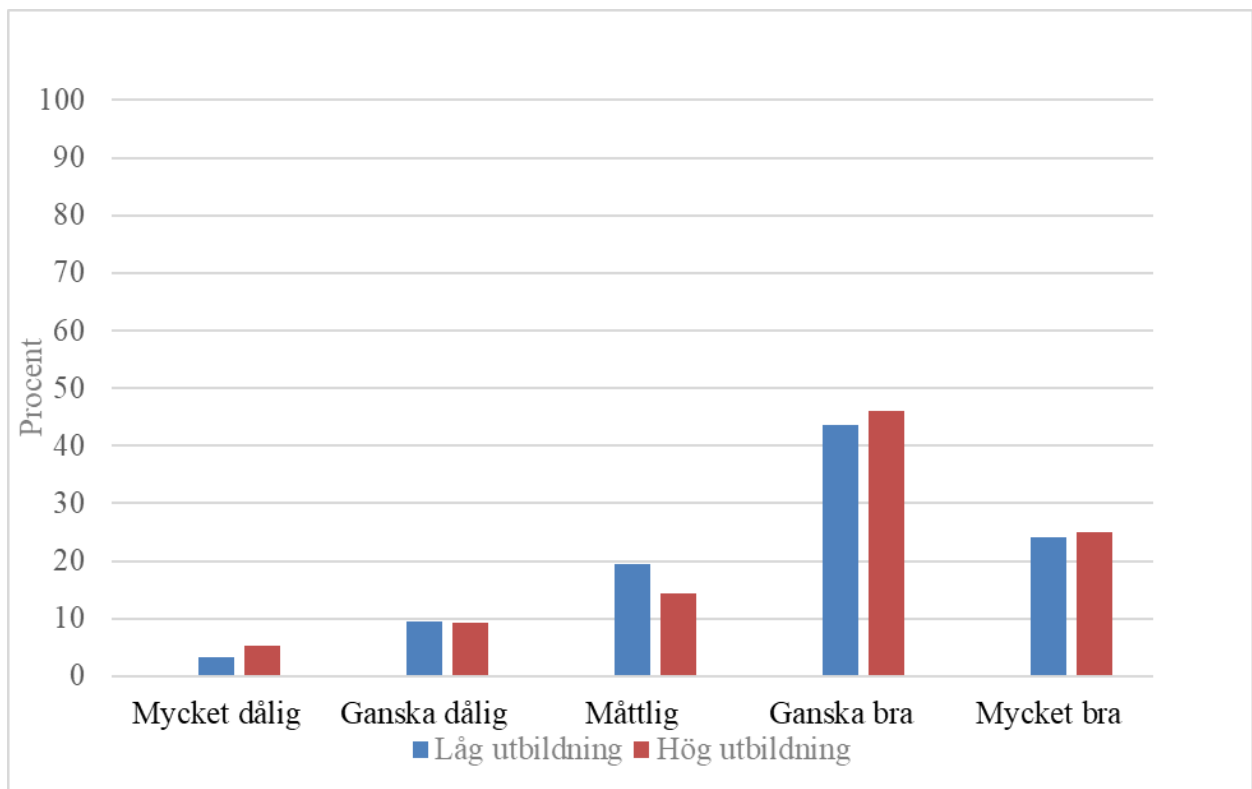


Figur 4: Självsattad arbetsförmåga (single-item question Work Ability Index, . 0= helt arbetsförmögen, 10= arbetsförmågan då den var som bäst). Bortfall låg utbildning 3st.

Den nuvarande arbetsförmågans skattades även, till skillnad från föregående fråga, i förhållande till de fysiska och psykiska krav som deras respektive arbete ställer just nu (se figur 5 och 6). Här förelåg ingen skillnad mellan de högutbildade eller lågutbildade (se tabell 7 och 8). I förhållande till fysiska krav sågs ingen signifikant skillnad ($p=0,167$) och inte heller i förhållande till psykiska krav ($p=0,789$), se figur 5-6.

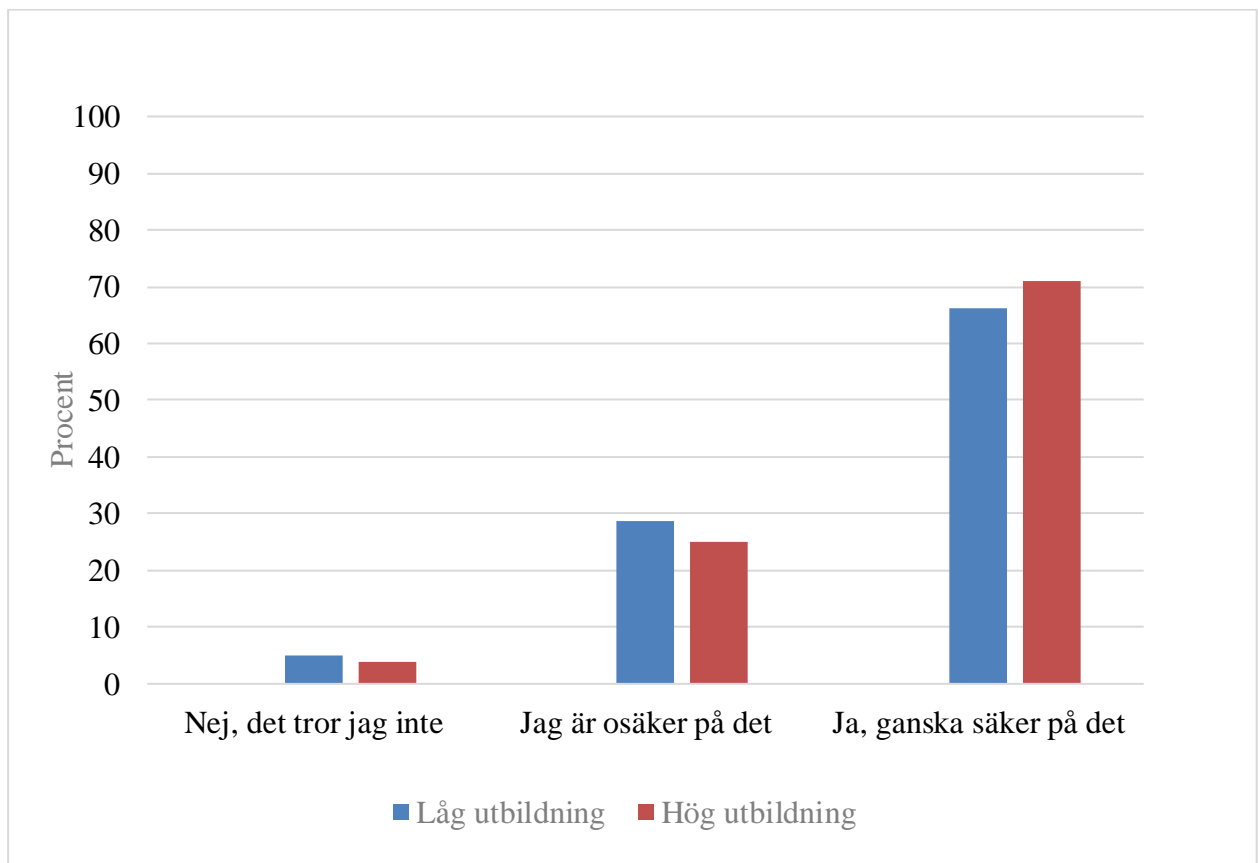


Figur 5: Självsfattad arbetsförmåga i relation till fysiska krav i arbetet.



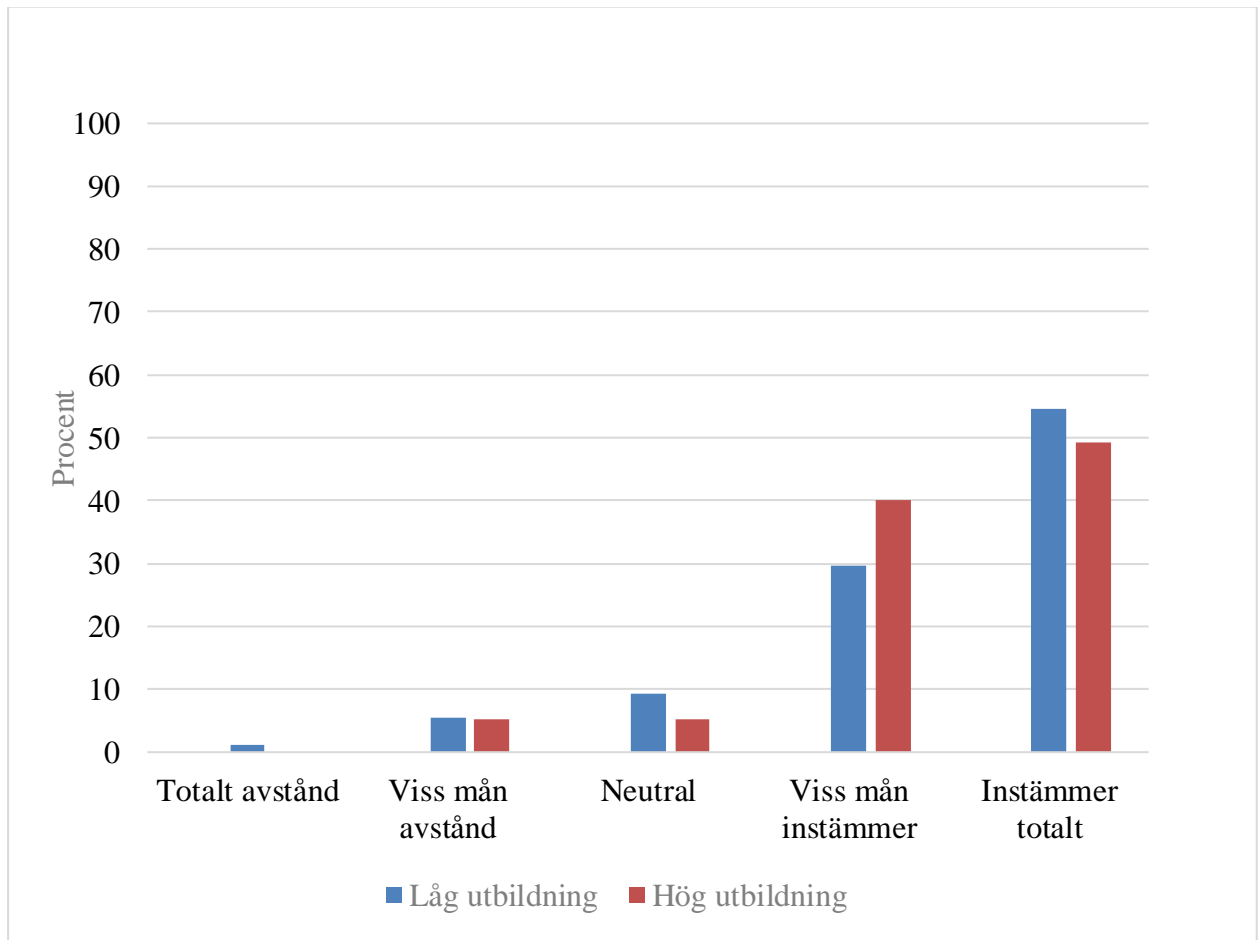
Figur 6: Självskattad arbetsförmåga i relation till psykiska krav i arbetet.

Deltagarna fick utifrån deras hälsa uppge om de trodde att de kunde vara kvar inom samma yrke även om två år. Ingen skillnad kunde ses mellan de respektive grupperna ($p=0,435$) och endast 28% av de högutbildade och 34% av de lågutbildade var osäkra eller negativa till att fortsätta inom samma yrke, se figur 7.



Figur 7: Prognos att vara kvar i yrket om två år.

En fråga gällde deltagarnas upplevda kapacitet att klara av olika situationer på sitt arbete visade sig ingen signifikant skillnad mellan grupperna ($p=0,256$). Både högutbildade (89%) och lågutbildade (84%) ansåg sig själva ha hög tilltro till att klara av sina arbetssituationer, se figur 8.



Figur 8: Tilltro till den egna förmågan att klara de flesta situationerna i arbetet.

5. Diskussion

5.1. Resultatdiskussion

I den här studien fann vi en signifikant skillnad ($p=0,018$) mellan de högutbildade och lågutbildade avseende upplevd arbetsförmåga, när deltagarna skattade nuvarande arbetsförmåga jämfört med när den var som bäst på en skala från 0-10. Skillnaden var inte stor men de högutbildade skattade något högre än de lågutbildade (7 av 10 respektive 6 av 10 i median). En svensk studie genomförd i Danmark visade att lägre utbildningsnivå korrelerar med nedsatt arbetskapacitet (113). En annan studie visar att hög utbildningsnivå har positiva effekter på bevarandet av en god arbetsförmåga (114). I vår studie såg vi ingen signifikant skillnad mellan de högutbildade och de lågutbildade gällande upplevd arbetsförmåga med koppling till fysiska respektive psykiska krav. Skattningen för arbetsförmågan är subjektiv, vad som upplevs mycket dåligt för en individ kan variera kraftigt beroende på individen och hens situation.

I studien fann vi att de flesta deltagarna hade dagarbete och en tillsvidare/fast anställning. Trots att forskningen fortfarande inte är heltäckande så visar den på att nattarbete kan medföra negativa konsekvenser för hälsan (115). Skift- och nattarbeten kan innebära en negativ inverkan på sömn och rubbning av dygnsrytm som kan vara orsak till sjuklighet. Däremot vet man inte om det gäller alla nattarbetare eller om det finns individer som mår bra eller rent av bättre av att arbeta natt (115). Inte ens ständigt nattarbetande uppnår en fullständig anpassning eftersom det inte överensstämmer med den biologiska klockan. Den biologiska klockan är kroppens egen dygnsrytm som reglerar de fysiologiska och psykologiska funktionerna under dygnet. För en nattarbetare infaller till exempel det nödvändiga dagsljuset under fel tid för att kunna utnyttjas. (115–117). Obekväma arbetstider kan också leda till obalans i det sociala livet och kan på så sätt påverka hälsan negativt (117).

Utmaningen att balansera arbete och familj är en oro för både individer och organisationer idag. Det ställs allt mer högre krav på att vara tillgänglig dygnet runt och de sociala kraven på ett mer intensivt familjeliv kan vara betungande. Vid vanligt dagtidsarbete har individen större chans att skapa balans mellan arbete och privatliv (118). Deltagarna i vår studie arbetar i genomsnitt 36,1 timmar per vecka vilket enligt LO:s rapport från 2017 speglar den övriga befolkningen i Sverige (119). Trots fördelaktiga arbetstider och anställningsförhållanden hos majoriteten av deltagarna i studien har de utvecklat viss typ av muskuloskeletal besvär i nacken och/eller i ryggen.

Majoriteten av vår population upplever att deras arbetsbelastning och svårighetsgrad inte har förändrats det senaste året och knappt hälften upplevde att arbetsbelastning och svårighetsgrad har ökat istället. Upplevelsen av ökad arbetsbelastning och svårighetsgrad skulle kunna rota sig i en känsla av lägre kontroll i förhållande till de kraven som ställs leder till nack/ryggsmärta. I sin tur kan denna smärtupplevelse leda till förstärkning av upplevd låg kontroll och möjlighet till att påverka sin arbetssituation. Detta är i linje med resultat från tidigare studier (38).

I den här studien fanns det ingen signifikant skillnad mellan de högutbildade respektive de lågutbildade gällande vilken förväntning de har på behandlingen. Patienterna hade generellt sett hög tro på att komma tillbaka till sin arbetsplats, vilket enligt Rashid M et al. (78) är en förutsättning för att kunna återvända till samma arbetsplats. Det var endast deltagare från den lågutbildade gruppen som hade svarat att de inte hade några förväntningar på att bli återställda. Det sociala stödet kan spela roll i rehabilitering och behandling om det sätts in i början av sjukdom. Detta kan naturligtvis ha andra orsaker till exempel att de lågutbildade var fler i antal

än de högutbildade. Utifrån skattningsresultatet tänker vi att patienterna är rätt så friska, samtidigt vet vi inte ifall deras tillstånd kommer att utvecklas till en långvarig smärta. Det framkommer inte i vår studie någon signifikant skillnad mellan de högutbildade respektive de lågutbildade gällande tillit att hantera sin arbetssituation. Det som utmärkte var att endast deltagare från den lågutbildade svarade att de tar totalt avstånd, det vill säga inte har någon tilltro till att kunna hantera sin arbetssituation. Vi tänker oss även här att deltagarnas skattnings för sin tilltro att hantera sin arbetssituation är subjektiv, vad som stämmer in för individen kan variera kraftigt beroende på hens arbetssituation.

En begränsning som kan ha påverkat resultatet är att de var fler deltagare i den lågutbildade gruppen än den högutbildade och på så vis har inte lika stor mängd av de båda grupperna ex- traherats. Samtidigt ger detta en bild av att inte lika många högutbildade har dessa besvär vilket kanske är fallet då en svensk studie kom fram till att riskfaktorerna för sämre hälsa, minskar med högre utbildningsnivå. (120).

5.2. Metoddiskussion

Arbetet är baserat på WorkUp, och den datainsamling som gjorts i samband med det, vilket innebar att data till aktuellt arbete redan fanns insamlad. En fördel med detta var att en större studiepopulation och större mängd data än vad vi själva kunde samlat in kunde användas, dessutom användes frågor ur WAI som är reliabla och valida (121). Istället för att formulera egna frågor behövdes däremot de aktuella frågorna och svaren tolkas vilket kan ses som en nackdel då frågorna inte var helt riktade till det vi ville undersöka och därför blev svaren mer svårtolkade utifrån detta arbetes perspektiv. Till exempel visade det sig att deltagarnas svar på vilket yrke och vilka arbetsuppgifter de hade var antingen svårtolkat eller ofullständigt, det kunde därför inte avgöras om individen hade ett fysiskt tungt arbete eller ej vilket var av vårt intresse. Yrkeskategoriseringen gjordes enligt SSYK baserat på yrke och kompletterades med svaren från fråga I3 om arbetsuppgifter. Ett alternativ till denna klassificering hade kunnat vara indelning enligt blue/white collar som är en vanlig metod i andra studier (122), eller enbart indelat i fysisk/icke-fysiskt arbete men då hade svaren på frågan om arbetsuppgifter behövt vara mer utförligt besvarad. Styrkan med SSYK är främst att varje yrke har en egen kod och som då gav en specifik gruppindelning. Användningen av SSYK i detta arbete medförde dock en något skev fördelning då flera grupper inkluderade väldigt skilda yrken beroende på ur vilket perspektiv man såg på det, då detta arbete syftar till rygg- och nacksmärta kanske en indelning där yrkets belastning framkommer. Samtidigt syftar även arbetet till att skilja mellan hög- och lågutbildade och då är SSYK en högst relevant indelning. Återigen deltagarnas svårtolkade svar kan ha medfört en felaktig fördelning som inte speglar den aktuella situationen hos de individuella deltagarna och på grund av detta gett ett något felaktigt resultat.

Vi valde att kategorisera utbildningsnivån i endast två grupper, hög respektive låg utbildning, utifrån SCB klassificering. Deltagarna har svarat på både vilket yrke de har och vilken som är deras högsta slutförda utbildning, trots detta är det flera som har svarat att de har ett yrke som enligt SSYK (se bilaga 2) klassificeras som motsvarande högskolenivå men som enligt deras svar på utbildningsnivå inte uppnår kraven för hög utbildning enligt SCB. Detta kan förklaras genom att en del yrken möjliggör klättring inom just det området och utifrån erfarenhet och tid kan ge ett yrke som motsvarar vad som klassas som hög utbildning.

I analysen delades variablerna in i mindre grupper för att statistiska tester (Chi-2) skulle kunna genomföras korrekt. Indelningarna bestämdes helt av oss och kan därför ha varit subjektiva och

tolkats annorlunda av någon annan. Det som dessutom avgjorde indelningen var att antalet i varje grupp behövde varar tillräckligt stor och påverkade då valet av indelning.

6. Konklusion

I denna studie har vi sett att upplevd arbetsförmåga skattades högre hos de högutbildade jämfört med de lågutbildade. Det var ingen skillnad mellan de högutbildade respektive de lågutbildade gällande vilken förväntning de hade på behandlingen eller tillit att hantera sin arbets situation.

7. Klinisk relevans

Det är viktigt att ställa frågor om hur patienterna uppfattar sin egen arbetsförmåga och att relatera det till deras utbildningsnivå, då utbildning kan påverka såväl anställnings- som arbetsförhållanden. Patienter med låg utbildning som deltog i WorkUp skulle kunna gynnas av motivation, råd och information angående rehabilitering då de verkade uppleva en lägre arbetsförmåga på grund av sina smärtor. Vid anamnes är det relevant att fråga om patientens arbetsförhållande då det kan ha en betydelse för hens muskuloskeletala smärta. Att som i WorkUp ha ett samarbete med patientens arbetsgivare för att förbättra individens arbetssituation, hjälp att komma tillbaka till sitt arbete och förhindra långvarig sjukskrivning.

Referenser

1. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ.* 2003;81:646-56.
2. Jordan KP, Joud A, Bergknut C, Croft P, Edwards JJ, Peat G, et al. International comparisons of the consultation prevalence of musculoskeletal conditions using population-based healthcare data from England and Sweden. *Ann Rheum Dis.* 2014;73(1):212-8.
3. Näslund, J. Muskuloskeletal smärta. upplaga 1:1. Lund: Studentlitteratur; 2018
4. Wiitavaara B, Fahlström M, Djupsjöbacka M. Prevalence, diagnostics and management of musculoskeletal disorders in primary health care in Sweden - an investigation of 2000 randomly selected patient records. *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* 2017;23(2):325-32.
5. Folkhälsomyndigheten. Besvär i rörelseorganen [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2016 [uppdaterad 2016-11-17; citerad 2019-09-09]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/fysisk-halsa/besvar-i-rorelseorganen/>
6. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012 Osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit Stöd för styrning och ledning [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012. [citerad 25-04-2019]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2012-5-1.pdf>
7. Alexanderson, K., Norlund, A.: Swedish Council on Technology. Assessment in Health Care (SBU). Chapter 1. Aim, background, key concepts, regulations, and current statistics. *Scand. J. Public Health Suppl.* 2004;63:12-30.
8. Gustavsson A, Bjorkman J, Ljungcrantz C, Rhodin A, Rivano-Fischer M, Sjolund K et al. Socio-economic burden of patients with a diagnosis related to chronic pain - Register data of 840,000 Swedish patients. *European Journal of Pain.* 2012;16(2):289-99.
9. Rasmussen Barr E, Eriksson Crommert M, Bakke O. Ländryggssmärta och bålkontroll. Lund: Studentlitteratur; 2014.
10. Holmström E, Mortitz U (red). Rörelseorganens funktionsstörningar – Klinisk och sjukgymnastik. Upplaga 3:2. Lund: Studentlitteratur; 2007.
11. Leboeuf-Yde C, Grønstedt A, Borge JA, Lothe J, Magnesen E, Nilsson Ø, et al. The Nordic Back Pain Subpopulation Program: demographic and clinical predictors for outcome in patients receiving chiropractic treatment for persistent low-back pain. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics.* 2004. 2019;27(8):493-502.
12. Ihlebaek C, Hansson TH, Laurem E, Johnsson L. Burden of illness of chronic low back pain in Sweden: a cross – sectional, retrospective study in primary care setting. *Spine (Phia Pa 1976)* 2005;30(15):1777-85.
13. Fejer R, Kyvik KO, Hartvigsen J. The prevalence of neck pain in the world population: a systematic critical review of the literature. *Eur Spine J.* 2006;15(6):834-48.

14. Nyman T, Mulder M, Iliadou A, et al. High heritability for concurrent low back and neck-shoulder pain: a study of twins. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011;36(22):E1469-76.
15. Grooten WJ, Wiktorin C, Norrman L, et al. Seeking care for neck/shoulder pain: a prospective study of work-related risk factors in a healthy population. *J Occup Environ Med*. 2004;46(2):138-46.
16. Lundeberg T, Norrbrink C. Om smärta- ett fysiologiskt perspektiv. 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2015.
17. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2 uppl. Seattle: IASP;1994.
18. Williams A, Craig K. Updating the definition of pain. *PAIN*. 2016;157(11):2420-23.
19. Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *Br J Gen Pract* 1997;47: 647–52.
20. Von Korff M, Saunders K. The course of back pain in primary care. *Spine*. 1996 Dec 15;21(24):2833–7.
21. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10:287-333.
22. Hasselström J, Liu-Palmgren J, Rasjö-Wrååk G. Prevalence of pain in general practice. *Eur J Pain*. 2002;6:375-85.
23. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosenberg C. Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *Clin J Pain*. 1993;9:174-82.
24. Gerdle B, Björk J, Henriksson C, Bengtsson A. Prevalence of current and chronic pain and their influences upon work and healthcare-seeking: a population study. *J Rheumatol*. 2004;31:1399-1406.
25. International association for the study of pain. Council Adopts Task Force Recommendation for Third Mechanistic Descriptor of Pain [Internet] USA: IASP; 2017[citerad 2019-06-05]. Hämtat från: <https://www.iasp-pain.org/Publications-News/NewsDetail.aspx?ItemNumber=6862>
26. Zubieta JK. Pain signal as threat and reward. *Neuron*. 2010;66:6-7.
27. Valachi B, Valachi K. Mechanisms leading to musculoskeletal disorders in dentistry. *J Am Dent Assoc*. 2003;134:1344–50.
28. Socialstyrelsen. Sjukdomsklassifikationen ICD-10 [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011 [uppdaterad 2019-05-26; citerad 2019-06-06]. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/gemensam-informationsstruktur/klassificering-och-koder/icd-10/?_t_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg%3d%3d&_t_q=icd-10&_t_tags=language%3asv%2csiteid%3aea4a68d9-d388-4129-9833-57032b078f81&_t_ip=37.46.187.208&_t_hit.id=Sos_Web_Common_Models_Pages_Informationpage/_90995ddf-1721-408c-a398-7e166bcac979_sv&_t_hit.pos=1
29. Socialstyrelsen. Långvarig smärta i rörelseorganen inkl. fibromyalgi [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; x. [uppdaterad 2010-06-01; citerad 2019-04-25]. Hämtad från: <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/langvarig-smarta-i-rorelseorganen-inkl-fibromyalgi/27>

30. Manninen B. ICD-10-SE [Internet]. Stockholm. Vårdgivarguiden; 2019 [uppdaterad 2019-04-23; citerad 2019-06-06]. Hämtad från: <https://www.vardgivarguiden.se/avtal-uppdrag/vardinformatik/klassifikationer/icd-10-se/>
31. ICD version 2006 [Internet]. Geneva: WHO; 1948-. Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (M00-M99) [uppdaterad 2006-04-05; citerad 2019-06-06]. Hämtad från: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2006/>
32. DePalma MJ, Ketchum JM, Saullo TR. Multivariable Analyses of the Relationships Between Age, Gender, and Body Mass Index and the Source of Chronic Low Back Pain. *Pain Medicine*. 2012;13(4):498–506.
33. DeFermentier P. Sciatica: definition, main causes and forms of natural therapy treatments. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society*. 2018;24(4):238–41.
34. Woolf, C. 2010. What is this thing called pain? *Journal of Clinical Investigation*, 120(11), pp.3742-44.
35. Malmquist J, Lundh B. Medicinska ord. Lund: Studentlitteratur; 2016.
36. Wahlstrom, J. Ergonomics, musculoskeletal disorders and computer work. *Occupational Medicine*. 2005;55:168–76.
37. Welch L, Haile E, Boden, LI, Hunting, KL. Musculoskeletal disorders among construction roofers physical function and disability. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2009;35(1):56–63.
38. Deeney, C., & O’Sullivan, L. **Work related psychosocial risks and musculoskeletal disorders: Potential risk factors, causation and evaluation methods.** *Work*, 2009;34:239–48.
39. MacDonald LA, Karasek R, Punnett L, Scharf T. Covariation between workplace physical and psychosocial stressors: Evidence and implications for occupational health research and prevention. *Ergonomics*. 2001;44: 696-718.
40. Bongers PM, Ijmker S, van den Heuvel S, Blatter BM. Epidemiology of work related neck and upper limb problems: Psychosocial and personal risk factors (Part I) and effective interventions from a bio behavioural perspective (Part II). *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2006;16: 272–95.
41. Visser B, van Dieën JH. Pathophysiology of upper extremity muscle disorders. *Journal of Electromyography and Kinesiology*. 2006;16(1): 1–16.
42. Devereaux J, Rydstedt L, Kelly V, Weston P, Buckle P. (2004). The role of work stress and psychological factors in the development of musculoskeletal disorders (Report No. 273). Suffolk: HSE Books. Hämtad från: <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr273.pdf>
43. Edling C, Nordborg G, Nordborg M. Arbets- och miljömedicin – en lärobok om hälsa och miljö 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2003.
44. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Arbetets betydelse för uppkomst av besvär och sjukdomar – nacken och övre rörelseapparaten [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2012. SBU-rapport; 210. [citerad 26- 04- 2019]. Hämtad från: https://www.sbu.se/contentassets/cc0b2ba68955487d900001fd95c75bd4/arbetets_betydelse_nacke.pdf

45. Grooten WJ, Mulder M, Josephson M, et al. The influence of work-related exposures on the prognosis of neck/shoulder pain. *Eur Spine J.* 2007;16(12):2083-91.
46. Hansson T, Westerholm P, redaktörer. Arbete och besvär i rörelseorganen. En vetenskaplig utvärdering av frågor om samband. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2001.
47. Målområde 4. Hälsa i arbetslivet. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011. Rapport 2011:03.
48. Heneweer H, Vanhees L, Picavet HS. Physical activity and low back pain: a U-shaped relation? *Pain.* 2009;143(1-2):21-5.
49. Jacob T, Baras M, Zeev A, et al. Physical activities and low back pain: a community-based study. *Med Sci Sports Exerc.* 2004;36(1):9-15.
50. Dionne CE, Von Korff M, Koepsell TD, Deyo RA, Barlow WE, Checkoway H. Formal education and back pain: a review. *J Epidemiol Community Health.* juli 2001;55(7):455-68.
51. Liira JP, Shannon HS, Chambers LW, Haines TA. Long-term back problems and physical work exposures in the 1990 Ontario Health Survey. *Am J Public Health.* mars 1996;86(3):382-7.
52. Aittomäki A, Lahelma E, Rahkonen O, Leino-Arjas P, Martikainen P. The contribution of musculoskeletal disorders and physical workload to socioeconomic inequalities in health. *Eur J Public Health.* april 2007;17(2):145-50.
53. Hagen K, Zwart J-A, Svebak S, Bovim G, Jacob Stovner L. Low socioeconomic status is associated with chronic musculoskeletal complaints among 46,901 adults in Norway. *Scand J Public Health.* 2005;33(4):268-75.
54. Croft PR, Rigby AS. Socioeconomic influences on back problems in the community in Britain. *J Epidemiol Community Health.* april 1994;48(2):166-70.
55. Wadell G, Burton AK, Great Britain, Department for Work and Pensions. Is work good for your health and well-being? [Internet]. London: TSO; 2006Burgard [citerad 17-09- 2019]. Hämtad från: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214326/hwwb-is-work-good-for-you.pdf
56. Burgard SA, Lin KY. Bad Jobs, Bad Health? How Work and Working Conditions Contribute to Health Disparities. *American Behavioral Scientist.* augusti 2013;57(8):1105-27.
57. Ratzon NZ. Musculoskeletal symptoms among dentists in relation to work posture. *Work.* 2000;15:153-58.
58. Bevan S, Quadrello T, McGee R, Mahdon M, Vavrovsky A, Barham L. Fit for work? Musculoskeletal Disorders in the European workforce. The Work Foundation, 2009.
59. Gerdle B, Bjork J, Coster L, Henriksson K, Henriksson C, Bengtsson A. Prevalence of widespread pain and associations with work status: a population study. *BMC Musculoskelet Disord* 2008;9:102.
60. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, Shibuya K, Salomon JA. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2010. *Lancet* 2012;380:2163-96.

61. Cohen A L, Gjessing CC, Fine LJ, Bernard BP, Mcglathlin JD. Elements of ergonomics programs: A primer based on workplace evaluations of musculoskeletal disorders. Cincinnati, OH. 1997:97-117.
62. Karasek R, Gardell B, Lindell J. Work and non-work correlates of illness and behaviour in male and female Swedish white collar workers. *Journal of Occupational Behaviour*. 1987;8:187-207.
63. Bongers PM, de Winter CR, Kompier MAJ, Hildebrandt VH. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 1993;19:297-312.
64. Fagarasanu, M., & Kumar, S. Shoulder musculoskeletal disorders in industrial and office work. *Journal of Musculoskeletal Research*. 2003;7(1): 1–14.
65. Vahtera J, Pentti J, Uutela A. The effect of objective job demands on registered sickness absence spells; Do personal, social and job-related resources act as moderators? *Work & Stress*. 1996;10(4):286-308.
66. Abdullah MZ, Othman AK, Ahmad MF, Justine M. The Mediating Role of Work-Related Musculoskeletal Disorders on the Link between Psychosocial Factors and Absenteeism among Administrative Workers. *Social Work in Public Health*. 2015;30(1):64–74.
67. Cassou B, Derriennic F, Monfort C, Norton J, Touranchet A. Chronic Neck and Shoulder Pain, Age, and Working Conditions: Longitudinal Results from a Large Random Sample in France. *Occupational and Environmental Medicine*. 2002;59(8):537.
68. Johnston V. Biological pathways between occupational stress and work-related musculoskeletal disorders of the neck and upper extremity. *Physical Therapy Reviews*. 2007;12:335–45.
69. Kaergaard A, Andersen JH. Musculoskeletal disorders of the neck and shoulders in female sewing machine operators: Prevalence, incidence and prognosis. *Journal of Occupational Environment Medicine*. 2000;57:528–53
70. Ahberg I. The economic costs of musculoskeletal disorders: a cost-of-illness study in Sweden for 2012 [master's thesis on the internet]. Lund; Lunds university; 2014 [citerad 2019-07-01]. Hämtad från: <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=download-file&recordId=4698739&fileId=4698740>
71. Olafsson G, Jonsson E, Fritzell P, Hägg O, Borgström F. Cost of low back pain: results from a national register study in Sweden. *Eur Spine J*. november 2018;27(11):2875–8.
72. Brox JI, Storheim K, Grotle M, Tveito TH, Indahl A, Eriksen HR. Systematic review of back schools, brief education, and fear-avoidance training for chronic low back pain. *The Spine Journal*. november 2008;8(6):948–58.
73. Campbell P, Wynne-Jones G, Muller S, Dunn KM. The influence of employment social support for risk and prognosis in nonspecific back pain: a systematic review and critical synthesis. *Int Arch Occup Environ Health*. februari 2013;86(2):119–37.
74. Sjuk-och-rehabiliteringspenning [Internet]. [citerad 10-11-2019]. Hämtad från: <https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjuk-och-rehabiliteringspenning>

75. Rashid M, Kristofferzon M-L, Heiden M, Nilsson A. Factors related to work ability and well-being among women on sick leave due to long-term pain in the neck/shoulders and/or back: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. december 2018;18(1):672.
76. Waenerlund A-K. Temporary employment and illness. [Umeå]: Umeå Universitet; 2013.
77. World Health Organization. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. October 2013. Geneva: WHO. Hämtad från: <https://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf>
78. Jordan KP, Kadam UT, Hayward R, Porcheret M, Young C, Croft P. Annual consultation prevalence of regional musculoskeletal problems in primary care: an observational study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2010;11:144.
79. vanTulder M, Koes B, Malmivaara A. Outcome of non-invasive treatment modalities on back pain: an evidence-based review. *Eur Spine J*. 2006;15:S64–81.
80. Gross AR, Hoving JL, Haines TA, Goldsmith CH, Kay T, Aker P, et al. Manipulation and mobilisation for mechanical neck disorders. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2004;(1):CD004249.
81. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2005;(3):CD000335.
82. Assendelft WJJ, Morton SC, Yu EI, Suttrop MJ, Shekelle PG. Spinal Manipulative Therapy for Low Back Pain. *Annals of Internal Medicine*. 2003;138(11):871.
83. Haraldsson BG, Gross AR, Myers CD, Ezzo JM, Morien A, Goldsmith C, et al. Massage for mechanical neck disorders. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2006;(3):CD004871.
84. Bernhardsson S, Öberg B, Johansson K, Nilsson P, Larsson M. Clinical practice in line with evidence? A survey among primary care physiotherapists in western Sweden. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2015;21(6):1169-77.
85. Rivero-Arias O, Gray A, Frost H, Lamb SE, Stewart-Brown S. Cost-utility analysis of physiotherapy treatment compared with physiotherapy advice in low back pain. *Spine*. 2006;31(12):1381–7.
86. Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for non-specific low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 2005;30:2153–6.
87. Gracey J, McDonough S, Baxter G. Physiotherapy Management of Low Back Pain: a survey of current practice in northern Ireland. *Spine*. 2002;27(4):406-11.
88. FYSS. fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling / Yrkesföreningar för fysisk aktivitet [Internet]. 3 rev uppl. Stockholm: FYSS; 2016. [citerad 2019-07-01] FYSS-kapitel, del 2 – diagnosspecifik del: Fysisk aktivitet vid långvariga rygg- och nackbesvär. Hämtad från: <http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/01/L%C3%A5ngvariga-rygg-och-nackbesv%C3%A4r-1.pdf>

89. Foster NE, Mullis R, Hill JC, Lewis M, Whitehurst DGT, on behalf of the IMPaCT Back Study team, et al. Effect of stratified care for low back pain in family practice: a prospective population-based sequential comparison. *Ann Fam Med.* 2014;12: 102–11.
90. Battie M, Cherkin D, Dunn D, Ciol M, Wheeler K. Managing low back pain: attitudes and treatment preferences of physical therapists. *Phys Ther.* 1994;74:219–26.
91. Manca A, Dumville JC, Torgerson DJ, Moffett JAK, Mooney MP, Jackson DA, et al. Randomized trial of two physiotherapy interventions for primary care back and neck pain patients: cost–effectiveness analysis. *Rheumatology.* 2007;46(9):1495–501.
92. Gross AR, Goldsmith C, Hoving JL, Haines T, Peloso P, Aker P, et al. Conservative management of mechanical neck disorders: a systematic review. *J Rheumatol.* 2007;34(5):1083–102.
93. Miller J, Gross A, D'Sylva J, Burnie SJ, Goldsmith CH, Graham N, et al. Manual therapy and exercise for neck pain: a systematic review. *Man Ther.* 2010;Aug;15(4):334–54.
94. Jull G, Trott P, Potter H et al. A randomized controlled trial of exercise and manipulative therapy for cervicogenic headache. *Spine.* 2002;27:1835–43.
95. Ariens GA, van Mechelen W, Bongers PM, Bouter LM, van der Wal G. Psychosocial risk factors for neck pain: a systematic review. *American Journal of Industrial Medicine.* 2001;39:180–93.
96. Pincus T, Burton A, Vogel S, Field A. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/ disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine.* 2002; 27:E109–E120.
97. Linton S, Andersson M. Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal problems. *Spine.* 2000;25:2825–31.
98. Lamb SE, Hansen Z, Lall R, on behalf of the Back Skills Training Trial investigators, et al. Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet.* 2010;375:916–23.
99. Hill JC, Whitehurst GDT, Lewis M, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2011;378:1560–71.
100. Staal JB, Hlobil H, Twisk JW, Smid T, Koke AJ, van Mechelen W. Graded activity for low back pain in occupational health care: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 2004;140:77–84.
101. Klaber Moffett JA, Jackson DA et al. Randomised trial of a brief physiotherapy intervention compared with usual physiotherapy for neck pain patients: outcomes and patients' preference. *BMJ.* 2005; 330:75–80.
102. Hay EM, Mullis R, Lewis M et al. Comparison of physical treatments versus a brief pain-management programme for back pain in primary care: a randomised clinical trial in physiotherapy practice. *Lancet.* 2005; 365:2024–30.
103. Moffett J, McLean S. The role of physiotherapy in the management of non-specific back pain and neck pain. *Rheumatology.* 2006;45(4):371–8.

104. Bialosky JE, Bishop MD, Cleland JA. Individual Expectation: An Overlooked, but Pertinent, Factor in the Treatment of Individuals Experiencing Musculoskeletal Pain. *Phys Ther.* 01 september 2010;90(9):1345–55.
105. Grahn B, Stigmar K, Holmberg S, Petersson I. WorkUp; Tidig strukturerad vård med arbetsplatsintervention för förbättrad arbetsförmåga vid akut/subakut nack och/eller ryggsmärta. En prospektiv parvis klusterrandomiserad kontrollerad studie inom primärvård med 1 års uppföljning. Växjö: Lunds universitet, Karolinska institutet; 2016. REHSAM Research Report. Slutrapport RF11-005.
106. Sennehed C, Holmberg S, Axén I, Stigmar K, Forsbrand M, Petersson I et al. Early workplace dialogue in physiotherapy practice improved work ability at 1-year follow-up—WorkUp, a randomised controlled trial in primary care. *PAIN.* 2018;159(8):1456-64.
107. Karlson B, Jönsson P, Pålsson B, Åbjörnsson G, Malmberg B, Larsson B. and Österberg, K. Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick leave for burnout - a prospective controlled study. *BMC Public Health* 2010;10(1).
108. Karlson B, Jönsson P, Österberg K. (2014). Long-term stability of return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick leave for burnout. *BMC Public Health*, 14(1).
109. Linton SJ, Nicholas M, MacDonald S. (2011). Development of a Short Form of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Spine*, 36, 1891-95.
110. Fhvmethodik.se - metoder för företagshälsovården. Work Ability Index – WAI [Internet] Upplaga 1.1. Göteborg; 2013.[citerad 19-09-2019]. Hämtad från :http://fhvmetodik.se/wp-content/uploads/2013/08/Work_Ability_Index_Formular_1_1.pdf
111. Statistiska centralbyrån. SSYK 2012 Standard för svensk yrkesklassificering 2012 [Internet]. Upplaga 1. Örebro; 2012.[citerad 21-09-2019]. Hämtad från:https://www.scb.se/contentassets/c9d055b6f2114b62bd23c33602b56da5/ov9999_2012a01_br_x70br1201.pdf
112. Utbildningsnivån i Sverige [Internet]. Statistiska Centralbyrån. [citerad 06-05-2019]. Tillgänglig vid: <http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/>
113. Nilsson PM, Engberg M, Nilsson J-A, Karlsmose B, Lauritzen T. Adverse social factors predict early ageing in middle-aged men and women: the Ebeltoft Health Study, Denmark. *Scand J Public Health.* 2003;31(4):255–60.
114. Seibt R, Spitzer S, Blank M, Scheuch K. Predictors of work ability in occupations with psychological stress. *J Public Health.* 01 februari 2009;17(1):9–18.
115. Åkerstedt, T. 2001 a. Arbetstid, hälsa och säkerhet. (Stressforskningsrapport, Nr 299 2001). Stockholm: Institutet för psykosocialmedicin, IPM. Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet.
116. Åkerstedt T. 2001 b. Sömnens betydelse för hälsa och arbete – Fakta och goda råd. Järvsö: Bauer Bok.
117. Arendt J. (2010). Shift work: coping with the biological clock. *Occupational Medicine.* 2010;60:10–20.
118. Pearson CJ. Achieving a work-life balance. *The Referens Librarian*, 2015; 78- 82.

119. Landsorganisationen i Sverige. Anställningsformer och arbetstider 2017. Mats Eriksson Enheten för avtalsfrågor; 2017.
120. Rosengren A, Smyth A, Rangarajan S, Ramasundarahettige C, Bangdiwala SI, AlHabib KF, m.fl. Socioeconomic status and risk of cardiovascular disease in 20 low-income, middle-income, and high-income countries: the Prospective Urban Rural Epidemiologic (PURE) study. *The Lancet Global Health*. 01-06-2019;7(6):e748–60.
121. Ejvegård R. Vetenskaplig metod. 4 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2009.
122. Tsouvaltzidou T, Alexopoulos E, Fragkakis I, Jelastopulu E. Upper extremity disorders in heavy industry workers in Greece. *World J Orthop*. 2017;8(6):478–483.

Bilagor

Bilaga 1

D. Bakgrundsinformation

1. Man Kvinna

2. Hur gammal är Du?

≤ 19
20 – 29
30 – 39
40 – 49
50 – 59
60 ≥

3. Civilstånd: ensamstående gift/sammanboende/reg. partnerskap

4. Bor några barn under 18 år hemma hos Dig?

Ja, permanent
Ja, periodvis mer än halva tiden
Ja, men mindre än halva tiden
Nej, sällan eller aldrig

5. Är Du född i Sverige? Ja Nej

6. Om du inte är född i Sverige, hur många år har du varit här?

9	9
---	---

E. Utbildningsbakgrund (markera din högsta fullföljda utbildning)

1. Vilken är Din högsta fullföljda utbildning?

- | | | |
|------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Grundskola | mindre än 7 år | <input type="checkbox"/> |
| Grundskola | 8-9 år | <input type="checkbox"/> |
| Gymnasium | 2-3 år | <input type="checkbox"/> |
| Högskola/universitet | 3 år eller mer, med avslutad examen | <input type="checkbox"/> |
| Folkskola/folkhögskola | | <input type="checkbox"/> |
| Annan utbildning | | <input type="checkbox"/> |

Vilken?

F. Svårigheter med information om hälsa

1. Hur ofta har du problem med att veta hur din hälsa är, för att du har svårigheter att förstå skriftlig information?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alltid | Ofta | Ibland | Någon gång då och då | Aldrig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Hur lätt tycker du att det är att fylla i formulär om din hälsa?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mycket lätt | Ganska lätt | Lätt | Ganska svårt | Mycket svårt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Hur ofta har du någon (såsom en familjemedlem, vän eller vårdpersonal) som hjälper dig att läsa skrivet material från vårdgivaren?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alltid | Ofta | Ibland | Någon gång då och då | Aldrig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

G. Allmänt hälsotillstånd

1. Hur upplever du ditt allmänna hälsotillstånd?

Mycket dåligt	Ganska dåligt	Någorlunda	Ganska gott	Mycket gott
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. Förväntningar på behandling/rehabiliteringen

1. För att kunna återfå/behålla din arbetsförmåga, vilka förväntningar har du på behandlingen/rehabiliteringen?

Jag ska bli fullständigt återställd	<input type="checkbox"/>
Jag ska bli väsentligen förbättrad	<input type="checkbox"/>
Jag ska få en viss besvärslättnad	<input type="checkbox"/>
Jag har inga förväntningar på att bli återställd eller få besvärslättnad	<input type="checkbox"/>

I. Frågor om Din arbetssituation

1. Hur många timmar arbetar Du en vanlig vecka?

- | | | | |
|--------------------|---|---|-----|
| a. Anställd | 9 | 9 | tim |
| b. Egen företagare | 9 | 9 | tim |
| c. Studier | 9 | 9 | tim |

d. Är för närvarande föräldraledig 100 % 75 % 50 % 25 %

2. Vilket yrke har Du?

.....

3. För närvarande, vilka är Dina huvudsakliga arbetsuppgifter?

.....

4. Jag är arbetslös Ja Nej

Om du saknar arbete, gå vidare till fråga J. 1. sidan 10!

5. Om Du har ett lönearbete, vilken typ av arbetsgivare har Du?

- | | |
|--|--------------------------|
| Privat arbetsgivare | <input type="checkbox"/> |
| Offentlig (Stat, landsting, kommun) | <input type="checkbox"/> |
| Egenföretagare | <input type="checkbox"/> |
| Bemanningsföretag | <input type="checkbox"/> |
| Annan organisation (förening, förbund) | <input type="checkbox"/> |

6. Hur länge har Du haft ditt nuvarande arbete?

- Mindre än 6 mån
- 6 – <12 månader
- 1 – < 5 år
- 5 år eller mer

7. Om Du är anställd, vilken typ av anställning har Du?

- Tillsvidareanställning/fast anställning
- Visstidsanställning
- Projektanställning
- Vikariat
- Timanställning

8. Vilken arbetstid har Du vanligtvis i Ditt nuvarande arbete?

- Dagarbete
- Kvällsarbete
- Nattarbete
- Skiftarbete (som inkluderar nattarbete)
- Skiftarbete (som inte inkluderar nattarbete)
- Oregelbunden förläggning av arbetstiden under dygnet i veckan enligt visst arbetsschema
- Annan arbetstid

9. Har det hänt att Du arbetat övertid på Ditt arbete senaste året?

- Arbetar aldrig övertid
- Arbetar övertid åtminstone vid något tillfälle
- Arbetar övertid någon gång per månad
- Arbetar mycket övertid, flera gånger per månad
- Har inte reglerad arbetstid

Du som har en anställning går nu vidare till fråga 14 sidan 8

Frågor till Dig som är egenföretagare

10. Vilket yrke har du?

11. Vilken arbetstid har Du vanligtvis i Ditt nuvarande arbete?

- Dagarbete
- Kvällsarbete
- Nattarbete
- Skiftarbete (som inkluderar nattarbete)
- Skiftarbete (som inte inkluderar nattarbete)
- Oregelbunden förläggning av arbetstiden under dygnet i veckan enligt visst arbetsschema
- Annan arbetstid

12. Har det hänt att Du arbetat övertid på Ditt arbete senaste året?

- Arbetar aldrig övertid
- Arbetar övertid åtminstone vid något tillfälle
- Arbetar övertid någon gång per månad
- Arbetar mycket övertid, flera gånger per månad
- Har inte reglerad arbetstid

13. Hur ser ekonomin ut för Ditt företag?

- God
- Tillfredställande
- Har svårigheter med ekonomin

De fortsatta frågorna gäller för Dig som är anställd eller som är egenföretagare!

14. Hur har dina arbetsvillkor förändrats senaste året?

Markera ett alternativ på varje rad

	Minskat	Oförändrat	Ökat
Arbetsbelastning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetets svårighetsgrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Påverkar Ditt yrkesliv Ditt privatliv?

Ja, positivt	<input type="checkbox"/>
Ja, negativt	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

16. Påverkar Ditt privatliv Din arbetssituation?

Ja, positivt	<input type="checkbox"/>
Ja, negativt	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

Tillit till sin förmåga – i arbete

Hur upplever Du att Du kan hantera ditt arbete?	Tar totalt avstånd från	Tar i viss mån avstånd	Neutral	Instämmer i viss mån	Instämmer totalt
17. Jag kan klara av mitt arbete lika bra som andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Jag kan anpassa mina arbetsuppgifter till min fysiska och psykosociala kapacitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Jag har kapacitet att hantera de flesta situationer jag möter i mitt arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Jag har en positiv attityd till mitt arbete och mina arbetsuppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J. De här frågorna gäller Dig som saknar arbete (fråga 1 – 7), om Du har arbete eller är egenföretagare, gå direkt till fråga K.1 sidan 11

1. Om Du är arbetslös, är Du anmäld på Arbetsförmedlingen?

Ja

Nej

2. Om ja, får Du

Arbetslöshetsersättning (stämplar A-kassa)

Aktivitetsersättning

Inskrivnen vid jobb och utvecklingsgarantin

Inskrivnen i fas 3

3. Får Du försörjningsstöd (socialbidrag från kommunen)?

Ja

Nej

4. Hur länge har Du varit arbetslös? månader

5. Har Du för närvarande en praktikplats på ett företag?

Ja Nej

6. Går Du för närvarande på någon utbildning, kopplat till Din arbetslöshet?

Ja Nej

7. När hade Du senaste ett lönearbete 4 veckor i ett sträck?

Antal veckor sedan

K. Upplevd arbetsförmåga

1. Den nuvarande arbetsförmågan jämfört med när den var som bäst.

Vi antar att din arbetsförmåga, då den var som bäst, värderas med 10 poäng. Vilket poängtal skulle du ge din nuvarande arbetsförmåga? (kryssa i lämplig siffra, 0 betyder att du inte alls kan arbeta, 10 betyder att du arbetar som allra bäst just nu)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Helt arbets- oförmögen										Arbetsförmågan då den var som bäst	

2. Hur bedömer du din nuvarande arbetsförmåga i relation till de fysiska krav ditt arbete ställer?

Mycket bra	<input type="checkbox"/>
Ganska bra	<input type="checkbox"/>
Måttlig	<input type="checkbox"/>
Ganska dålig	<input type="checkbox"/>
Mycket dålig	<input type="checkbox"/>

3. Hur bedömer du din nuvarande arbetsförmåga i relation till de psykiska krav ditt arbete ställer?

Mycket bra	<input type="checkbox"/>
Ganska bra	<input type="checkbox"/>
Måttlig	<input type="checkbox"/>
Ganska dålig	<input type="checkbox"/>
Mycket dålig	<input type="checkbox"/>

4. Med tanke på din hälsa - tror du att du kan arbeta i ditt nuvarande yrke även om två år?

Nej, det tror jag inte	<input type="checkbox"/>
Jag är osäker på det	<input type="checkbox"/>
Ja, det är ganska säkert	<input type="checkbox"/>

Hälsoproblemens påverkan på Din förmåga att arbeta och utföra vardagliga aktiviteter

Följande frågor handlar om hur Dina hälsoproblem påverkar Din förmåga att arbeta och utföra vardagliga aktiviteter. Med hälsoproblem avser vi alla eventuella fysiska eller känslomässiga problem eller symtom. *Fyll i på lämplig rad eller ringa in en siffra nedan.*

5. Är Du för närvarande anställd (arbetar för lön)?

Nej

Ja

Om svaret är Nej kryssar du för "Nej" och går vidare till fråga 10.

Följande frågor handlar om de senaste sju dagarna. Räkna inte med innevarande dag.

6. Under de senaste sju dagarna, hur många timmar var Du borta från arbetet på grund av Dina hälsoproblem?

Räkna med timmar vid sjukdagar, de gånger du kom sent till arbetet, gick hem tidigare etc., till följd av hälsoproblemen. Inkludera inte tid som du förlorat på att delta i denna studie.

Timmar

7. Under de senaste sju dagarna, hur många timmar var Du borta från arbetet på grund av någon annan orsak, t.ex. semester, helgdagar, ledig tid för att delta i denna undersökning?

Timmar

8. Under de senaste sju dagarna, hur många timmar arbetade Du?

Timmar

9. Under de senaste sju dagarna, i vilken utsträckning påverkade dina hälsoproblem Din prestation medan du arbetade?

Tänk på de dagar då det fanns begränsningar i den mängd eller typ av arbete Du kunde utföra, dagar då Du utträttade mindre än Du önskade eller dagar då Du inte kunde göra Ditt arbete lika noggrant som vanligt. Om hälsoproblemen påverkade Ditt arbete endast i mindre grad väljer Du en låg siffra. Välj en hög siffra om hälsoproblemen påverkade Ditt arbete avsevärt.

Hälsoproblemen
Hade ingen påverkan
på mitt arbete

Hälsoproblemen hindrade mig
fullständigt från att arbeta

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kryssa i en siffra

10. Under de senaste sju dagarna, i vilken utsträckning påverkade Dina hälsoproblem Din förmåga att utföra vardagliga aktiviteter förutom arbetet?

Med vardagliga aktiviteter avses sådant som Du brukar göra, t.ex. hushållsarbete, åka och handla, barnpassning, motionera, studera, etc. Tänk på de gånger då det fanns begränsningar i den mängd eller typ av aktiviteter Du kunde utföra och gånger då Du utträttade mindre än Du önskade. Om hälsoproblemen påverkade Dina aktiviteter endast i mindre grad väljer Du en låg siffra. Välj en hög siffra om hälsoproblemen påverkade Dina aktiviteter avsevärt.

Hälsoproblemen hade
ingen påverkan på
mina vardagliga
aktiviteter

Hälsoproblemen hindrade mig
fullständigt från att utföra mina
vardaglig aktiviteter

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kryssa i en siffra

Bilaga 2

Standard för svenska yrkesklassificering (SSYK) från SCB.

1. Yrkesområdet omfattar politiker, verkställande direktörer och högre ämbetsmän m.fl., chefer inom ekonomi, personal, marknadsföring och försäljning samt annan administration m.m., chefer inom IT, logistik, FoU, fastighetsbolag, bygg- och ingenjörsvksamhet samt tillverkning m.m., chefer inom utbildning, chefer inom hälso- och sjukvård samt annan samhällsservice, chefer inom bank, finans och försäkring samt chefer inom övrig servicenäring.
2. Innebär yrken med krav på fördjupad högskolekompetens inom naturvetenskap och teknik, hälso- och sjukvård, inom utbildning, ekonomi och förvaltning, IT, juridik, kultur och socialt arbete m.m.
3. Yrken med krav på högskolekompetens eller motsvarande inom teknik, hälso- och sjukvård samt laboratorium, ekonomi och förvaltning, kultur, friskvård och socialt arbete m.m. IT, ljud- och ljus teknik m.m.
4. Yrkesområden så som kontorsassistenter och sekreterare, kundserviceyrken, yrken materialförvaltning m.m. och andra kontor- och kundserviceyrken.
5. Yrkesområdet omfattar: serviceyrken, försäljningsyrken inom detaljhandeln m.m., omsorgsyrken, andra bevaknings- och säkerhetsyrken.
6. Yrkesområdet omfattar lantbruks- och trädgårdsyren, skogsarbetare, fiskodlare och fiskare.
7. Yrkesområdet omfattar byggnads- och anläggningsyrken, metallhantverks- och reparatörsyrken, fimmekaniska, grafiska och konsthantverksyrken, installations- och serviceyrken, el och elektronik, hantverksyrken inom trä, textil m.m. och livsmedelsförädlare.
8. Yrkesområdet omfattar: process- och maskinoperatörer, montörer, transport- och maskinföraryrken.
9. Yrkesområdet omfattar: städyrken, bärplockare och plantörer m.fl., andra yrken inom bygg, tillverkning och godshantering, snabbmatspersonal, köks- och restaurangbiträden m.fl., torg- och marknadsförsäljare, återvinningsarbetare, tidningsdistributörer och övriga servicearbetare.
10. Yrkesområdet omfattar: officerare, specialistofficerare, soldater m.fl.
Dessa omfattas inte:
 - Arbeten som utförs av personer med civila anställningar på statliga institutioner som har med försvarsfrågor att göra
 - Polisen (annan än militärpolisen)
 - Tulltjänstemän och gränspersonal eller andra vapenbärande civila yrken.